

---

# **BOLESTI ZAVISNOSTI**

---

**Uredili:**

Dimitrije Milovanović/Slavko Sakoman/Jovan Mičić/Ivan Dimitrijević



**EVROPSKI CENTAR ZA MIR I RAZVOJ (ECPD)  
UNIVERZITETA ZA MIR UJEDINJENIH NACIJA**



---

# **BOLESTI**

---

# **ZAVISNOSTI**

---

Uredili:

**Dimitrije Milovanović/Slavko Sakoman/Jovan Mićić/Ivan Dimitrijević**



**EVROPSKI CENTAR ZA MIR I RAZVOJ (ECPD)  
UNIVERZITETA ZA MIR UJEDINJENIH NACIJA**

## **BOLESTI ZAVISNOSTI**

---

*Izdavač:* Evropski centar za mir i razvoj (ECPD)  
Univerziteta za mir Ujedinjenih nacija, Beograd, Terazije 41  
Tel: 3246-041, 3246-042, 3246-043, 3246-044, 3246-045  
Fax: 3240-673, 3234-082; e-mail: [ecpd@EUnet.yu](mailto:ecpd@EUnet.yu)

*Za izdavača:* Negoslav P. Ostojić, Izvršni direktor ECPD

*Uredili:* Prof. dr Dimitrije P. Milovanović  
Prof. dr Slavko Sakoman  
Prof. dr Jovan V. Mićić  
Doc. dr Ivan Dimitrijević

*Pomoćnik urednika:* Dr Ljiljana Milošević

*Dizajn:* Mr Nataša Ostojić-Ilić

*Tehnička obrada:* Dragan Marković

*Lektura:* Tamara Gruden

*Godina izdanja:* 2004.

*Tiraž:* 500 primeraka

*Štampa:* GRAFIKOM, Beograd

ISBN: 86-7236-032-X

Mišljenja i stavovi autora radova objavljenih u ovoj knjizi  
ne izražavaju zvanične stavove ECPD.

© All rights reserved. Sva prava zadržava Izdavač. Nijedan deo ove knjige ne sme biti reproducovan u bilo kom obliku bez pismenog odobrenja izdavača.

# Sadržaj

Predgovor .....	5
<b>UVODNA RAZMATRANJA</b>	
<b>Ivan Dimitrijević</b>	
EPIDEMIOLOGIJA BOLESTI ZAVISNOSTI .....	9
<b>Slavko Sakoman</b>	
STRATEŠKA OPREDELJENJA ZEMALJA EU GLEDE SUZBIJANJA ZLOUPORABE DROGA .....	15
<b>Petar Opalić</b>	
STAVOVI STANOVNIŠTVA PREMA ALKOHOLIZMU, NARKOMANII I PUŠENJU KAO ASPEKT PREVENCije BOLESTI ZAVISNOSTI .....	26
<b>Ivan Dimitrijević</b>	
BIOLOŠKE OSNOVE BOLESTI ZAVISNOSTI .....	32
<b>Jovan V. Mićić</b>	
NEUROENDOKRINI SISTEM I BOLESTI ZAVISNOSTI .....	41
<b>Dragan Radulović</b>	
SOCIOLOŠKI ASPEKTI ZLOUPOTREBE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI .....	50
<b>Milan Pavlović</b>	
BOLESTI ZAVISNOSTI I RADNA SPOSOBNOST .....	62
<b>NARKOMANija</b>	
<b>Jovan Bukelić</b>	
VRSTE DROGA, OSOBINE I DEJSTVA .....	77
<b>Milica Š. Prostran</b>	
MEHANIZAM STVARANJA ZAVISNOSTI .....	95
<b>Bratislav Petrović</b>	
SAVREMENE SEKTE – NOVI OBLIK ZAVISNOSTI .....	103
<b>Dimitrije Milovanović</b>	
LIČNOST NARKOMANA I PORODICA .....	109
<b>Nikola Vučković</b>	
RANO PREPOZNAVANJE NARKOMANIJE .....	114
<b>Sandra Šipetić-Grujićić</b>	
SOCIOLOŠKI ASPEKTI ZLOUPOTREBE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI .....	123
<b>Dimitrije Milovanović</b>	
DUŠEVNI POREMEĆAJI – UZROK I POSLEDICA ZLOUPOTREBE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI .....	132

<b>Dragan Ilić</b>	
NARKOMANIJA I SIDA .....	137
<b>Dimitrije Milovanović</b>	
FARMAKOTERAPIJA BOLESTI ZAVISNOSTI .....	143
<b>Petar Opalić</b>	
ULOГA INDIVIDUALNE PSIHOTERAPIJE	
U TRETMANU BOLESTI ZAVISNOSTI .....	148
<b>ALKOHOLIZAM</b>	
<b>Vesna Jovanović-Čupić</b>	
SAVREMENO LEЋENJE I REHABILITACIJA ALKOHOLIČARA (MODELI) .....	159
<b>Zoran Stanković</b>	
ALKOHOLIZAM I PORODICA .....	166
<b>Tomislav Sedmak</b>	
UMERENO PIJENJE I PRIKRIVENI ALKOHOLIČAR .....	176
<b>Petar Nastasić</b>	
SINDROM ZAVISNOSTI / ZLOUPOTREBE VIŠE PSIHOAKTIVNIH	
SUPSTANCI KOD ADOLESCENATA I MLADIH .....	186
<b>PUŠENJE</b>	
<b>Snežana Alčaz</b>	
PUŠENJE KAO BOLEST ZAVISNOSTI – SUPSTANCIJALNA TEORIJA .....	199
<b>Dragica Pešut</b>	
PASIVNO PUŠENJE I POMOĆ PUŠAČIMA .....	205
<b>Dragana Jovanović</b>	
PUŠENJE – PLUĆNE BOLESTI I MALIGNITET .....	212
<b>Dragoslav Nikolić</b>	
SVETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA – ANTIPUŠAČKI POKRET U SVETU .....	220
<b>PREVENCIJA BOLESTI ZAVISNOSTI</b>	
<b>Ivan Dimitrijević</b>	
PROGRAMI PREVENCije BOLESTI ZAVISNOSTI .....	229
<b>Zoran J. Vojić</b>	
EDUKACIJA EDUKATORA KAO VID PRIMARNE PREVENCije .....	245
<b>Svetomir Bojanin</b>	
ULOГA ŠKOLE U PRIMARNOJ PREVENCiji	
BOLESTI ZAVISNOSTI I DELINKVENCije MLADIH .....	251
<b>Slađana Jović</b>	
METODE ZDRAVSTVENOG VASPITANJA	
U PRIMARNOJ PREVENCiji BOLESTI ZAVISNOSTI .....	257
<b>Vladeta Jerotić</b>	
ULOГA VERE U PREVENCiji BOLESTI ZAVISNOSTI .....	265
<b>Mirosljub Radojković</b>	
ULOГA MAS-MEDIJA U PREVENCiji BOLESTI ZAVISNOSTI .....	272
<b>Miloš Babović</b>	
ZAKONI I LOKALNA PRAVNA REGULATIVA	
U PREVENCiji BOLESTI ZAVISNOSTI .....	276

# Predgovor

Evropski centar za mir i razvoj (ECPD) Univerziteta za mir Ujedinjenih nacija, među brojnim aktivnostima u oblasti medicinskih i biomedicinskih nauka, organizuje i Međunarodnu postdiplomsku školu primarne prevencije bolesti zavisnosti. Ovom Školom, tematski organizovanim naučnim skupovima i izdavanjem knjiga, ECPD sprovodi kontinuiranu edukaciju eksperata za rad sa zavisnicima i njihovim porodicama.

Zloupotreba psihoaktivnih supstanci je danas globalni problem. Među zemljama koje su naročito suočene s bolestima zavisnosti poslednjih decenija su i one koje pripadaju Jugoistočnoj Evropi.

U savremenom svetu se odigravaju krupne društvene promene i uspostavljaju neočekivani odnosi u različitim društveno-ekonomskim sredinama. Porodice su postale nestabilne i disharmonične, što je promenilo demografske karakteristike zavisnika, odnosno njihovu pripadnost svim socio-ekonomskim slojevima društva.

Karakteristično je za ovo doba da se na tržište lansiraju nove tzv. sintetičke droge, znatno jeftinije a ne manje štetne, kojima naročito podležu mlađe generacije adolescentne populacije.

U pojedinim napisima minimiziraju se štetne posledice naročito kanabisa, ekstazija i amfetamina, kao najrasprostranjenijih droga na ovim prostorima. Kokain je takođe u porastu u pogledu potrošnje, a i dalje su vrlo prisutni i opijati. Naročito porazna za omladinu je praksa nekih medija da glorifikuju junake – uživaće ovih supstanci.

Naučno proverene informacije o dejstvu i štetnim posledicama supstanci koje izazivaju zavisnost bezuslovno treba da proisteknu iz pera kvalifikovanih stručnjaka, kompetentnih i najboljih poznavalaca prirode droga i njihovih efekata, kao i psihologije aktuelne populacije zavisnika. Posebno ukazivanje na ključnu ulogu primarne prevencije, kao osnovne i presudne za suzbijanje bolesti zavisnosti, koju je nemoguće sprovoditi bez države, njenih institucija, instrumenata i potpore lokalnih vlasti, jedinstven je i naglašen stav svih autora u ovoj knjizi.

Ova knjiga upravo predstavlja pregled i presek stanja u svetu i kod nas u pogledu stepena raširenosti zloupotrebe droga i njihovih opštih karakteristika, što je značajno za identifikaciju i pravovremenu primenu preventivnih i terapijskih mera.

Uvereni da je knjiga sadržajno sveobuhvatna i instruktivna preporučujemo je lekarima, psiholozima, sociolozima i socijalnim radnicima, pedagozima, pravnicima, kriminolozima i svim poslenicima u praktičnom radu na polju suzbijanja bolesti zavisnosti.

*Urednici*



# UVODNA RAZMATRANJA

---



## **EPIDEMIOLOGIJA BOLESTI ZAVISNOSTI**

Poremećaji povezani sa upotrebljom supstanci značajno utiču na morbiditet i mortalitet populacije. U SAD zavisnici od supstanci predstavljaju 40% svih hospitalizovanih pacijenata sa stopom smrtnosti od 25% ili 500 hiljada na godišnjem nivou. Oko sto hiljada smrtnih slučajeva godišnje u direktnoj je vezi sa upotrebljom droge ili alkohola. Dve trećine tih smrtnih ishoda javlja se kod heroinskih i kokainskih zavisnika, a 40% je starosti između 30 i 39 godina. Oko 50% svih saobraćajnih nesreća uzrokovale su osobe pod dejstvom neke supstance. Više od 50% slučajeva nasilja u porodici vezano je za upotrebu alkohola i drugih supstanci. Poremećaji zbog zloupotrebe supstanci su često udruženi sa drugim oblicima psihopatologije /1/.

Rasprostranjenost bolesti zavisnosti varira u odnosu na brojne faktore, a posebno su značajni pol i uzrast. Neke studije u SAD-u ukazuju da 13,8% odraslih muškaraca zloupotrebljava alkohol ili je bilo zavisno od njega u određenom periodu života /1/. Istraživanja Američkog instituta za medicinu ukazuju da oko 2,4 miliona osoba starosti preko 12 godina treba lečiti od poremećaja uzrokovanih upotrebljom droga, dok 3,1 milion verovatno treba lečiti. To je ukupno 5,5 miliona ljudi ili 2,7% ukupne populacije SAD-a /1/.

Zloupotreba alkohola je veliki problem kod 10–20% adolescenata starosti od 13 do 17 godina. U SAD-u tri miliona mladih ima problem sa pijenjem, a 300 hiljada adolescenata je zavisno od alkohola. Jedna trećina adolescenata lečena je u trauma-centrima od posledica konzumiranja alkohola. Podaci pokazuju da je alkohol probalo 70% učenika osmog razreda i 88% učenika dvanaestog razreda. Svakodnevno alkohol konzumira 5% učenika osmog, 1,3% učenika desetog i 3,6% učenika dvanaestog razreda. Razlike među polovima polako nestaju, naročito u zemljama Evrope i SAD-a /3/. Ipak, trebalo bi napomenuti da prevalenca konzumiranja alkohola kod adolescenata kontinuirano opada od 1979, kada je Nacionalni institut za zavisnost od droga (NIDA) započeo istraživanje. Kao najčešće razloge za konzumiranje alkohola učenici navode želju da se osećaju bolje (41%), želju da se osećaju „high“ (25%) i dosadu (25%) /2/. Od ilegalnih droga najviše se zloupotrebljava marihuana. Njeno korišćenje je prediktor za kasniju zloupotrebu drugih droga. Marihanu je probalo 10% učenika osmog, 23% desetog i 36% učenika dvanaestog razreda. Svakodnevno je konzumira 0,2% učenika osmog, 0,6% učenika desetog i 2%

učenika dvanaestog razreda. Kokain je probao znatno manji broj učenika, 1,3% učenika osmog, 4,1% učenika deseto i 7,8% učenika dvanaestog razreda; svakodnevno uzima 0,1% učenika sva tri razreda. LSD je probalo 2,7% učenika osmog, 5,6% učenika desetog i 8,8% učenika dvanaestog razreda, a svakodnevno uzima 0,1% učenika završne godine. Inhalante je probao veliki broj adolescenata, u proseku po 17% učenika sva tri razreda, a svakodnevno ih koriste 0,2% učenika osmog i dvanaestog razreda i 0,1% učenika desetog razreda /3/.

Ujedinjene nacije (UN) procenjuju da je oko 180 miliona ljudi širom sveta (od toga je 4,2 miliona staro 15 godina i više) konzumiralo drogu u kasnim devedesetim. Najveći broj je konzumirao kanabis (144 miliona), amfetaminske stimulanse (29 miliona), kokain (14 miliona) i opijate (13,5 miliona), uključujući i heroin (9 miliona). Problem zloupotrebe droge ima i druge propratne pojave: širenje zaraznih bolesti, pranje novca, korupciju, finansiranje terorističkih grupa. Prema Izveštaju UN za 2000, uočljiva su dva glavna problema – kokainska i heroinska zloupotreba i zavisnost, koje su na globalnom nivou najodgovornije za visok broj bolničkih tretmana, smrtnih ishoda, predoziranja, nasilja i umešanosti u organizovani kriminal. Zloupotreba kokaina u SAD opala je za 70% u periodu 1985–1999, a zloupotreba heroina stabilizovana je u Zapadnoj Evropi. Ove podatke izneo je generalni sekretar UN-a prilikom predstavljanja izveštaja „World Drug Report 2000“, u uvodnom izlaganju na Generalnoj Skupštini UN održanoj u Njujorku, 12. januara 2001. /6/.

Švedski savet za informisanje o alkoholu i ostalim drogama je 1995. u 26 evropskih zemalja sproveo Evropsko istraživanje o alkoholu i drugim drogama (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD studija). Planirano je da se ova ispitivanja ponavljaju svake četiri godine. Nakon četiri godine (1999) pristupilo se ponovnom istraživanju. Broj zemalja je povećan sa 26 na 30. Rezultati su pokazali da su se u mnogim zemljama Evrope desile velike promene. Svaka zemlja prikupljala je podatke po standardizovanoj metodologiji, primenjen je isti upitnik, ispitivanje je vršeno u isto vreme u svim zemljama učesnicama, kako bi se kasnije mogli upoređivati podaci među zemljama. Iz pragmatičnih razloga, ispitivanje je vršeno u glavnim gradovima gde god je to bilo moguće. Zemlje učesnice ESPAD projekta su: Bugarska, Hrvatska, Kipar, Češka, Danska, Estonija, Farska Ostrva, Finska, Francuska, Makedonija, Grčka, Grenland, Mađarska, Island, Iska, Italija, Letonija, Litvanija, Malta, Holandija, Norveška, Poljska, Portugalija, Rumunija, Rusija (Moskva), Slovačka, Slovenija, Švedska, Ukrajina i Velika Britanija /5/.

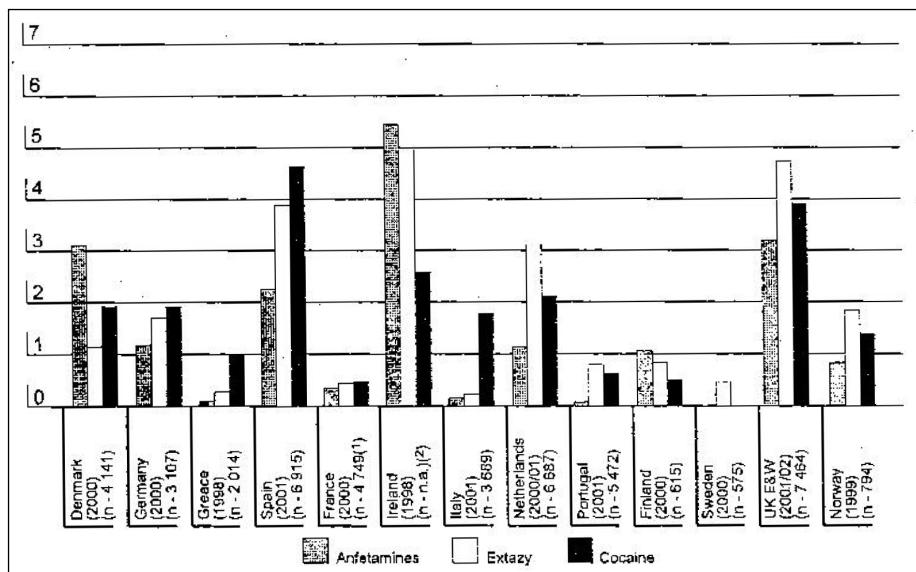
Interesantan podatak dobijen iz istraživanja u vezi sa pušenjem je da ova ustaljena navika među učenicima stagnira. U više od polovine zemalja, stope su iste u odnosu na 1995. godinu. Mala povećanja su zabeležena u malo manje od polovine zemalja, uglavnom u skandinavskim zemljama. Isto je i

u istočnoevropskim zemljama. Češkoj i Litvaniji, u kojima se najviše pušilo, pridružile su se Finska, Farska Ostrva i Irska. Više od polovine učenika iz istraživanja je barem jednom u životu pušilo cigaretu. Među njima je mnogo onih koji su probali, ali nisu stekli naviku.. Najveće stope prevalence, po 85%, su na Farskim Ostrvima i Grenlandu. Stope su slične kod oba pola.

Konzumiranje alkohola i zabranjenih droga je u primetnom porastu u mnogim zemljama, naročito Centralne i Istočne Evrope. U zapadnoevropskim zemljama i dalje su visoke stope prevalence. Konzumiranje alkohola je i dalje u odnosu na 1995. rasprostranjeno u Danskoj, Velikoj Britaniji, Češkoj, Malti i Irskoj, sa većom prevalencom kod nekih u odnosu na 1995. Smanjenje je zabeleženo u Italiji i na Kipru, zemljama koje su imale visoku prevalencu 1995. Povećano konzumiranje alkohola naročito je izraženo kod učenika u zemljama Centralne i Istočne Evrope, posebno u Litvaniji, Poljskoj, Sloveniji i Slovačkoj. U većini zemalja povećana je konzumacija piva. Postoje tipično „pivske zemlje“ – Danska i Irska, koje sa Velikom Britanijom i Češkom imaju najveće stope prevalence. Pivo je najomiljenije piće u 18 zemalja, gde 6 od 10 učenika pretežno piće ovo piće. U većini zemalja desile su se promene u konzumaciji vina. Sada su stope veće u Sloveniji, Litvaniji i Estoniji. U 1999. zabeležena je veća prevalenca konzumiranja žestokih pića. Ovo je uglavnom „muška navika“, ali u Irskoj i Velikoj Britaniji devojčice piju više i češće od dečaka. Intoksikacije su sve učestalije u skoro polovini zemalja, a najviše u Danskoj i Irskoj. U Velikoj Britaniji i Finskoj stope stagniraju. Interesantan je rezultat iz 1999, koji pokazuje povećano korišćenje zabranjenih droga u skoro svim zemljama učesnicama, osim u Velikoj Britaniji i Irskoj. Stope korišćenja inhalanata, trankilizera i sedativa kupljenih bez recepta su uglavnom nepromjenjene. Najveći rast korišćenja trankilizera i sedativa je u Češkoj i Poljskoj.

Stope prevalence zloupotrebe droga trebalo bi da budu obrnuto srazmerne nivou informisanosti o njima, ali podaci govore suprotno. U Danskoj, Irskoj, Italiji, Norveškoj, Švedskoj i Velikoj Britaniji između 84% i 89% učenika je veoma dobro informisano o svim drogama, a upravo te zemlje imaju visoke stope prevalence konzumiranja droga. O drogama najmanje znaju na Grenlandu i u Rumuniji (34% i 39%). Najpoznatije su marihuana (hašiš), za koju je čulo 91% učenika, i heroin (89%). Metadon je najmanje poznata supstanca, za koju je u proseku čulo 36% učenika (od 9% na Grenlandu do 79% u Irskoj). Interesantno je istaći da je kanabis u većini slučajeva prva droga koju mladi probaju, a slede trankilizeri i sedativi, koji se kao prva probrana droga pominju u šest zemalja. Kanabis je najčešće prva droga koju probaju dečaci, dok devojčice započinju sa trankilizerima /5/.

Posle kanabisa, najčešće korišćene droge u zemljama EU su ili amfetamini ili ekstazi. Bar jednom u toku života amfetamine je probalo 0,5–6%, odnosno ekstazi 0,5–5% celokupne odrasle populacije u zemljama EU, dok je skorašnju upotrebu (u poslednjih 12 meseci) amfetamina i ekstazija prijavilo



Dijagram 1. – Skorašnja upotreba amfetamina, ekstazija i kokaina (upotreba u poslednjih 12 meseci) među osobama starosti od 15 do 34 godine u zemljama Evrope

manje od 1% iste populacije. Skorašnja upotreba ekstazija i amfetamina među mladima je najveća u Irskoj, Velikoj Britaniji, Danskoj, Španiji, Holandiji i kreće se oko 3%. U Finskoj, Švedskoj i Norveškoj amfetamini su na drugom mestu po zloupotrebi (posle kanabisa). Ranije je prevalenca zloupotrebe amfetamina bila veća od prevalence zloupotrebe ekstazija, ali danas je ta razlika zanemarljiva. Broj osoba lečen zbog zloupotrebe amfetamina je različit u zemljama EU: oko trećine od svih lečenih zbog zloupotrebe psihoaktivnih supstanci u Švedskoj i Finskoj, 8,7% u Nemačkoj, 1,5% u Holandiji, 2,7% u Velikoj Britaniji i manje od 1% u ostalim zemljama.

Za određivanje rasprostranjenosti bolesti zavisnosti neophodna su sveobuhvatna epidemiološka istraživanja, koja u našoj zemlji do sada nisu sprovedena na globalnom nivou. Postoje podaci pojedinih epidemioloških studija manjeg obima, kao i indirektni pokazatelji kao što su morbiditet i mortalitet kod bolesti ili okolnosti koje se sa velikom verovatnoćom mogu povezati sa zloupotrebom supstanci (oboljenja jetre, akcidenti itd.). U toku 2002. sprovedeno je pilot istraživanje o upotrebi supstanci među učenicima osnovnih i srednjih škola u šest okruga Republike Srbije – Pomoravskom, Jablaničkom, Zaječarskom, Pirotskom, Mačvanskom i Zlatiborskom. Istraživanje je sprovedeno u 24 osnovne i 26 srednjih škola, sa ciljem da se ustanove navike naše omladine u vezi sa uzimanjem psihoaktivnih supstanci, nivo informisanosti i stavovi o drogama, kulturološke specifičnosti, učestalost zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i njihov odnos prema adiktivnom ponašanju uopšte. Takođe, upoređivani su rezultati istraživanja sa evropskim i svetskim trendovima.

Istraživanje je obuhvatilo i testiranje urin testovima na četiri klase supstanci (MET, BZD, THC i OPI), a 4,9% učenika je imalo pozitivan urin test. Uzorak je obuhvatio 1459 učenika, od kojih je 9,9% izjavilo da je probalo neku drogu. Pri prvom kontaktu najčešća droga je marihuana, dok je 8,4% ispitanika probalo marihanu tokom života, sa prosečnom starošću od 15,5 godina. Ekstazi je probalo 0,4% ispitanika prosečne starosti od 15,5 godina. Alkohol u kombinaciji sa tabletama uzima 1,5% ispitanika, a 3,1% alkohol sa marihanom. Što se tiče informisanosti ispitanika o drogama i njihovih stavova, tri najpoznatije droge su marihuana, kokain i heroin, a najmanje je poznat amfetamin (90,3% je čulo za marihanu, dok je za amfetamine čulo 15,5% ispitanika). Devojčice su informisane i ranije počinju da zloupotrebljavaju drogu u odnosu na dečake. Na pitanje gde bi mogli da nabave drogu, ispitanici najčešće odgovaraju: u diskoteci, kafiću i kod dileru i u školi /2/.

Podaci dobijeni iz istraživanja pokazuju da je pušenje među mladima vrlo rasprostranjeno, 47,3% ispitanika probalo je cigarete, a 57,3% se ne protivi povremenom uzimanju cigareta, dok je 7,3% ispitanika svoju prvu cigaretu popušilo sa 11 godina. Polovina ispitanika smatra da pušenje nije ili je vrlo malo štetno po zdravlje. Između dečaka i devojčica ne postoji značajna razlika u vezi sa pušenje, cigareta. Ispitanici su još tolerantniji prema konzumaciji alkoholnih pića, bez obzira na vrstu pića. Barem jedno alkoholno piće u životu probalo je 76,7% ispitanika, a 46% je izjavilo da je bilo pijano bar jednom u životu. Više od 40 puta u životu bilo je pijano 4,4% ispitanika. U jedanaestoj godini života ostvaruje se kontakt sa alkoholnim pićima u značajnom проценту. Da alkohol nije štetan po zdravlje ili je vrlo malo štetan smatra 31% ispitanika. Kao razloge za konzumaciju alkohola navode želju da se zabave i da zaborave na probleme. Kod dečaka postoji izraženija sklonost i raniji početak uzimanja alkoholnih pića u odnosu na devojčice, a najviše se konzumira pivo. Ispitanici su bili prosečnog ekonomsko-materijalnog statusa, najveći broj ispitanika – 85% živi u kompletnoj porodici i uglavnom su zadovoljni odnosom sa roditeljima. Prosečan uspeh učenika iznosio je 3,43 (SD).

Prema izveštaju Svetske zdravstvene organizacije za 2001. najčešće zloupotrebljavane supstance u svetu su alkohol i duvan. Danas puši svaki treći odrasli ili 1,2 milijarde ljudi. Do 2025. taj broj će narasti na 1,6 milijardi. Od posledica izazvanih pušenjem 1998. je umrlo preko 4 miliona ljudi, u poređenju sa 1990. kada je taj broj bio 3 miliona. Procenjuje se da će broj umrlih u 2020. biti 8,4 miliona, a 2030. 10 miliona. Ovaj porast neće biti ravnomeran. U razvijenim zemljama se očekuje porast od oko 50%, dok će se u zemljama trećeg sveta učetvorostručiti. Svetska Banka je procenila da se 6–15,1% ukupnih godišnjih troškova lečenja stanovništva troši na lečenje bolesti uzrokovanih pušenjem /6/.

U pojedinim razvijenim regionima alkohol se sve više konzumira, te su u porastu i sve prateće pojave asocijirane sa zloupotrebot alkohola. Boles-

sti zavisnosti imaju i ekonomске implikacije i koštaju društvo u SAD-u oko 300 milijardi dolara godišnje. Za saniranje posledica izazvanih zloupotrebotom alkohola u SAD-u se godišnje potroši 148 milijardi dolara, a od toga 19 milijardi iznose troškovi lečenja.

Prema izveštaju PRIDE (National Parent's Resource Institute for Drug Education), zavisnost od droga među učenicima porasla je do neslućenih razmera. Statistički podaci odnose se na cigarete, marihanu, kokain, inhalante i halucinogene. Skoro petina maturanata (18,3%) koristi ilegalne droge bar jednom nedeljno ili češće; više od jedne četvrtine kaže da nedeljno bar jedanput konzumira alkohol (25,8%). U protekloj godini, 7,1% konzumiralo je kokain; 11,6% stimulativna sredstva; 12,1% halucinogene; 3,5% heroin /4/.

Bolesti zavisnosti prema brojnim pokazateljima u pravom smislu predstavljaju neinfektivnu epidemiju 21. veka. Zbog toga je neophodno kontinuirano sprovoditi programe prevencije kao i razvijati i unaprediti dijagnostiku, lečenje, rehabilitaciju kao i istraživanja u ovoj oblasti.

#### LITERATURA

/1/ Dimitrijević I., Dijagnostika i lečenje bolesti zavisnosti, U: Trbojević B., ured. Knjiga radova/XIII kongres lekara Srbije sa međunarodnim učešćem, Vrњачka Banja, 26–30; /2/ Dimitrijević I., i sar., Upotreba supstanci među učenicima osnovnih i srednjih škola u Republici Srbiji, pilot studija Komisije za prevenciju bolesti zavisnosti među omladinom, Vlada Republike Srbije, Beograd, 2002; /3/ Kaplan H.I., Sadock B.S., Synopsis of psychiatru: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry, Adolescent substance abuse, 25th Anniversary edn. Philadelphia: Lipincot Williams & Wilkins, 1998; 50:1257–1260; /4/ PRIDE (National Parent's Resource Institute for Drug Education) 9th Annual Report, <http://www.yahoo.com>; /5/ The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries, Stockholm, December 2000; /6/ WHO: The World health report 2001: Mental health: new understanding, new hope, WHO, 2001.

## **STRATEŠKA OPREDELJENJA ZEMALJA EU GLEDE SUZBIJANJA ZLOUPORABE DROGA**

Zloupotraživanje ilegalnih droga, kao i nemedicinska uporaba psihotropnih lijekova, radi brojnih štetnih posljedica iz godine u godinu postaje sve ozbiljniji javno-zdravstveni i težak društveni problem. Epidemiološka istraživanja su potvrdila da se posljednjih desetak godina, kao posljedica rasta ponude i potražnje droga, dogodio veliki porast pojavnosti konzumenata i ovisnika među mladima u Republici Hrvatskoj. Do punoljetnosti oko 40% mlađih od generacije imati će iskustvo uzimanja neke od ilegalnih droga, a kod oko 5% će se očitovati ozbiljne i vidljive štetne posljedice. Od 1998. godine kroz sustav za tretman (koji svojim kapacitetom nije primjeren potrebama) HZJZ evidenčira oko 1000 novih teških heroinskih ovisnika od kojih je oko 50% zaraženo virusom B i/ili C hepatitisa. Uvezši u obzir činjenicu da je broj otkrivenih i na koncu liječenih ovisnika u vijek manji od onih koji ostaju sakriveni, to bi značilo da naša zemlja trpi ogroman gubitak produktivnih i društveno korisnih godina života kroz incidenciju od preko 2000 mlađih, koji će od generacije rođenih, u prosječnoj dobi od 22 godine postati teški i kronični bolesnici. Epidemiološka slika kao i ukupnost svih posljedica i rizika koji su u svezi sa zloupotraživanjem droga i drugih sredstava ovisnosti, nalaze svoj odraz u praktički svim porama našeg društva.

Kvaliteta i filozofija života suvremenog konzumentskog, potrošačkog i hedonizmu sklonog društva, unatoč rastu standarda, sve većem broju pojedinaca ne osigurava zadovoljavanje onih potreba bez kojih nema prirodnog osjećaja radosti i sreće. A ako toga nema, sam život počinje gubiti dubinu svog smisla, tada se sve teže održava motivacija za čuvanje zdravlja i izbjegavanja rizika, kao pretpostavke što dužeg života, a povećava se sklonost traženju i prihvaćanju brzih, alternativnih rješenja, na žalost i onih koje nudi organizirani kriminal. Premda su dobro upućeni stručnjaci svjesni globalnih uzroka „drogiranja“ mlađih, oni ne pokušavaju liječiti „bolesti“ ove civilizacije, jer bi za takav (utopistički) pristup trebalo imati moć i utjecaj koji bi bio snažniji od onog što ga imaju političke i ekonomski elite koje upravljaju svijetom. Oni znaju da je u tom i takvom svijetu sve teže sačuvati stabilnost i zdravlje obitelji i da je sve složeniji zadatak pred roditeljima kako zaštiti svoju djecu od pogubnih izvanjskih utjecaja. Potrebni su posebni drštveni programi da bi

im se u tome pomoglo. U tim nastojanjima da se isti provode, osobite teškoće imaju stručnjaci u zemljama opterećenim korupcijom, u kojima političke elite, koristeći politički inženjeri i manipulirajući narodom preko medija, uspijevaju ostati u svojoj areni radi osobnih interesa i povlaštenog statusa, a na štetu građana. A bez države, njenih instrumenata i potpore lokalnih vlasti, teško je implementirati programe koji će među ostalim, od zlouporabe droga pomoći u očuvanju najvažnijih resursa – djece, mladeži. Zato stručnjaci u svom nastojanju da temeljem suvremene strategije pridonesu zaštiti zdravlja **ljudi**, moraju tražiti prostor i načine djelovanja, svjesni svih ograničenja i zadanih okvira koje određuje politički, ekonomski i socio-kulturni kontekst. Njima je jasno da samo vrlo složen, na znanstvenim činjenicama potvrđen intersektorski program, koji je u svim najvažnijim elementima utemeljen na kontinuiranom radu dobro motiviranih i specijaliziranih profesionalaca i stručnjaka, ispred svega državnih institucija (NGO sektor može pridonositi samo ukoliko je svojim djelovanjem komplementaran Nacionalnoj strategiji), može utjecati na smanjenje potražnje, ponude i svih štetnih posljedica uzimanja droga.

EU, kojoj teži i Hrvatska, pokušava legislativno i na druge načine harmonizirati i standardizirati programe suzbijanja zlouporabe droga. U izboru najboljih strategija traži se potvrda učinkovitosti i isplativosti temeljem znanstveno potvrđenih činjenica, političare se potiče da u donošenju odluka u svezi programa više uvažavaju preporuke kompetentnih stručnjaka. U svim najvažnijim dijelovima nacionalnih programa (od školske prevencije, terapije do represije), u pristupu djeci, mladeži i građanima općenito, inzistira se na poštivanju ljudskih prava, osobnih sloboda građana, te visokim etičkim i profesionalnim standardima. To pak otvara prostor za sve veći pritisak dijela mladeži da sa što manje rizika i zakonskih posljedica mogu ostvarivati svoju slobodu izbora o načinu na koji će živjeti, pa ako hoćete i „umirati drogirajući se“. U suvremenoj europskoj strategiji, skupi represivni aparat bi promjenom prioriteta i poboljšanjem organizacije posla trebao poboljšati svoju učinkovitost (**smanjenje ponude droga**) usmjeravanjem svoje oštice prema razbijanju visoko organiziranog kriminala i njegovih koruptivnih sprega. Istovremeno bi sustav zdravstva i socijalne skrbi trebao poboljšati zaštitu konzumenata i ovisnika. Sve bi to otvorilo bolje mogućnosti da se školskim i drugim preventivnim programima smanji potražnja droga a time poboljša zaštita djece i mladeži.

Europa želi smanjiti pojavnost ovisnika i svih štetnih posljedica koje se javljaju radi konzumacije droga (ekonomske štete, rast kriminala i korupcije, smanjenje produktivnosti, virusne bolesti, osobito HIV infekcije i HCV, oštećenje zdravlja, smrtnost, rizici stradanja u prometu). Znanost je dokazala da je ovisnost kronična, recidivirajuća bolest mozga i sukladno tome i samu konzumaciju droga, kao rizično ponašanje, treba više promatrati sa medicinskog stajališta kao javno-zdravstveni problem koji je moguće uspješno rješa-

vati unutar **društveno-medicinskog modela**. Tu se naglašavaju tri temeljna načela dobre državne politike tretmana ovisnika:

1. Razviti sustav **što ranijeg otkrivanja i privlačenja u tretman** ovisnika i konzumenata droga (to nije moguće ostvariti ako programi svojim pristupom, sadržajem ponude i tipom intervencija ne budu prihvatljivi i lako dostupni korisnicima koje želimo privući s ulice i odvojiti od dealera).
2. Osigurati da se pod stručnim nadzorom unutar mreže terapijskog sustava (kao integralnog dijela sustava državnog zdravstva), drži pod kontrolom **što veći postotak od ukupnog broja svih ovisnika u populaciji** (optimalno i moguće bi bilo da ih 70% bude u stalnom doticaju sa stručnim timovima lako dostupnih lokalnih specijaliziranih izvanbolničkih programa).
3. Terapijski pristup i sadržajne komponente programa moraju biti individualno prilagođavane ovisnicima, što je prepostavka **visoke retencije u programu**. Bolest ima kroničan tijek, pa je tretman ovisnosti proces sa svojom specifičnom dinamikom i dugim trajanjem.

Afirmacija tog modela nije moguća dok se bitno ne smanji utjecaj **moralne paradigmе**, kojom se zlouporaba droga kao i ovisnost ne smatra bolescu koju treba liječiti, već osobnim izborom i stilom života neodgovornih pojedinaca, koji radi toga moraju podnosići društvenu osudu i brojne posljedice: otuđenje, socijalnu izolaciju, stigmatizaciju, marginalizaciju, kriminalizaciju s posljedičnim punjenjem zatvora žrtvama narko-kriminala. U zemljama u kojima dominira moralistički pristup, ovisnici i njihove obitelji, kako bi izbjegli stigmatizaciju, prikrivaju problem i time odgađaju traženje stručne pomoći. Teško je shvatljivo ali istinito, da sustav organiziranog drognog kriminala najviše profitira, a radi toga preko svojih koruptivnih i utjecajnih sprega i najviše podržava moralnu paradigmu. Taj sustav zagovara vrlo tolerantan stav prema drogiranju mladeži, a istovremeno društvu sugerira da ovisnost nije bolest kojom bi se trebali baviti stručnjaci zdravstva, već sugerira da ovisnike (a time automatski i njihove obitelji) treba „pustiti da padnu na dno“, pa će nakon toga tražiti pomoć od terapijskih zajednica (TZ) NGO sustava. Ako to ne žele prihvati, tada se sugerira ostracizam (odbacivanje, prekid komunikacije, izbacivanje na ulicu) kao vid pritiska da se podčine. Takav koncept posve je neprihvativ za veliki broj ovisnika. I umjesto da se ti bolesnici što ranije privuku s ulice kako bi se pokrenuo terapijski proces, oni su ostavljeni da tonu u kriminal ostavljajući pri tom nesagledive teške posljedice. Kada se ovisnik i njegova obitelj ekonomski i zdravstveno posve iscrpi, tada „moralisti“ sugeriraju državi kažnjavanje nepotrebnog kriminaliziranih žrtava droge, čime se samo stvara privid učinkovitog represivnog djelovanja. Tom se koncepcijom u stvarnosti zapravo štite nositelji narko-kriminala i finansijski interesi njihovih

koruptivnih sprega i „zaštitara“, a silno šteti interesima kako drogirane mlađeži tako i društva u cjelini.

*Ako heroinskog ovisnika koji je postao ovisan u 21. godini, privučemo u program nakon godinu dana i pokrenemo terapijski proces, vjerojatnost je da će biti zaštićeno njegovo zdravlje i da će na koncu biti uspješno socijalno rehabilitiran oko 70%, vjerojatno se neće zaraziti hepatitism i virusom HIV-a, neće imati kaznena djela, obitelj će emocionalno i ekonomski biti očuvana, još se neće baviti „dilanjem“ pa neće bolest proširiti na druge osobe, narko kriminalu će donijeti prihod od oko 7000 eura. Ako bi isti slučaj privukli u program u 28. godini, vjerojatnost uspješne rehabilitacije će biti ispod 30%, vjerojatnost da će biti zaražen virusom hepatitisa C i/ili B će biti oko 70%, vjerojatnost da će imati otkrivena kaznena djela će biti preko 70%, obitelj će biti emocionalno i ekonomski opustošena, svojim neposrednim utjecajem uvući će u ovisnost i ostaviti na ulici „nasljede“ od barem 4 nova ovisnika, a narko kriminalu će donijeti preko 100.000 eura!!!*

Prema Hrvatskoj nacionalnoj strategiji (koja se na žalost sve manje uvažava i lošije provodi u praksi), svrha represije usmjerenе prema kriminaliziranim ovisnicima na ulici jest samo vid pritiska da prihvate tretman. Oni su prvenstveno bolesnici, koje treba zaštititi kroz humani, socijalno-medicinski pristup i koliko je moguće, vremenom **pretvoriti u suradnike društva u borbi protiv kriminala**. Grubost prema njima i odbacivanje samo ih još više stigmatizira i veže uz kriminal kojemu služe, a time ih se još više okreće protiv društva i njegovih interesa.

Obzirom da su konzumenti droga i ovisnici **most** koji povezuje drogni kriminal (kojemu donose novac) i zdravu mladež na koju negativno utječe i kojoj po sitno preprodaju drogu (da bi financirali svoju ovisnost), bez kvalitetne sekundarne prevencije i znatnog povećanja resursa suvremenog, državnog sustava za tretman, niti je moguće ozbiljnije ugrožavati interese narko-kriminala, niti osiguravati kroz školske i druge programe primarne prevencije adekvatnu zaštitu još zdrave populacije.

*Kvalitetan stručni nadzor nad populacijom ovisnika moguće je osigurati kroz mrežu lako dostupnih specjaliziranih, prvenstveno izvanbolničkih centara s dovoljnim brojem stručnjaka (jedan tim lječnika na svakih 100–150 teških ovisnika godišnje). U većini država EU jedan tim je angažiran na broj od 50–100 slučajeva u programu godišnje.*

Centri surađuju na lokalnoj razini sa svim institucijama koje na bilo koji način otkrivaju i/ili pridonose zaštiti konzumenata i ovisnika. Kada je riječ o **heroinskim** ovisnicima, sve važnije mjesto u njihovom liječenju zauzima **farmakoterapija**. No tim, po mnogo čemu posebnim i vrlo zahtjevnim pacijentima, od kojih oko 70% neće biti moguće stabilizirati kroz programe s *drug-free* orijentacijom, uz lijekove, potrebno je osigurati u početnoj fazi tretmana (kroz godinu do dvije) i sve druge **elemente složenog terapijskog**

**postupka koji garantira dobre rezultate i visoku retenciju u programu: psihoterapiju, edukaciju, obiteljski postupak, preodgoj, socijalne intervencije, terapiju komorbiditeta.**

Terapijske zajednice, premda dobro došle za 10% od svih slučajeva koji zatraže pomoć, ne mogu biti temeljni sustav države za skrb o ovisnicima jer su svojim pristupom i dužinom boravka za 90% ovisnika neprihvatljive, a obzirom na mali protok pacijenata, njihov je ukupan doprinos (uz visoku cijenu prema cost benefit analizama) relativno mali. Njihovi voditelji su međutim vrlo glasni u javnosti i žestoki kritičari suvremene konцепције tretmana, osobito primjene metadona i drugih opijatskih agonista. Njih nije briga što činiti s onih 90%. Njima pogoduje veća pojavnost ovisnika u društvu i loše organiziran državni sustav, jer tada lakše pune svoje kapacitete probranim klijentima.

Zato da bi se mogla provoditi suvremena strategija, a u okviru nje kao izuzetno važan dio i kvalitetna politika tretmana ovisnika (osobito opijatskih), potrebno je:

- A) shvatiti da su ovisnici teški, kronični, recidivirajući bolesnici koje zdravstveni sustav treba prihvati i tretirati kao i sve druge kronične bolesnike;
- B) potrebno je smanjiti štetno djelovanje i utjecaj u kreiranju sustava za tretman nestručnih sustava (NGO ali i državnog sektora), interesnih lobija, političara i pojedinaca koji zagovaraju pristupe koji su po zajednicu štetni i znanstveno neutemeljeni;
- C) spriječiti instrumentalizaciju programa tretmana ovisnika u političke ili komercijalne svrhe;
- D) pronaći način koji bi omogućio da političke elite u procesu donošenja odluka u svezi strategije suzbijanja droga prihvaćaju i podržavaju sugestije visokih međunarodnih tijela, i najkompetentnijih stručnjaka;
- E) podvrći znanstvenoj evaluaciji i cost-benefit analizama sve programe tretmana ovisnika, kako bi se sprečili paradoksi koji se i danas događaju. Primjer:

*Dok se danas kliničkim bolnicama limitira dužina hospitalizacije teških fizičkih ovisnika na svega 16 dana, istovremeno država plaća zadržavanje ovisnika u terapijskoj zajednici „Susret“ (prethodno detoksificiranih i dobro selekcioniranih) čak 700 dana. Ta zajednica, sa godišnjim „ulazom – izlazom“ od svega 40 ovisnika (od kojih će mnogi recidivirati nakon izlaska), troši 4 puta više sredstava (oko 3 milijuna kuna proračunskih sredstava) nego tim pri KB. „S. Milosrdnice“, Zagreb, Vinogradska, koji s dva liječnika treba godišnje zbrinuti kroz izvan bolnički program oko 1700 ovisnika (od kojih preko 400 posve novih slučajeva koji se javljaju direktno s ulice). Da je postotak apstinenata bez metadona, koje pod kontrolom drži tim u „Vinogradskoj“ samo 20%, to je ukupno 340 osoba. Kod nekoliko stotina koji su na jeftinom metadonu, uspije se također*

*održati apstinencija od ilegalnih droga, znatno poboljšati zdravstveno stanje, socijalno funkcionisanje, i spriječiti zaražavanje hepatitism i HIV-om i brojne druge komplikacije. Za navedeni broj ovisnika trebalo bi osigurati raspoloživo vrijeme stručnjaka za barem 30000 terapijskih seansi i kontrolnih pregleda (uz kontrolu urina na droge) a tim u „Vinogradskoj“ uz krajnje iscrpljivanje jedva osigura 7000.*

Metodama sve uspješniji, kapacitetima primjerjenji i korisnicima sve prihvatljiviji sustav za tretman ovisnika, integriran u državno zdravstvo i socijalnu skrb, drastično je reducirao broj getoiziranih narko-scena na ulicama mnogih zapadno-evropskih gradova. Neke zemlje izvještavaju da preko 70% od ukupne populacije ovisnika uspijevaju privući i zadržati u programima tretmana koji su vrlo raznoliki po zahtevnosti, sadržaju i obliku intervencija, a time i individualno prilagođeni kako naravi problema tako i mogućnostima tih osoba da ih u određenom trenutku prihvate. Zahvaljujući takvoj podjeli posla u okviru **balansne strategije**, smanjuju se potrebe za trošenje resursa represivnog aparata na suvišno bavljenje bolesnicima i mladeži koja se terapijom štiti od kriminalizacije. To pak omogućava da se oštrica represije više usmjeri prema organiziranom drognom kriminalu i njegovim koruptivnim spregama, bez čega nema šanse smanjiti dostupnost droga.

U Hrvatskoj se godinama opstruira razvoj suvremenog državnog sustava za tretman ovisnika. Zavodi za javno zdravstvo i školski (preventivni) liječnici u prvi plan guraju razvoj sustava za neku maglovitu prevenciju (koja bi inače trebala prvenstveno biti u ingerenciji školskog sustava), a ovisnike, koji svojim aktivnim djelovanjem šire drogu i ovisnost, ostavljaju na ulici da služe organiziranom kriminalu. Da paradoks bude veći, od ono malo timova koji se bave tim bolesnicima očekuje se veća orijentacija na potpuno odvikanje (drug-free pristup), udara se po primjeni metadona, a na listama lijekova HZZO nema lijekova (kao što nema niti približno dovoljno educiranih i angažiranih terapeuta) poput **clonidina i naltrexona (Revia) i buprenorfina**, koji bi pomogli u uspostavljanju i čuvanju apstinencije od uličnih droga. Tek uz dobar assortiman lijekova i dovoljno angažiranih specijalista za liječenje ovisnika moguće je kod znatno većeg postotka ovisnika iskušavati detoksifikaciju i održavanje apstinencije. Ako su stručnjaci u situaciji da moraju birati između održavanja na metadonu i prepuštanja ovisnika „tretmanu“ heroinom od strane kriminalaca, tada bi se samo neupućeni ili nemoralni (podržavatelji narko-kriminala) mogli prikloniti ovoj drugoj opciji.

*Bez dobre politike i dobro organiziranog sustava za tretman nije moguće zaustaviti epidemiju koju šire neliječeni i kriminalizirani ovisnici, nije moguće smanjiti profite i moći organiziranog kriminala niti je moguće zaštititi preventivnim programima mladež od pogubnog utjecaja bolesnih na zdrave. Početkom rata i tranzicije 1991, na čitavom prostoru države teškim heroinskim ovisnicima osigurani su programi liječenja uz primjenu metadona. Praćenjem je ustanovlje-*

*no da je taj pristup u kratko vrijeme povećao za čak 3 puta broj ovisnika koji su odlučili potražiti pomoć, dob prvog javljanja spustila se nakon 5 godina primjene metadona od 27 na 22 godine, a staž ovisnika do dolaska na prvo liječenje skratio se također za 5 godina. Da nije došlo do zastoja u razvoju državnog sustava za kontrolu droga (2000–2003) danas bi imali znatno nižu incidenciju ovisnika u populaciji i mnogo manje svih drugih sekundarnih štetnih posljedica zlouporabe droga.*

Edukacijom i poticanjem liječnika opće medicine da prihvate ovisnike kao i sve druge bolesnike, a metadon lijek kao i svaki drugi, od 1991. značajno se poboljšala dostupnost, prihvatljivost, a time i kvaliteta zdravstvene skrbi heroinskih ovisnika. **Preko 1000 liječnika opće medicine u suradnji s timovima Centara za izvan bolničko liječenje intenzivno se danas bavi tom kategorijom bolesnika i daje nemjerljiv doprinos njihovoj zaštiti.** To im je omogućilo da su o toj bolesti „mozga“ mnogo naučili te da su ovisnike prihvatali i prilagodili im se kao jednoj vrlo specifičnoj kategoriji pacijenata. Radi toga se Hrvatska na međunarodnoj razini prepoznaće i afirmira kao ogledni model po kojem bi i druge zemlje trebale uređivati svoj sustav za tretman.

## Ovisnosti i mozak

Nije moguće liječiti ovisnike, niti osmišljavati preventivne programe, ukoliko se ne spozna način na koji droge djeluju na ljudski mozak. Brojni su razlozi, motivi, potrebe i životne situacije, radi kojih dio mlađeži započinje, a kasnije, pod pritiskom okruženja i vršnjačkih skupina s kojima se druže i zavljaju i nastavlja s uzimanjem droga. Podržavanje takvog ponašanja „iznutra“ (iz psihičkog prostora), koje vodi prema stanju ovisnosti, ispred svega je u naravi (ugodnosti) upamćenog doživljaja, iskustva „drogiranosti“, te jednostavnost, efikasnost i brzina načina kojim osoba, koristeći neurobiokemijски ustroj mozga, može promijeniti stanje svijesti i doživljavanje stvarnosti. Zato zlouporabu droga možemo definirati kao neprirodan, visoko rizičan, pa i društveno neprihvatljiv način zadovoljavanja prirodne ljudske potrebe za osjećajem ugode i zadovoljstva. Bez dobrog poznавanja etiologije ovisnosti, teško je osmisiliti i provoditi preventivne, odgojno-obrazovne programe, putem kojih bi u svijesti najvećeg broja mlađih izgradili čvrste obrambene mehanizme kojima će se uspješno zaštiti od iskušavanja droga, a još je teže shvatiti važnost, mjesto i ulogu farmakoterapije u tretmanu ovisnosti.

U traženju odgovora na pitanje filozofije učinkovite prevencije i isplativog tretmana, dobro je koristiti „ekološki pristup“, u kojem umjesto prirodnog okoliša sada promatramo mentalni prostor smješten u biologiji najvažnijeg organa našeg tijela. Svaka individua je u stalnoj interakciji sa svojim okruženjem. Sve doživljeno ostavlja svoj trag i taloži se u memoriji ljudskog mozga.

Istraživači ekologije uma, liječnici, psiholozi, pedagozi, filozofi, sociolozi... trebali bi pokušati odgovoriti na pitanje što sve i na koji način čini štetu i zagađuje taj psihički, duhovni i istovremeno biološki prostor čovjeka. Bez toga nema odgovora na pitanje kako štititi djecu i mlađež u procesu odrastanja od informacija, podražaja, iskustava, ideja, ideologija ali i kemijskih tvari, koje zagađujući prostor njihovoguma, štetno utječu na oblikovanje njihovih osobnosti, stavova, životne filozofije, sustava vrijednosti, moralnosti i konačno na ukupnost kvalitete njihovog ponašanja i djelovanja, što pak neposredno potvrđuje funkcionalnost i bio-psihološko zdravlje samog mozga. Drogiranjem se iskrivljava percepcija, emocije, oštećuju se kognitivne kao i mnoge druge funkcije mozga. Obzirom da se to uglavnom počinje događati u tinejdžerskim godinama djece, posve se zaustavlja proces njihovog zdravog odrastanja, sazrevanja i osamostaljenja. Upamćena ugoda i naučeni mehanizam kojim se ista postiže unosom droge u tijelo „djeteta“, koja može biti znatno intenzivnija od bilo kojeg normalno izazvanog sličnog osjećaja i premda je ponajprije „smeće“ u prostoru sjećanja s kojima se svi prirodno izazvani, prihvatljivi i ranije doživljeni izvori ugode uspoređuju, potiče konzumenta „iznutra“ da ponovi to iskustvo. Zbog toga psihički ovisnik, unatoč ozbilnjih štetnih posljedica, nastavlja s drogiranjem, gubeći istovremeno motivaciju za izvršavanje obaveza i mnoge druge aktivnosti koje nisu neposredno praćene takvim osjećajem. To ga dovodi u sukob s okolinom koja opaža njegovo promijenjeno i sve lošije ponašanje. Kao posljedica oštećivanja biološke strukture mozga, vremenom dolazi do potpunog gubitka kontrole žudnje za ponovnim uzimanjem droge. Čak što više, „drogirani“ i ovisni mozak radi poremećaja kognitivnih funkcija, nevjerojatno vješt racionalizira i nastavlja to ponašanje unatoč strašnih štetnih posljedica. Ostaci promijenjene (a i razoren) ego strukture ovisnika jednostavno se stavljuju u funkciju podržavanja ovisnosti. Mozak, poremećen u svojoj funkciji, u sebi više nema kapaciteta kojim bi promijenio tijek stvari. Potrebna je neka sila i pomoći izvana uz koju bi taj najvažniji organ ljudskog tijela ponovo započeo popravljati samog sebe kroz složene procese učenja, s ciljem da uspostavi samokontrolu ponašanja te da se kroz dugi proces tretmana pokrene sazrijevanje osobnosti, a time i rast odgovornosti, kako bi se vremenom uspostavila samokontrola ponašanja, a mozak individue osposobio za svjesno, samostalno i dugoročno planiranje i osmišljavanje tijeka života.

### Zaključno: Dobra državna politika tretmana opijatskih ovisnika

Doista je teška zadaća liječiti ovisnike. Najteže je liječiti heroinski tip. Na tu se kategoriju troši oko 80% svih resursa sustava za tretman. To je dugotrajan proces sa nepredvidivom dinamikom i ishodom. Kod mnogih slučajeva samo psihoterapijom (koja ne djeluje niti brzo niti „konkretno“) ili čak i du-

gotrajanom izolacijom, preodgojem i rehabilitacijom ne uspijeva se u dovoljnoj mjeri (re)strukturirati, osnažiti i promijeniti ego strukturu pojedinca koja će uspijevati nadvladavati biopsihološki uzrokovani mehanizam kako javljanja gubitka kontrole tako i ponovnog javljanja žudnje za uzimanjem droge nakon što se uspostavila apstinencija. To je pak uzrok visokog recidivizma kod te bolesti, čije se pogubne posljedice kod znatnog postotka bolesnika jedino mogu reducirati farmakoterapijom opijatskim agonistima. **Kod onih heroin-skih ovisnika koji su orijentirani na apstinenciju, primjenom opijatskog antagonista naltrexona (Revia) znatno se može smanjiti rizik recidivizma, a olakšati stabilizacija apstinencije.**

Niti malo nije jednostavna zadaća razviti i održavati aktivnost sustava koji bi bio efikasna protuteža svim silama koje tjeraju i uvlače mladež u zlouporabu droga. Naglašavam još jednom da nema učinkovite prevencije (zaštite zdravih) **bez** preduzimanja mjera pravovremenog prepoznavanja i posebnih programa zaštite visokorizične populacije djece, mladeži i njihovih obitelji, **bez** adekvatnog sustava ranog otkrivanja i nakon toga osiguravanja stručne intervencije (tretmana) ovisnika i konzumenata droga, bez programa lokalnih zajednica kojima se osiguravaju uvjeti za zdravo i nerizično druženje i zabavu mladih u slobodno vrijeme i **bez** učinkovite represije, kojom se ograničava ponuda droga. Nema tog programa primarne prevencije koje će u jednom gradu zaštiti novu generaciju tinejdžera od zlouporabe droga i time smanjiti postotak onih koji će stradati, ako oko njih, nakon što počnu izlaziti, sve bude vrvjelo od drogiranih konzumenata i neliječenih ovisnika i dilera koji im nude drogu. Oni će se u tom slučaju, u velikom broju jednostavno utopiti u tu supkulturu koju kontrolira narko-kriminal. **Dobro organiziran sustav za tretman i provođenja mjera sekundarne prevencije prepostavka je učinkovite i provedive Nacionalne strategije.** A u mnogim državama, kao i u Hrvatskoj, najviše je otpora i problema upravo u implementaciji tog dijela Nacionalnog programa i to nije slučajno. Bez dobre politike tretmana ovisnika koju u okviru državnog zdravstva provode specijalizirani stručni timovi unutar mreže izvan bolničkih centara, koji pak moraju surađivati sa svim resursima lokalne zajednice i institucijama koje otkrivaju ovisnike i konzumente i/ili pridonose njihovoj zaštiti, nije moguće dosegnuti čak 5 do 6 nabrojanih ciljeva **EU strategije**.

## CILJEVI STRATEGIJE EU (2000–2004)

1. Značajno smanjiti pojavnost uzimanja droga, posebno među mladima.
2. Značajno smanjiti negativni utjecaj uzimanja droga na zdravlje, posebno glede rizika zaražavanja HIV ili virusima B i C hepatitisa.

3. Dostići značajan porast uspešno liječenih ovisnika.
4. Postići značajno smanjenje dostupnosti ilegalnih droga.
5. Postići značajno smanjenje kriminala koji je u svezi s drogama.
6. Postići značajno smanjenje pranja novca i ilegalne trgovine prekurzorima.

**Naglašavam da je za ostvarenje prvih 5 od 6 pobrojanih ciljeva EU potrebno znati:**

Zlouporaba droga ne može se uspješno suzbijati povremenim akcijama, kampanjama ili projektima. To mora biti **trajno djelovanje države kroz njene institucije** i stručnjake, profesionalce koji u njima rade. Manji dio mjeđu može određivati sustav NGO, ukoliko je komplementaran temeljnog državnog stručnom sustavu i ukoliko poštuje Nacionalnu strategiju. Program mora biti na svim razinama (horizontalno i vertikalno) stručno i poticajno koordiniran.

Prepostavka za organizaciju suvremenog sustava tretmana ovisnika je **prihvatanje socio-medicinskog modela i odbacivanje moralne paradigmе** kojom se ovisnike stigmatizira, marginalizira, socijalno izolira i gotovo prisiljava na kriminalizaciju. Ovisnik je naš sugrađan koji ima jedan specifičan problem. Ne odbacujmo ga, već ga prihvatimo i pomozimo mu da nadvlada svoj problem, da kvalitetnije živi sa svojim problemom, te da zajednica i obitelj ima što manje teškoća i posljedica radi „njegove ovisnosti“.

**Ovisnost je kronična, recidivirajuća bolest mozga.** Zlouporaba droga je rizično ponašanje koje može dovesti do bolesti. Mjerama sekundarne prevencije trebalo bi smanjivati pojavnost i progresiju takvog ponašanja. Znanost je potvrdila da je „izlječenje“ moguće kod max. 30% ovisnika. Što činiti s ostalima? Da bi se dostigao taj broj, kod znatno većeg broja slučajeva privućenih u sustav za tretman, treba iskušavati mogućnost dostizanja tog cilja. To pak iziskuje zнатне finansijske resurse za plaćanje lijekova (npr. Naltrexon za čuvanje apstinencije heroinskih ovisnika) i za terapijske stručnjake. Liječenje te bolesti je vrlo težak i kompleksan zadatak. Da bi se zdravstveni timovi mogli uspješno baviti tim poslom, potrebna su im **posebna znanja, iskustvo i stručna supervizija od strane najiskusnijih eksperata**.

**Liječenje ovisnosti, da bi bilo uspješno i isplativo, treba planirati kao proces koji traje godinama kao i kod svih kroničnih bolesti** (slično sch, hipertenziji, depresiji, dijabetesu). Intervencije i ciljeve tretmana, tijekom tog procesa, treba individualno prilagođavati kliničkoj slici, potrebama, motivaciji kao i mogućnostima prihvatanja od strane ovisnika nekog od ponuđenih i dostupnih pristupa i programa. Osnovni elementi tog procesa su: farmakoterapija, psihoterapija, obiteljski postupak, edukacija, preodgoj, socijalna „terapija“, terapija komorbiditeta. Potpuna i trajna apstinencija (bez potrebe davanja bilo kakvih lijekova) realan je cilj za četvrtinu ovisnika. Kod ostalih očekujemo promjenljiv tijek bolesti (izmjene faza apstinencije i „drogiranja“),

stabilizaciju apstinencije od uličnih droga uz uporabu zamjenskih lijekova, a kod 30% ovisnika moguće je samo reducirati uzimanje ilegalnih droga i eventualno smanjiti druge štetne posljedice.

#### LITERATURA

/1/ EMCDDA, *Annual report on the state of the drugs problem in the EU*, 1999, Luxemburg, Office for Official Publications of the European Communities; /2/ EMCDDA, *Reviewing current practise in drug-substitution treatment in the European Union*, ed. by Farrell M., 2000; /3/ Kirchmayer U., Davoli M., and Verster A., *Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence (Cochrane Review)*, In: The Cochrane Library Issue 2, 2001, Oxford; /4/ Bertini R., Russo L., Cricelli F., Daraio A., Giglioli C., Pini C., et all., *Role of a prehospital medical system in reducing heroin-related deaths*, Crit Care Med., 1992; 20 : 493-8; /5/ Strang J., Farrell M., *Harm minimisation for drug misusers*, BMJ, 1992; 304 : 1127-8; /6/ Abbasi K., *Deaths from heroin overdose are preventable*, BMJ, 1998; 316 : 331; /7/ Sakoman S., *Društvo bez droga?* Studije, Ur. Šakić V., Institut društvenih znanosti „I. Pilar“, Zagreb, 2001.

## **STAVOVI STANOVNIŠTVA PREMA ALKOHOLIZMU, NARKOMANIJI I PUŠENJU KAO ASPEKT PREVENCIJE BOLESTI ZAVISNOSTI**

Primarna prevencija ima za cilj sprečavanje pojave bolesti uopšte, tj. unapređenje zdravlja kao takvog, odnosno, kad je mentalno zdravlje ostvarenje optimuma funkcionisanja čoveka u emocionalnom, kognitivnom i akcionom smislu.

Primarna prevencija obuhvata aktivnosti van neposredne profesionalne zaštite mentalnog zdravlja, kao što su sprečavanje sociokulturne dezintegracije, zaštita funkcionisanja grupa, socijalnih institucija i države, eliminacija ekstremnih oblika eksploracije i sl. Ona se tiče međutim i programa ostvarenja individualnih psihičkih potencijala dece, omladine i odraslih, koji obuhvataju konkretnе mere prevencije pojave poremećaja različite prirode, kao što su akcije edukativne, psihoterapijske, socioterapijske ili zakonodavne naravi.

Kad su u pitanju bolesti zavisnosti od supstanci, prethodne mere su teško zamislive bez poznavanja stava populacije prema navedenim poremećajima ili, drugačije rečeno, prema lošim navikama čija pojava treba da se spreči. Za primarnu prevenciju mentalnog zdravlja vezan je kvalitet životnog standarda i uravnotežene interpersonalne relacije, posebno one u vezi sa kulturnim normama. Nezaobilaznu ulogu u tome igra i prevazilaženje stresnih i kriznih stanja, koja se javljaju u životu većine ljudi, kao što su penzionisanje, promena mesta boravka, upis u školu, smrt bliskog člana porodice, zasnivanje braka, rođenje deteta itd. Krizna situacija može imati za posledicu sazrevanje, ali i dekompenzaciju, sa kojom sve češće danas ide i zavisnost od supstanci, kao neka vrsta psihičke štakе, ili uopšte kao element nekog od rigidnih neurotičnih i psihotičnih mehanizama odbrane očuvanja psihičkog integriteta pojedinca.

U primarnu prevenciju uključene su različite profesije: lekari, psiholozi, defektolozi i socijalni radnici, ali i nastavnici, vaspitači, pravnici, ekonomisti sveštenici i druge profesije. Njihova uloga vezana je za predohranu masovnog upražnjavanja svih vrsta zdravstveno rizičnih oblika ponašanja, kao što su preterana gojaznost ili mršavost, bavljenje ekstremnim sportovima, bildovanje, prostitucija, abortusi i, svakako, konzumiranje alkohola, pušenje i uzimanje droga.

Stavovi populacije prema duševnim problemima počeli su da se izučavaju intenzivno negde 50-ih godina 20-og veka (Opalić, 1988). Oni označavaju

nepromenjenu spremnost čoveka da pozitivno ili (uglavnom) negativno reaguju prema određenim osobama ili fenomenima vezanim za psihičke poremećaje. Kao i svi stavovi, i stavovi prema zavisnicima sastoje se iz saznajne komponente (ono što je sadržaj tj. obrazloženje stava, svesni deo stava), osećajne komponente, koja ima obično pozitivan ili negativan predznak (prihvatanja ili odbijanja) i dobrom delom je nesvesnog karaktera, „preuzetog“ iz života u relaciji sa značajnom osobom iz života, roditeljima, prijateljima, objektima identifikacije u pubertetu i adolescenciji. Stavovi, najzad, imaju delatnu komponentu, koja upućuje, s jedne strane na dubinu stava o određenom fenomenu, njegovom mestu u vrednosnom sistemu pojedinca, a sa druge govori o spremnosti pojedinca da radi na njihovom ostvarenju, na ubeđenju drugih da prihvate njegov stav.

Skup složenih i teže promenljivih stavova o jednoj pojavi ili predmetu zove se stereotip. On je najčešće vezan i za određenu društvenu grupu, za fenomen u globalu, a u zavisnosti je i od vremena tj. kulturnog miljea u kom se javlja kao i od specifičnog pogleda na svet pojedinca.

Kakva je situacija u vezi sa stavovima i stereotipima prema alkoholičarima, narkomanima i pušenju u našoj populaciji, odnosno prema bolestima zavisnosti u širem smislu?

Generalno govoreći (Bukvić T. 1992) prema alkoholičarima u nas dominiraju dve vrste stavova. Umereno pijenje nailazi na pozitivnu reakciju, dok se hroničnim alkoholičarima pripisuju negativni atributi. Prema Đukanoviću (1988) u stavu stanovništva prema alkoholizmu preovlađuje tzv. utilitarni i hedonistički aspekt, dok su u drugom planu ritualni aspekt i smisao društvene participacije. To znači da naši ljudi u proseku alkoholizam doživljavaju kao bolest, ali onu koja dugo vremena donosi mnogo užitka i koristi (misli se najviše na psihološku, budući da je alkohol u malim dozama odličan anksiolitik i antidepresiv). Manji deo populacije misli da se alkoholizam razvija iz navika (rituala vezanih za razne prilike i običaje), ili iz imitacije tj. želje uglavnom mlađih da u potpunosti participiraju u svim aspektima života odraslih.

Istraživanja na srednjoškolskoj omladini (Vuković 1978, Vislavski 1986) su pokazala da negativan stav prema alkoholizmu stoji u pozitivnoj korelaciji sa opštim uspehom u školi. I učenička populacija (Bukvić 1992), kao i odrasli (Opalić 1988) doživljava i alkoholičare i narkomane kroz spoljni izgled. U oba slučaja na prvom mestu je upadljivo loš spoljni izgled i agresivnost u ponašanju. Pri tome stavovi prema ovim zavisnicima variraju od pola, obrazovanja i starosti ispitanika, ali i od kulturnog miljea. Tako recimo grčka populacija (Tsahalidis 1994) ima konzervativnije stavove prema narkomanima od srpske, dok su mlađi i obrazovani u obe sredine tolerantniji, a žene manje tolerantne prema alkoholičarima.

Već od ranih istraživanja (Hemprich, Kisker 1968) preko nešto kasnijih Widmerovih studija (1983) pokazalo se da su stavovi prema narkomanima

među najnegativnijim stavovima prema ljudima sa psihičkim problemima. Legnaro (1980) smatra da je glavni razlog za to što narkoman svojim ponašanjem ugrožava dominirajuću kulturu (preko njihove subverzivne subkulture), dok smo mi mišljenja da ulogu igra strah od smrti, budući da se narkomanija doživljava kao relativno neizlečiva bolest mlađih. Od domaćih istraživanja, Stojanov (1986) je utvrdio da u našoj populaciji preovlađuje emocionalna komponenta, i to sa negativnim predznakom, stava prema narkomanima. Kao što smo i sami (Opalić 1988) potvrdili, mlađi, obrazovaniji, kao i ispitanici koji su imali iskustvo druženja sa narkomanima, imali su pozitivniji stav prema njima. Takođe smo ustanovili da znanja o alkoholičarima i narkomanima (i duševnim bolesnicima) izazivaju promenu stava prema ovim kategorijama bolesnika u pravcu njihovog razumevanja kao bolesti, smanjujući distancu prema njima, manje su moralizatorski. Što se tiče žena, one su, makar u našem istraživanju (Opalić 1988) netolerantnije i prema alkoholičarima i prema duševnim bolesnicima nego li prema narkomanima. To što su više tolerantne prema zavisnicima od droga objašnjava možda činjenica što su majke mlađih narkomana ili politoksikomana, više meseci, ponekad i godina, te koje su „u savezu“ sa zavisnikom, krijući bolest od oca i cele porodice, učvršćujući tako zavisnički porodični sistem funkcionisanja.

Stereotip o narkomanima izgleda u našem istraživanju (Opalić, 1988, str. 58) ovako: „Narkomani su ljudi koji izgledaju zapušteno ili fizički i psihički bolesno, skloni su kriminalu i prestupništvu, potišteni su, agresivni, nervozni i skloni nemoralu“. U stereotipu o narkomanima dominira dakle obeležje „povučenost“, „upadljiv spoljni izgled“ (bolestan ili zapušten). Tek na drugom mestu su kriminogena obeležja, na pretposlednjem psihopatološki znaci i na kraju moralistička obeležja, dakle bez ikakve predstave o zavisničkoj prirodi narkomanije. Stojanov (1986) je par godina ranije našao da u stereotipu narkomana preovladavaju asocijalna obeležja. U stereotipu o alkoholičaru, prema našim nalazima (Đukanović 1988), dominira agresivnost i prestupničko, pa onda kriminogeno ponašanje. Reč je o slici alkoholičara patrijarhalnog društva u kojoj u prvi plan izbjija dezinhibicija u pogledu kontrole agresivnosti, ispoljavanje potisnute violentnosti, pretpostavljamo dinarskog violentnog mentaliteta naših ljudi. Tek na kraju dolaze psihopatološka obeležja (neuroza, neuračunljivost) i sasvim na kraju izbjijuju uža zavisnička obeležja alkoholičara.

Treba istaći da u stereotipu i stavovima prema zavisnicima gotovo da nema, ili ima vrlo malo, saosećanja za subjektivne patnje zavisnika, izuzev što se one podrazumevaju, indirektno, budući da im se priznaje da ih treba najpre lečiti.

Na stavove o zavisnicima očigledno utiče slika o njima preuzeta iz TV-medija, budući da u stereotipima prevladava vizuelan utisak (naročito o narkomanima) i ponašanje alkoholičara vidljivo u njegovom pijanom stanju. Vrlo

je malo predstave o hronicitetu oboljenja, a sasvim neznatno o mehanizmu i simptomima razvoja zavisnosti ili kao bolesti porodičnih odnosa, bolesti društva, tj. socijalno patološkoj bolesti uslovljenoj, između ostalog, i tolerancijom celokupnog javnog mnjenja prema alkoholizmu, pušenju i tzv. „malim drogama“, pijenju kafe, čaja ili koka-kole.

Jedno skorije istraživanje stavova gimnazijalaca prema uzimanju droga (Kojić, 2000) pokazalo je da mladi imaju negativne stavove prema drogama i da prema narkomanima pokazuju određenu distancu (ne bi da imaju sa njima bliske odnose, niti bi da stupe sa njima u brak, ali ih ne osuđuju i želeti bi da im pomognu). U stereotipu gimnazijalaca o narkomanima prisutna je ipak i moralistička komponenta (slabog su karaktera, neodgovorni), ali dominiraju psihopatološka obeležja (promenljivo raspoloženje, nervosa, depresija). Kada se međutim, ispituju diferenciranje stavovi prema današnjim zavisnicima od specifičnih supstanci u Beogradu (Marković 2003) mladi najviše netolerantnosti pokazuju prema onima koji koriste ekstazi (89%), a najmanje prema uzimanju alkohola (46,5%). Na drugom mestu po neprihvatanju je pušenje marihuane (76,5%), a na trećem pušenje duvana (50,5%). Ovaj poslednji podatak pokazuje koliko ima potrebe da se radi na prevenciji nikotinizma, budući da svaki drugi srednjoškolac misli da u pušenju duvana nema ničeg lošeg. Podatak je utoliko alarmantniji, jer je u ovom najnovijem istraživanju, čak 57,5% učenika imalo kontakt sa duvanom i to, vrlo zanimljivo, više devojčica nego dečaka. Sa alkoholom je imalo kontakt 74,5% ispitanika (među njima više dečaci), a sa marihuanom 14,5 (opet više dečaci), potom sa lekovima 12,5% (više devojčice), 2% sa ekstazijem (više muški), sa trodonom 1,1%, i najzad sa heroinom 0,5% (opet više devojčice). Stavovi učenika prema drogi su, treba istaći, u pozitivnoj korelaciji sa iskustvom uzimanja droge, kao i sa lošijim uspehom u školi (izuzev iskustva pušenja marihuane). Utvrđena je takođe visoka korelacija između pušenja roditelja i pušenja učenika. Zanimljivo je da ova korelacija nije potvrđena za korišćenje alkohola.

Naše je istraživanje (Opalić 1988) pokazalo da visok stepen obrazovanja stanovništva utiče na to da se zavisnost prepoznaće kao bolest, da se shvata njena individualna i socijalna posledica i da povećava spremnost ispitanika da im se kao obolelim pomogne. Stariji ispitanici su najmanje tolerantni prema svim zavisnicima (mada najmanje prema alkoholičarima). Tako je bilo pre desetak godina, pre 20 godina takođe (Widmer 1983), tako je verovatno i danas. Stavovi se teško menjaju, izuzev pod snažnim pritiskom grupe, u kriznim situacijama pojedinca, pod uticajem sistematske edukacije, ili pod uplivom osoba sa kojima je onaj, čiji stav menjamo, u intenzivnoj emocionalnoj relaciji. Ovo ukazuje na školu i porodicu kao ključna mesta primarne prevencije bolesti zavisnosti.

Pri promeni stavova treba imati na umu da se stavovi menjaju pod uticajem informacija, pri čemu imaju primat one koje prve pristignu. To se po-

kazalo i na jednom istraživanju o stavu prema prohibiciji (Krech et. al. 1972). U istom ispitivanju se pokazalo naime, da promene stava zavise i od opšte prihvaćenosti onoga što se želi da se menja. Tako informacije suviše udaljene od stava koji se menja postižu suprotne efekte. Važna je i motivisanost zavisnika za promene. Ovde je bitno reći da se „radi na vruće“, tj. onda kada potencijalni zavisnik ima značajne životne ili zdravstvene probleme koji ga motivišu na promenu. I najzad, treba poznavati i prethodne stavove o pojedinim vrstama zavisnosti. Važno je, zatim, da se zna da ono što se želi menjati ne sme da se žigoše (kao porok), niti osuđuje (kao devijacija), niti se potencijalni edukanti treba da plaše (najtežim i najgorim posledicama bolesti). Pre treba istaći prednosti nezavisnog (slobodnog od supstance) ponašanja. Reč je o tzv. pozitivnom uslovljavanju, koje je efektnije od averzivnog, koje podrazumeva pružanje informacija sa kažnjavajućim prizvukom ili postupkom.

Informacije je, nadalje, poželjno staviti u životni kontekst primalaca, kao što su: egzistencijalne dileme, adolescentna ili predbračna kriza, problemi prilagođavanja, problemi odnosa sa autoritetom i sl. Dakle, uz propagandnu komponentu potrebno je pružiti, u skladu sa stvarnim mogućnostima, i psihoterapijsku uslugu. Neko je to nazvao psihoterapijska realnost, koja podrazumeva i kritički osvrt na uslove usvajanja zavisničkog ponašanja (recimo kroz dve diskusione grupe – od kojih je jedna za, a druga protiv uzimanja supstance).

U okviru informacija obavezno treba isticati i ponoviti, koliko god treba puta, prirodu psihičke odnosno fizičke zavisnosti od svake supstance poнаosob, demistifikovati ulogu alkohola, droge i duvana u toku sazrevanja i socijalizacije (kao mode – u stilu biti „cool“ i sl.). Potpuna informacija podrazumeva upoznavanje sa psihološkom ulogom, a potom sa podmuklim i teško prepoznatljivim, i za pogodenog i za okolinu, mehanizmom zavisničke kompluzije i nizom socijalnih i bioloških posledica koje potom neminovno slede.

Informacije je potrebno bez sumnje usmeriti primarno na mlade, pa ne treba zanemariti obaveštenost nastavnika i roditelja kad je u pitanju školski uzrast i vaspitača za predškolski uzrast dece. Uz to je neminovno permanentno edukovanje edukatora (defektologa, psihologa, nastavnika i drugih) sa novim saznanjima (fenomenima i merama) iz ove oblasti, kao i oslanjanje na društvene potencijale koje nude volonteri.

Za šire društvene akcije neophodno je političko lobiranje sa konkretnim programom mera koje zastupa prepoznatljiv društveni faktor (udruženje građana, organizacije mladih, pogodenih roditelja, sportskih organizacija, političkih partija i sl.), čiji cilj je jasna zakonska regulativa ovog problema (recimo predlozi vezani za zabranu reklamiranja prodaje duvana i alkohola maloljetnim, uvođenje obaveznih informacija o bolestima zavisnosti u niz školskih predmeta itd.).

## LITERATURA

/1/ Bukvić, T., *Istraživanje stavova učenika osmog razreda prema sociopatološkim pojavama*, Diplomski rad, Filozofski fakultet, Beograd, 1992; /2/ Đukanović, B., *Istraživanja stavova prema alkoholičarima, Slika o alkoholičarima, Uzroci alkoholizma*, u: Popović, M., Opalić, P., Kuzmanović, B., Đukanović, B., Marković M., *Mi i oni drugačiji – Istraživanja stavova prema duševnim bolesnicima, alkoholičarima i narkomanima*, Institut za sociološka istraživanja, Filozofski fakultet, Beograd, 1988, 27–30, 60–66, 81–84; /3/ Hemprich, R.D., Kisker, K.P., *Die Herren der Klinik und die Patienten – Erfahrungen aus der teilnehmend – verdeckte Beobachtung einer psychiatrischen Station*, Nervenarzt, 1968, 39, 433–441; /4/ Kecmanović, D., *Socijalna psihijatrija sa psihijatrijskom sociologijom*, Svjetlost, Sarajevo, 1978; /5/ Kojić, F., *Stavovi beogradskih gimnazijalaca prema osobama koje koriste droge*, Diplomski rad, Filozofski fakultet, Beograd, 2000; /6/ Krech, D., Crutchfield, R., Balaki E., *Individual in Society*, McCrow-Hill Book Co., New York, Toronto, London, 1962; /7/ Legnaro, A., *Drogenkonsum und Wertestruktur-Aspekte der kulturellen Integration illegaler Drogen*, in: Kutsch, T., Wiswede, G. (Hrsg): *Soziale Probleme der Gegenwart*, Haim, 1980; /8/ Marković, D., *Rasprostranjenost upotreba droga i odnos prema uzimanju droge srednjoškolske omladine u Beogradu*, Diplomski rad, Filozofski fakultet, Beograd, 2003; /9/ Opalić, P., *Istraživanje stavova o narkomanima, Slika o narkomanima, Stavovi o štetnosti pojedinih psihijatrijskih bolesti po društvo i pojedinca, Zaključna komparativna analiza u svetu uticaja sociodemografskih varijabli i teorija o stavovima prema psihički obolenim*, u: Popović, M., Opalić, P., Kuzmanović, B., Đukanović, B., Marković, M.: *Mi i oni drugačiji, Istraživanje stavova prema duševnim bolesnicima, alkoholičarima i narkomanima*, Institut za sociološka istraživanja, Filozofski fakultet, Beograd, 1988, 27–27, 51–59, 89–104, 131–138; /10/ Opalić, P., *Primarna prevencija psihičkih poremećaja* u: Bogdanović, M., Mimica, A. (ur.): *Sociološki rečnik*, Filozofski fakultet, Beograd, 2003; /11/ Paunković, N., *Stavovi prema zabranama ponašanja koja mogu da ugroze zdravlje čoveka*, Diplomski rad, Filozofski fakultet, Beograd, 2002; /12/ Stojnov, D., *Odnos stereotipa i samoopažanja kod grupe narkomana u svetu teorije ličnih konstrukata*, Magistarski rad, Filozofski fakultet, Beograd, 1985; /13/ Tsahalidis Joannis, *Istraživanje stavova prema duševnim bolesnicima, alkoholičarima i narkomanima u grčkoj populaciji*, Diplomski rad, Filozofski fakultet, Beograd, 1991; /14/ Vislavski, M., *Stavovi srednjoškolske omladine prema različitim aspektima alkoholizma*, Diplomski rad, Filozofski fakultet, Beograd, 1986; /15/ Vuković, V., *Alkoholizam srednjoškolske omladine*, Diplomski rad, Filozofski fakultet, Beograd, 1978; /16/ Widmer, A., *Einstellungen zu psychischen Störungen und deren Behandlung*, Zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät, Zürich, 1983.

## **BIOLOŠKE OSNOVE BOLESTI ZAVISNOSTI**

### **FARMAKOLOGIJA I NEUROFIZIOLOGIJA DROGA**

Psihoaktivne supstance ostvaruju svoje efekte delujući na promenu aktivnosti neurotransmitera u CNS-u na nivou sinaptičke pukotine. Psihoaktivne supstance mogu menjati aktivnost najvažnijih neurotransmiterskih sistema: dopamina (DA), serotoninu (5-HT), noradrenalina (NA), acetilholinu (ACh), gama aminobuterne kiseline (GABA), glutamata. Na taj način mogu menjati incentivno, započinjuće ponašanje (DA), repetitivno, ponavljajuće ponašanje (NA), modulacione efekte (5-HT), inhibitorne efekte (GABA), ekscitatorne efekte (glutamat). Tabela 1. daje pregled dejstva droga na glavne neurotransmitere.

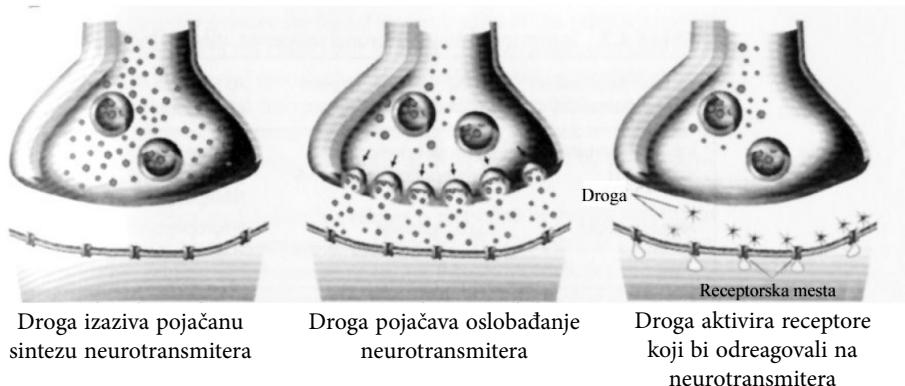
TABELA 1. Pregled neurofizioloških procesa koji se odvijaju pri uzimanju supstanci

Droga	Tolerancija	Apstinencijalni sindrom	Psihološka zavisnost	Glavno delovanje droga ispoljava na sledeće neurotransmitere
Alkohol	Da	Jak	ako su doze velike	Da DA, GABA, glutamat
Nikotin	Brzo	Da	Da	ACh, DA, NA, beta-endorfini
Kofein	Da	Retko	Da	Blokira adenozin
Barbiturati	Brzo	Jak ako su doze velike	Da	GABA
Benzodiazepini	Da	Neznatan	Da	GABA
Opioidi, heroin	Brzo	Jak ako su doze velike	Da	DA, NA, Glutamat
Kokain	Da	Slab	Da	Blokira reuptake DA, NA
Amfetamini	Sporo	Slab	Da	Isticanje NA, oslobađa DA i blokira njegov reuptake, 5-HT
Kanabis	Da	Blag	Da	DA, NA, 5-HT, GABA
Halucinogeni	Brzo	Ne	Ne	Blokiraju 5-HT

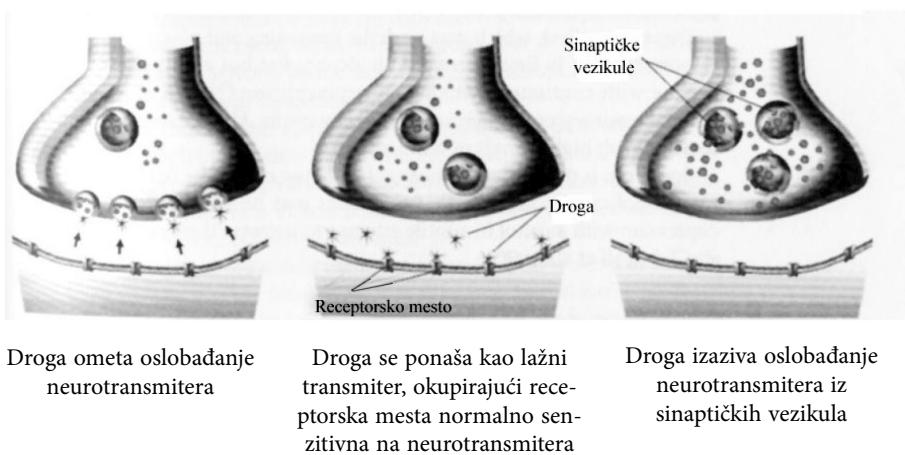
Izvor: Jung J. *Alcohol and other drugs: a research perspective* Thousands Oaks: Sage Publications 2001.

Promena nivoa neurotransmitera u postsinaptičkoj pukotini je važan faktor koji determiniše uticaj droga na ponašanje i raspoloženje. Delujući na reuptake (ponovno preuzimanje neurotransmitera), psihoaktivne supstance mogu ispoljiti agonističko ili antagonističko delovanje (slika 1.).

### Agonistički efekti



### Antagonistički efekti



Slika 1. Uticaj supstanci na neurotransmisiju na nivou sinapse

## Uticaj droga na neurotransmisiju

Postoji nekoliko načina na koje droge mogu da menjaju neurotransmisiju na nivou sinapse. Agonistički efekti pojačavaju transmisiju ili povećavaju produciju neurotransmitera, pojačavaju oslobođanje neurotransmitera ili aktiviraju receptorska mesta koja normalno stimuliše specifičan neurotransmiter. Antagonistički efekti ometaju oslobođanje neurotransmitera, blokiraju receptorska mesta koja bi normalno okupirao neurotransmiter, ili izazivaju „curenje“ neurotransmitera iz sinaptičkih vezikula.

**Alkohol** ne deluje na specifične receptore u mozgu, već utiče na promenu propustljivosti celokupne neuronske membrane. Alkohol potencira dejstvo GABA, povećavajući ulaz jona hlor-a u ćeliju i na taj način smanjuje neuronsku ekscitabilnost. Takođe, putem NMDA receptora inhibira glutamat, glavni ekscitatorni neurotransmiter CNS.

Po unosu alkohola povećava se nivo dopamina (DA) koji utiče na nagrađujuća, prijatna iskustva, dok se hroničnim pijenjem njegova koncentracija smanjuje. Unos alkohola povezan je i sa povećanjem nivoa noradrenalina (NA). Nivo serotonina je niži kod alkoholičara ili mu se nivo snižava teškim opijanjem.

U tabeli 2. dat je pregled glavnih dejstava alkohola na procese u neuronu.

TABELA 2.Uticaj alkohola na neuronsku transmisiju

Na neuronskoj membrani	Unutar neurona: ometa sekundarne glasnike	Na sinapsi: menja nivo neurotransmitera
Inhibira glutamat (NMDA)	Ciklični adenozin monofosfat (cAMP)	Dopamin (DA) Serotonin (5-HT)
Aktivira GABA <sub>A</sub>	Ciklični guanozin monofosfat	(cGMP)Neuropeptidi (endorfini)Noradrenalin (NA)

**Nikotin** iz duvana aktivira holinergičke receptore na koje deluje neurotransmiter acetilholin (ACh), što dovodi do oslobođanja dopamina, noradrenalina i  $\beta$ -endorfina. Ovi nikotinski receptori nađeni su u mnogim delovima CNS-a, posebno u moždanom stablu. Oslobođanje dopamina stimulisano nikotinom povezano je sa povećanom aktivnošću nucleus accumbensa /1/. Ovaj region, povezan sa prednjim mozgom i amigdaloidnim jedrima, rukovodi emocionalnim i motivacionim procesima.

**Kofein** u kafi i karbonizovanim pićima je metilksantin i pripada grupi psihostimulansa. Efekte ostvaruje direktno, povećavajući oslobođanje noradrenalina, i indirektno, kao antagonista adenozinskih receptora (pošto je adenozin inhibitor noradrenergičkog sistema, ovo je stimulativna i aktivirajuća delatnost). Efekti kofeina mogu se porediti sa efektima drugih psihostimulansa (amfetamin i kokain), s tim što je intenzitet efekata mnogo manji /2/.

**Marihuana** je jedna od najčešće korišćenih droga. Najjači aktivni sastojak je delta-9-tetrahidrokanabinol ( $\Delta$ 9-THC). Receptori su nađeni širom

CNSa (korteks, hipokampus i cerebelum), a posebno u nucleus accumbensu. Kanabis utiče na nivo 5-HT i DA kao i na sintezu prostaglandina. Smatra se da je endogeni ligand za ove receptore anandamid (ANA) /3/.

**Kokain** izaziva efekte svojom sposobnošću da blokira reuptake dopamina, što dovodi do povećanja koncentracije dopamina u CNSu, a narocito u nucleus acumbensu. Na ovaj način se aktivira psihološki mehanizam *nagrade* što predstavlja osnovu za nastanak jake psihičke zavisnosti. Kao efekti, javljaju se psihostimulacija, energizacija i popravljanje raspoloženja.

**Amfetamini** izazivaju psihohaktivne efekte blokirajući reuptake dopamina i noradrenalina, čime povećava koncentraciju ova dva neurotransmitera u CNS. Javljuju se efekti psihostimulacije, energizacije i popravljanja raspoloženja. Stimulacija noradrenalinskih receptora pospešuje budnost i suprotstavlja se zamoru.

**Halucinogeni** LSD, psilocibin, meskalin su psihohaktivne droge koje deluju kao agonisti 5-HT<sub>2</sub> receptora i na taj način izazivaju povećanje nivoa serotonina u CNS-u. Smatra se da je povećanje koncentracije serotonina uzrok halucinogenih efekata ovih supstanci.

**Sedativi i hipnotici** kao što su barbiturati i benzodiazepini se brzo apsorbuju iz digestivnog trakta. Lako difunduju kroz krvno-moždanu barijeru delujući na više funkcije. Imaju specifična receptorska mesta (GABA receptori) za koja se vezuju. Povećavaju propusnost hloridnih jonskih kanala GABA receptora (BDZ1, BDZ2 podtip receptora), povećavaju elektronegativnost neurona, i na taj način inhibiraju aktivnost CNS-a. Njihovo dejstvo se pojačava kada se (što je čest slučaj) kombinuju sa alkoholom /2/.

**Opioidi** se vezuju za pet različitih tipova receptora u CNS: mi, kapa, sigma, delta i epsilon. Opioidi (morphin, heroin, metadon, kodein, petidin) deluju kao agonisti specifičnih opioidnih receptora sa selektivnošću heroina i morfina za  $\mu$ -klasu opioidnih receptora. Na nivou moždanog stabla ove supstance izazivaju smanjenu aktivnost noradrenergičkih neurona. Povećana aktivnost noradrenergičkih neurona je uzrok apstinencijalnog sindroma kod naglog prestanka uzimanja ovih supstanci.

Nalokson i naltrekson su antagonisti koji blokiraju efekte opioida. Oni okupiraju opioidna receptorska mesta i na taj način efikasno neutrališu dejstvo opioida. Naltrekson ima mnogo duže dejstvo od naloksona.

Metadon je sintetički opijat koji se često koristi u lečenju heroinske adikcije jer njegovi efekti duže traju, a apstinencijalni sindrom je blaži. Metadon se ponaša kao agonista/antagonista koji, takmičeći se za opioidna receptorska mesta, blokira efekte heroina.

## MEHANIZAM ŽUDNJE ZA SUPSTANCOM

Žudnja (craving) se opisuje kao „urgentna i preplavljujuća želja“ ili „neodoljiv impuls“ da se upotrebi supstanca. Žudnja je, kad je u pitanju zloupotreba supstanci, analog strahu kod fobija ili panici kod anksioznosti. Ova definicija se povremeno primenjuje i na farmakološku žudnju i na žudnju za raznim prijatnim aktivnostima (hrana, seks, kocka) /4/.

Svetska zdravstvena organizacija definisala je žudnju (craving) kao „želju da se iskusi efekat (efekti) prethodno oprobane psihoaktivne supstance“. Halikas i saradnici su 1991. opisali žudnju za kokainom kao „tako intenzivnu i intruzivnu da ometa koncentraciju, performanse, izaziva ekstremnu akutnu neprijatnost i preuzima kontrolu nad delima zavisnika. Ukratko, žudnja je neodoljiv podsticaj da se koristi supstanca koji primorava na traganje za drogom“ /4/.

Žudnja je subjektivni fenomen koji je teško izmeriti, opisati i vizuelno predstaviti (npr. skicom). Marlatt smatra da je žudnja sastavljena od očekivanja i anticipacije – psiholoških kvaliteta – a ne fiziološki fenomen /5/. Weddington i saradnici /6/ su dokazali da se kod kokainskih zavisnika žudnja pojačavala pred prijem na lečenje, povezujući je tako sa unutrašnjim psihološkim signalima i očekivanjem apstinencijalnog sindroma. Žudnja koju osećaju teški alkoholičari kada popiju pivo sa malim procentom alkohola ukazuje na još jednu psihološku dimenziju žudnje – da nije povezana samo sa unosom alkohola već i sa iskustvom opijanja /7/. Laberg je ovu ideju dalje razvio smatrajući da je žudnja kod alkoholičara u celosti uslovljen odgovor udružen sa intrapsihičkim signalima i signalima iz okoline, na isti način na koji je strah uslovljen odgovor kod fobija /8/. Sherman i saradnici /9/ su proučavali žudnju kod heroinskih zavisnika i zaključili da veza između negativnih afekata, žudnje i simptoma apstinencijalnog sindroma ukazuje na, bar delimično, uslovljena očekivanja.

Neke od supstanci koje se zloupotrebljavaju, nakon administriranja, izazivaju jačanje nagona da se supstanca koristi. Ovaj fenomen – fenomen početka – označen je kao „prajming“ (priming). Neki autori ga koriste kao sinonim za žudnju /10/. Ludwig i saradnici smatraju da male doze alkohola imaju prajming efekat koji su označili kao „fenomen prve čaše“. Bradley i Morey takođe prave razliku između fenomena žudnje za supstancom i prajming efekta koji se javlja nakon uzimanja male količine supstance, smatrajući ove fenomene povezanim ali različitim. Siegel smatra da su tolerancija i zavisnost od supstanci u potpunosti rezultat Pavlovlevog uslovljavanja kod ljudi. Monti i saradnici ukazuju na to da su osnove za razvoj žudnje naučeno ponašanje u društvu, očekivanja, naučene reakcije i veštine prevazilaženja. Halikas i Kuhn nalaze da je žudnja za kokainom kod ljudi bihevioralna manifestacija „kindling“ fenomena. Oni smatraju da su simptomi hronične zavisnosti od

kokaina – iritabilnost, nemir, hipervigilnost, paranoja – možda rezultat istog fenomena /4/.

Sve farmakološke strategije za redukciju konzumacije droge vezane za redukciju žudnje takođe ukazuju da je teoretska osnova za žudnju teorija učenja. Žudnja se smatra sinonimom za pojačavajući efekat supstanci. Smatralo se da su lekovi koji smanjuju pojačavajuće i prijatne efekte supstance korisni za redukciju žudnje, ali rezultati studija na životinjama su bili razočaravajući – mnogi lekovi koji su smanjivali pojačivački efekat kod životinja nisu uspeli da smanje žudnju kod ljudi. Žudnja takođe može da se sagleda kao aspekt prolongiranog subkliničkog apstinencijalnog sindroma, što ukazuje da bi veoma dugačak period odvikavanja od supstance tokom koga bi se organizam adaptirao na sporo opadanje nivoa supstance mogao da smanji žudnju /4/.

Poslednje definicije povezuju žudnju sa promenama u koncentraciji neurotransmitera (dopamina kad je u pitanju kokain ili nivo endorfina kad je u pitanju alkohol). Kleber i Gawin smatraju da je kokainski krah<sup>1</sup> izazvan smanjenjem dopamina nakon dugotrajne upotrebe stimulanasa /11/. Oni žudnju povezuju sa ovom relativnom iscrpljenošću dopamina. Jaffe sugerire da žudnja može da se pobudi unutrašnjim i spoljašnjim stimulusima dugo pošto je postignuta potpuna apstinencija, možda zbog uspomena na pojačavajući efekat supstance. On takođe smatra da male količine supstance mogu da imaju prajming efekat kod bivših zavisnika, pojačavajući žudnju, bez obzira da li ona ima fiziološku ili psihološku osnovu.

Razni lekovi su korišćeni u lečenju žudnje. Naltrekson redukuje žudnju kod alkoholičara, ali na žalost ne i kod zavisnika od heroina, mada je inicijalno stvoren kao heroinski blokator. Sredstva koja obezbeđuju nikotinsku substituciju (nikotinske žvakaće gume, nikotinski flasteri i sl.) smanjuju žudnju za nikotinom. U lečenju kokainske žudnje pokušano je sve – od čokolade do buprenorfina, uključujući amantidin, bromokriptin, karbamazepin, desipramin, antidepresive, mnoge neuroleptike, anksiolitike, obično sa optimističkim nalazima u početku i razočaravajućim na kraju. Svi oni deluju kod nekih ljudi, a kod drugih ne, pa ostaje nejasno da li je, kada imaju efekta, u pitanju lečenje žudnje per se ili opšta stabilizacija raspoloženja /4/.

## MEHANIZMI NAGRAĐIVANJA

Kompulzivno traganje za drogom i uzimanje droge predstavljaju ponašanje koje od samog početka postavlja pred naučnike i kliničare dva pitanja; šta izaziva i održava uporno samodestruktivno ponašanje i kako ga promeniti.

<sup>1</sup> Apstinencijalni sindrom kod zavisnika od kokaina se manifestuje nizom disforičnih simptoma. Perid „kraha“ se javlja odmah po prestanku korišćenja kokaina, i manifestuje depresijom, anksioznošću, agitacijom i intenzivnom žudnjom za drogom

Pošto efikasan metod lečenja još nije pronađen od najvećeg su značaja pokušaji da se razumeju uzroci samoadministriranja droga.

Očigledno je da su uzroci zloupotrebe supstanci mnogostruki i kompleksni i da, pored bioloških i psiholoških, uključuju socijalne, ekonomski i edukativne faktore. Međutim, i laboratorijske životinje, na koje socijalni, ekonomski i edukativni faktori ne deluju, takođe sebi dobrovoljno ubrizgavaju iste droge kao i ljudi. Ova činjenica govori u prilog biološkoj osnovi zloupotrebe supstanci. Šta više, laboratorijske životinje će dobrovoljno sebi ubrizgati određene droge u strogo određene delove mozga, a ne u neke druge, što ukazuju na neurobiološku osnovu ovakvog ponašanja.

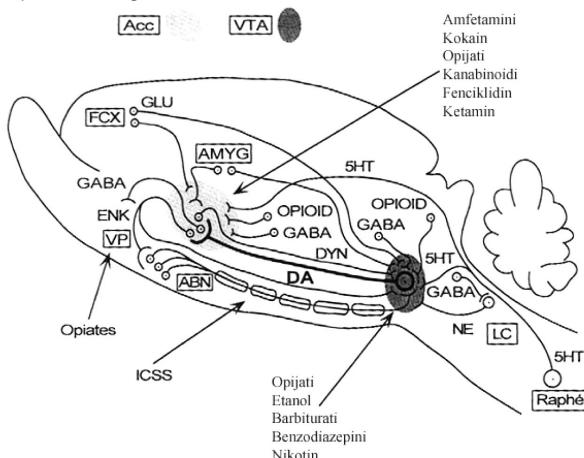
Brojni eksperimenti su pokazali da supstance koje se zloupotrebjavaju imaju dve zajedničke osobine: dobrovoljno ih sebi ubrizgavaju laboratorijske životinje – sisari i one pojačavaju mehanizme nagrađivanja u mozgu. Supstance koje se zloupotrebjavaju pojačavaju nagrađivanje u mozgu kroz tzv. nagrađivačko kolo koje se sastoji od komponenti prve, druge i treće faze. Komponente prve faze čine descendantna, mijelinizirana, srednje-brza neuronska vlakna koja se prostiru kaudalno kroz medialni snop prednjeg mozga, a aktiviraju se direktnom električnom stimulacijom. Ova „vlakna prve faze“ ostvaruju komunikaciju sa neuronima mezencefaličnog dopaminergičkog (DA) sistema koji predstavljaju „neurone druge faze“ sistema nagrađivanja. Aksoni ovih dopaminergičkih neurona daju limbičke i kortikalne projekcije. Ova, na drogu osetljiva komponenta nagrađivačkog sistema, aktivira se neurohemski i/ili elektrofiziološki supstancama koje se zloupotrebjavaju a koje pojačavaju moždano nagrađivanje. Mezolimbika DA vlakna koja završavaju u nucleus accumbensu najvažniji su deo ascendentnog mezotelencefaličkog DA sistema. Iz nucleus accumbensa, neuroni „treće faze“ prenose nagrađujući signal dalje, u ili kroz ventralni palidum /12/.

Različite klase supstanci koje se zloupotrebjavaju deluju na DA nagrađujuće supstrate na različitim anatomskim nivoima, kroz različita mesta delovanja na ili pored DA neurona. Ovu DA komponentu nagrađivačkog sistema funkcionalno modulira više raznih neurotransmiter-specifičnih neuronskih sistema (GABAergički, glutamatergički, serotonergički, noradrenergički, enkefalinergički, endorfinergički, dinorfinergički, holecistokinergički i neurotensinergički) koji su uključeni u podešavanje hedonističkog tona koji se prenosi kroz DA nagrađivački sistem /12/.

Za podešavanje hedonističkog tona važne su i kompleksne recipročne neuronske veze između neurona „prve“, „druge“ i „treće“ faze, pa delovanje na njih može da izmeni ponašanje u vezi sa uzimanjem droge. Narušavanje neuronskih supstrata DA nagrađujućeg sistema može da obezbedi manju predisponiranost kad je u pitanju uzimanje droge. Recidiv uzrokovani stresom ili ponovnim približavanjem drogi je, kao i subjektivno iskustvo žudnje, u vezi sa reaktivacijom DA supstrata povezanih sa nagrađivanjem.

Zaključak svih ovih nalaza koji ima kliničku važnost je da bi farmakoterapijska intervencija na nivou širokog spektra neurotransmiterskih sistema koji s naptički moduliraju nagrađujuće kolo mogla da izmeni nagrađujući osećaj koji droga pruža, žudnju za drogom pa čak i predispoziciju za drogu /12/.

Sledeća shema prikazuje nagrađivačko kolo u mozgu sisara (laboratorijskog pacova), sa mestima na kojima razne supstance deluju pojačavajući nagrađivanje u mozgu i tako indukuju ponašanje vezano za uzimanje droga i verovatno žudnju za drogom.



Slika 2. Nagradivačko kolo u mozgu sisara pod uticajem supstanci

ICSS – descendantni, mijelinizirani, srednje-sprovodljivi delovi nagrađujućeg moždanog kola koja prvenstveno aktivira električna intrakranijalna auto-stimulacija	DA – subkomponenta ascendentnog mezolimbičkog dopaminergičkog sistema koji prvenstveno aktiviraju supstance koje se zloupotrebljavaju
ACC - nucleus accumbens	VP – ventralni palidum
RAPHE – nuclei raphe serotonergičkog sistema	ABN – nukleusi u medijalnom snopu prednjeg mozga
LC – locus coeruleus	AMYG – amigdaloïdna jedra
VTA – oblast ventralnog tegmentuma	FCX – frontalni kortex
5-HT – serotonergička vlakna iz RAPHE anterior koja se projektuju i u oblast ventralnog tegmentuma i u nc. Accumbens (ACC)	NE – noradrenergička vlakna koja potiču iz locus coeruleusa i projektuju u oblasti ventralnog tegmentuma
ENK – Enkefalinergička vlakna iz ACC	DYN – Dinorfinergička vlakna iz ACC
GABA – vlakna GABAnergičkog inhibitornog sistema koja projektuju u LC i u VTA i ACC	OPIOID – endogeni opioidni peptidi neuralni sistemi koji sinapsiraju i u DA ćelijskim poljima ventralnog tegmentuma i u DA terminalnim projekcionim lokusima u nucleus accumbensu
GLU – glutamatergički neuronski sistem iz frontalnog kortexa koji projektuje u ventralni tegmentum i ACC	

Izvor: Lowinson J, Ruiz P, Milman R [et al.], eds. *Substance abuse: comprehensive textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.

Još jedno od intrigantnih pitanja u vezi sa mehanizmom nagrađivanja je zašto je on nastao tokom evolucije. Mnogi autori smatraju da je u pitanju deo normalnih pojačivačkih funkcija CNSa. Jedna od prvih opservacija u vezi sa električnom stimulacijom mozga je da stimulisanje oblasti koje su u vezi sa nagrađivanjem aktivira i prirodno konzumatorno ponašanje kao što je hranjenje. Ista mezencefalička DA kola koja omogućavaju nagrađivanje izazvano drogama su biohemički aktivna, na način identičan DA aktivaciji koju produkuju droge, u prirodnom nagrađivačkom sistemu. Neki kliničari su pretpostavili da izvestan broj zavisnika od supstanci ima deficitarnu sposobnost da crpe nagradu i zadovoljstvo iz svakodnevnih iskustava. Blum i saradnici /13/ su ovo stanje označili kao „sindrom deficijencije nagrađivanja“. Ako bi ovo bilo tačno, cilj lečenja ne bi bio samo lečenje zavisnosti pacijenata već i oporavak njihovog sistema nagrađivanja koji bi im na taj način omogućio da se „uključe“ u stvaran svet /12/.

## LITERATURA

- /1/ Pontieri F.E., Tanda G., Orzi F., Di Chiara G., *Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs*. Nature, 1996, 382: 255–257; /2/ Jung J., *Alcohol and other drugs: a research perspective*, Thousands Oaks: Sage Publications 2001; /3/ Gelder M., Mayon R., Cowen P., Shorter Oxford Textbook of Psychiatry, 4th edn, Oxford, Oxford University Press 2001; /4/ Halikas J., Craving. In: Lowinson J.H., Ruiz P., Millman R.B., [et al.] eds., *Substance abuse: A comprehensive textbook*, Baltimore: Williams & Wilkins, 1997; /5/ Marlatt G.A., *Cue exposure and relapse prevention in the treatment of addictive behaviors*, Addict Behav, 1990, 15 (4): 42–44; /6/ Weddington W.W., Brown B.S., Heartzen C.A., Cone E.J., et al., *Changes in mood, craving, and sleep during short-term abstinence reported by male cocaine addicts: a controlled, residential study*, Arch Gen Psychiatry, 1990; 47: 861–868; /7/ Long C.G., Cohen E.M., *Low alcohol beers and wines: attitudes of problem drinkers to their use and their effect on craving*, Br J Addiction, 1989; 84: 777–783; /8/ Laberg J.C., *What is presented, and what prevented, in cue exposure and response prevention with alcohol dependent subjects?* Addict Behav, 1990; 15: 367–387; /9/ Sherman J.E., Zinser M.C., Sideroff S.I., Beker T.B., *Subjective dimensions of heroin urges: influence of heroin-related and affectively negative stimuli*, Addict Behav, 1989; 14: 611–623; /10/ Jessor R., Jessor S.L., *Adolescent development, and the onset of drinking: a longitudinal study*, J Stud Alcohol, 1975; 36: 27–51; /11/ Kleber H.D., Gawin F.H., *The physiology of cocaine craving and „crushing“*, In reply, Arch Gen Psychiatry, 1987; 44: 299–300; /12/ Gardner E., *Brain reward mechanisms*, In: Lowinson J. H., Ruiz P., Millman R.B., [et al.] eds. *Substance abuse: A comprehensive textbook*, Baltimore: Williams & Wilkins, 1997; /13/ Blum K., Cull J.G., Braverman E.R., Comings D.E., *Reward deficiency syndrome*, Am Sci, 1996; 84: 134–145.

## **NEUROENDOKRINI SISTEM I BOLESTI ZAVISNOSTI**

Endokrini i nervni sistem regulišu skoro sav metabolizam i homeostatske aktivnosti organizma, regulišu rastenje, utiču na mnoge forme ponašanja i kontrolu reprodukcije. Dva različita sistema međusobno deluju: veliki deo endokrinih sekreta deluju direktno ili indirektno na mozak, što znači da hormoni deluju na aktivnost mozga. Bazična funkcionalna jedinica nervnog sistema je NEURON, čije organizovanje u mrežu povezuje deo po deo. Bazična funkcionalna jedinica endokrinog sistema je SEKRETORNA ĆELIJA, koja svoj regulatorni uticaj ostvaruje putem krvne cirkulacije. Nervne ćelije i endokrine ćelije imaju mnoge zajedničke atribute. Nervne ćelije imaju sekretornu funkciju, isto tako i sposobnost da šire akcione potencijale, što znači da imaju dvojnu funkciju. Neuroni zajedno sa endokrinim žlezdama aktiviraju svoje target ćelije putem hemijskih medijatora koji deluju preko specifičnih ĆELIJSKIH RECEPTORA. Neki peptidi neurotransmiteri koji su sintetizovani u nervnim ćelijama identični su sa onim koje sekretuju endokrine žlezde i izgleda imaju njihovo evolutivno poreklo, kao i regulatori ćelija primitivnih, jednoćelijskih organizama. Izolovani su brojni regulatorni peptid-hormoni iz gastrointestinalnog trakta, koji su takođe otkriveni i u neuronima, centralnom i perifernom nervnom sistemu. Ovi faktori danas su poznati kao gastroentero-hormoni. Peptidni hormoni su nađeni i u pojedinim ćelijama bronha i pluća, kao i u drugim neendokriniim tkivima. Takođe je poznato da mnoge ćelije neendokrinih tkiva u malignoj alteraciji i represiji mogu lučiti hormone i označeni su kao ektopični tumori sa hormonskim aktivnostima. Prema tome, danas se endokrini i neuroendokrini sistem mora shvatiti mnogo šire, jer pored endokrinih žlezda, hormoni i peptidi se sintetizuju i u ćelijama koje ne pripadaju endokrinim žlezdama u klasičnom smislu, a i mnoge maligne ćelije iz neendokrinih tkiva sintetizuju hormone.

Na osnovu naučnih saznanja tradicionalna distinkcija između nervne i hormonske kontrole je prevaziđena i danas se govori o neuroendokrinoj kontroli kao celini – jedinstvenom sistemu. Danas je poznato da brojni neuroni luče hormone, bez obzira da li oni ulaze u krv ili ne. Znači, mozak je endokrina žlezda koja luči brojne hormone, neurotransmitere i peptid-hormone. Hormoni iz krvi i drugih sredina u organizmu deluju preko specifičnih receptora na target tkivima, dok je nervna specifičnost u tome, da njihovi hormo-

ni deluju preko receptora i direktno akcionim potencijalima preko anatomske veze – ima dvojnu funkciju neuron u mozgu.

Daljim izučavanjima je pokazano da na neuroendokrini sistem ima veliki uticaj i psiha čoveka i da neposredno utiče u održavanju homeostaze i skoro svih funkcija organizma. Tako se razvila kao nauka PSIHONEURO-ENDOKRINOLOGIJA.

Imuni sistem, pokazano je danas, je integrativni sistem koji je u interakciji sa psihoneuroendokrinim sistemom. Nervni i endokrini faktori deluju na različite elemente imunog odgovora, prema tome, na različite aspekte imunog odgovora u čemu posreduju CITOGENI solubilnom sekrecijom aktivisanih limfocita i moduliraju obe i nervne i endokrine funkcije. Gledano iz neuroendokrinske perspektive, populacije limfocita prepoznavaju strani protein kao antigen i reaguju velikom sekrecijom specifičnih hormonskih faktora. Tako se razvija naučna disciplina PSIHOIMUNONEUROENDOKRINOLOGIJA koja izučava ovu kompleksnu kontrolu skoro svih funkcija u organizmu čoveka i njegovo komuniciranje sa spoljnom sredinom.

## Hipotalamus

Hipotalamusni neuroni poseduju nervnu i sekretornu funkciju i to se ispoljava u osovini centralni nervni sistem (CNS) – hipotalamus- adenohipofiza – odgovarajuća žlezda. Hipotalamus je brojnim eferentnim i aferentnim vezama direktno povezan sa mnogim delovima CNS-a. Peptidergički neuroni, pored sprovođenja akcionih potencijala, imaju sposobnost da sintetišu, prenose i oslobađaju specifične hormone i druge aktivne peptide, koji se humoralnim putem prenose do odgovarajućih ćelija neuro-adenohipofize (neurohumoralna transmisija). Monoaminergijski nervni sistem se deli na: dopaminergijski, norepinefrinski i serotoninergijski sistem. Transmiteri i neuropeptidi imaju takođe veliku ulogu u regulaciji sekrecije hormona. Danas su poznati sledeći hormoni hipotalamusa: TRH hormon koji podstiče sekreciju TSH, GnRH ili gonadotropin, oslobađajući hormon za gonadotropine (FSH i LH), GHRH oslobađajući hormon za hormon rastenja (GH), CRH oslobađajući hormon – kortikoliberin koji stimuliše lučenje ACTH, beta-lipotropina, beta-endorfina i PRF oslobađajući činilac za prolaktin. Hipotalamus luči takođe i inhibišuće hormone koji sprečavaju lučenje odgovarajućih hormona. SRIF somatostatin inhibiše lučenje GH i TSH, a PIF inhibiše sekreciju prolaktina. Tako se uspostavlja jedinstvena funkcionalna veza hipotalamus-hipofiza koja se reguliše sistemom povratne sprege – stimulacijom i inhibicijom zavisno od stanja potreba organizma.

## Regulacija sekrecije hormona

Uloga povratne sprege u regulaciji pojedinih hormona prvo je započeta izučavanjem štitaste žlezde. Lučenje TSH regulisano je mehanizmom

negativne povratne sprege koja deluje na hipofizu i hipotalamus, a normalno inverzno se odnosi prema koncentraciji nevezanog hormona u krvi T-3 i T-4. Oslobađanje TSH izazvano je TRH-om, čije lučenje se nalazi na nivou hipofiznog mehanizma povratne sprege. Faktori koji utiču na lučenje TRH su slobodni hormoni štitaste žlezde u krvi i stimulusi iz viših centara, zatim norepinefrin, kortikosteroidi i hladnoća.

Regulacija sekrecije hormona rastenja zavisna je od brojnih faktora: faktori koji podstiču sekreciju – GHRH, stres, fizička aktivnost, aminokiseline i san, dok glikoza i somatostatin inhibišu sekreciju. Sekrecija GH su insulinu sličan faktor rasta (IGF-1), nazvan somatomedin-C (SM-C), metabolički supstrat i hormonski faktor. Pošto je GH anabolički hormon i stvara energetske rezerve, jasna je potreba za fiziološkim snom, jer se u snu maksimalno luči.

Regulacija sekrecije gonada je kompleksna. Gonadotrogne ćelije prednjeg režnja hipofize podložne su selektivnoj adaptaciji na pulzatilni tip stimulacije koja se ostvaruje preko vodiča ritma (pace maker) u hipotalamusu koji se sastoji od brojnih nervnih spojeva: noradrenergičnih, dopaminergičkih, gamaergičkih i opijatskih neurona. Posebno treba obratiti pažnju na stres, olfaktorni i vizuelni uticaj i značaj LHRH na sekreciju hormona. Estrogeni moduliraju frekvenciju i amplitudu LHRH pulsa preko svojih receptora na gabaergičkim neuronima. Svaki LHRH puls ima svoju frekvenciju i amplitudu. Za svaki LHRH puls važna je i količina i učestalost oslobađanja LHRH. Ako je frekvencija oslobađanja LHRH usporena, favorizuje se sekrecija FSH, a ako je ubrzana dolazi do smanjenja sekrecije gonadotropina. Ovo saznanje je doprinelo uspešnom lečenju mnogih oboljenja i poremećaja gonadotropina. Puls sekrecije LHRH je na svakih 90 minuta za žene, a 120 minuta za muškarce. Danas postoje sintetski preparati LHRH i odgovarajuće pumpe koje se primenjuju da u potpunosti imitiraju pulsatilnu sekreciju LHRH i skoro fiziološki otklanjaju poremećaj (hipotalamusni hipogonadizam, muški infertilitet i regulaciju menstraurnog ciklusa).

U regulaciji sekrecije prolaktina veliku ulogu imaju stres, serotonin, dopamin, kao fiziološki regulatori, dok brojni lekovi, kao što su trankilizirajući lekovi, antidepresivi, rezerpin i metil-dopa mogu podstići sekreciju prolaktina i dovesti do poremećaja ciklusa kod žena sa galaktorejom.

Kontrola funkcija nadbubrežnih žlezda odvija se na principu mehanizma povratne sprege, cirkadijalnog ritma preko viših centara i serotonina, dok norepinefrin deluje i pozitivno i negativno na hipotalamus, a acetilholin inhibitorno. Kortizol koji se luči iz kore nadbubrežnih žlezda pod uticajem CRH i ACTH deluje inhibišuće na endokrine kontrolne centre koji se nalaze u mozgu. On deluje ne samo na prednji režanj hipofize, već i na diencefal. Slobodni kortizol u plazmi svoj inhibišući efekat ostvaruje u eminenciji medijani hipotalamusa ili njegovoj neposrednoj okolini. Tu se stvara CRH (kortikoliberin), neurohormon koji deluje na prednji režanj hipofize preko povratnog va-

skularnog sistema i odgovoran je za kontrolu stvaranja i lučenja ACTH. Kontrolni centar ACTH u hipotalamusu takođe je pod uticajem stimulacije od strane humoralnih faktora koji potiču sa periferije, a ulaze u igru kad je organizam izložen oštećenju tkiva ili unosom raznih toksičnih supstancija (droga, nikotin, alkohol). Hipotalamusni kontrolni centar održava 24-časovni ritam lučenja kortizola. Najveće lučenje korizola je ujutru (8 časova), a najmanje u ponoć (oko 24 h). Ovaj diurnalni ritam je u zavisnosti od stanja sna i budnog stanja. Pri izmeni ovog ritma – sna i budnog stanja – potrebno je najmanje 6 do 7 dana da se ovaj sistem prešaltuje na novu situaciju i omogući normalnu stimulaciju sekrecije hormona kore nadbubrega što je od posebnog značaja za lekarsku praksu (medicina rada, sportski lekari i dr.). Ova saznanja o funkciji sistema hipotalamus-hipofiza-nadbubreg poslužila su kao osnova Sely-ju za njegovu teoriju o stresu i reagovanju organizma na stres. Objasnjenje stresa i njegova uloga još uvek su predmet velike rasprave među naučnicima.

Danas se široko daju u terapiji preparati glikokortikoida, kako prirodni tako i sintetički, jer su oni moćni antiinflamatori, antialergici i imunosupresori. Mora se znati da primena ovih lekova dovodi putem povratne sprege do inhibicije funkcije hipotalamusa i hipofize – izostaje stimulacija i sekrecija hormona kore nadbubrega. Kora nadbubrega ulazi u sekundarnu insuficijenciju – ne luči hormone. Kada se prekine terapija kortikosteroidima, da bi se uspostavila normalna stimulacija sa CRH i ACTH i kora nadbubrega vratila u normalnu funkciju, potrebno je više nedelja (do dva meseca). Ako se osoba nalazi u ovoj fazi, neće moći da odgovori na stres ili druge potrebe, jer je kora nadbubrega u sekundarnoj insuficijenciji i neće moći da izluči adekvatnu količinu hormona. Ovo je važno da znaju lekari praktičari i svi zdravstveni radnici koji koriste koritikosteride i njihove preparate.

## Hipotalamusni peptidi

Zna se da hipotalamus luči veliki broj peptida koji se nazivaju neuropeptidima. Mnogima je već određena i struktura, a to su supstancija P (odgovorna za bol), neurotenzin, angiotenzin II, leu-enkefalin, met-enkefalin, alfa, beta i gama endorfin i VIP (vazoaktivni intestinalni peptid). Svi ovi i drugi peptidi imaju važne uloge u pojedinim funkcijama i svoje efekte ostvaruju kao hormoni putem receptora.

Hormoni u tkivima posredstvom receptora ostvaruju svoje efekte. Iz njih nastaju brojni produkti koji takođe imaju specifična dejstva. U ćelijama, putem dejstva hormona, nastaju brojni peptidi koji, preko receptora, deluju na susedne ćelije – PARAKRINO DELOVANJE. Molekularni biolozi kažu da ćelije na ovaj način međusobom „razgovaraju“, ili stvoreni peptid deluje na samu ćeliju koja ga je stvorila – AUTOKRINO DELOVANJE. Ova saznanja

dala su mogućnost daljim izučavanjima farmakoterapije i razjašnjenju patogeneze mnogih bolesti i poremećaja.

Ova osnovna saznanja iz psiho-imuno-neuro-endokrinologije i njihove uloge u regulaciji funkcija organizma (održavanje homeostaze) neophodna su i u bolestima zavisnosti. Pušenje, alkohol, droga i drugi lekovi oštećuju ove fine funkcije i dovode do brojnih poremećaja u CNS-u i drugim organima, što treba znati, da bi se sprečili, a to je moguće skoro jedino primarnom prevencijom. Ako bolest nastane, stvori se zavisnost, onda je lečenje doživotno i skupo.

## Pušenje

Pušenje cigareta je faktor rizika za IMPOTENCIJU. Znači da pušenje povećava impotenciju kod ljudi, u odnosu na odgovarajuće životno doba, u odnosu na kontrolnu grupu istog životnog doba. Utvrđena je velika prevalenca impotencije i u grupi teških pušača. Među impotentnim nepušačima utvrđeno je da su imali dug period ranijeg pušenja (pre prekida pušenja). Pušenje je često udruženo sa visokom prevalencijom abnormalnog PENIL KRVNOG PRITISKA, a što je utvrđeno merenjem. Postoji tesna veza između uzimanja beta-blokatora, pušenja i impotencije. Ustanovljena su izvesna poboljšanja posle ukidanja beta-adrenergičkih blokatora. U studiji na psima električna stimulacija erekcije bila je inhibirana sa pasivnom inhalacijom dima od 2 cigarete za jedan čas ili intra venoznim davanjem nikotina. Ovaj inhibitorni efekat nikotina posledica je redukcije telesnog protoka krvi i u kavernozno-venskim sudovima, dok izostaju sistemski vaskularni efekti. Ovaj nalaz sugerira da nikotin putem inhalacije duvanskog dima ili deluje preko erektilne nervne vazodilatatorne aktivnosti ili stimulacijom alfa-adrenergične vazokonstriktorne aktivnosti ili na oba načina. Dakle, pušenje cigareta može doprineti vaskularnoj impotenciji, i svojim hroničnim pojačanjem razvoja periferne vaskularne bolesti i akutnim inhibisanjem neurogene vazodilatacije. Nikotin bez sumnje utiče i na regulacione mehanizme hipotalamus-hipofiza-gonade remeteći sekreciju LHRH, LH, FSH i drugih neurohormona i neurotransmitera. Iz još potpuno nerazjašnjenih mehanizama, utvrđeno je da je veliko pušenje cigareta relativna kontraindikacija za oralna kontraceptivna sredstva.

## Alkoholizam

Uživanje alkoholnih pića, alkoholizam, je praćen sa velikom prevalencom IMPOTENCIJE. Među štetnim efektima etanola su hipogonadizam sa feminizacijom. Neuropatija i vaskularna bolest udružene sa pušenjem, praćene su često i alkoholnim ekscesom. Alkoholičari mogu reagovati na viso-

ke doze nearomatizovanih androgena, što ukazuje na refrakternu formu hipogonadizma i česta je kod mnogih alkoholičara. Ulaskom u rehabilitacioni program i apstinenciju, neki od njih ispoljavaju napade impotencije, naročito kod primene antabusa. Da li antabus zaista izaziva impotenciju – za sada je neizvesno, mada su (NPT) noćne erekcije bile smanjene na antabusnoj terapiji, što je pokazano u jednoj studiji. Dugotrajna rehabilitacija rezultira vraćanje seksualne funkcije u samo 25% alkoholičara, što ukazuje da se impotencijom treba baviti na samom početku određivanja terapije alkoholičaru. Alkoholičari imaju povećan libido, uz smanjenu impotenciju, što je uzrok nastanku patološke ljubomore, koja stvara brojne probleme u bračnoj zajednici i šire u porodici i društvu.

S obzirom da alkohol dovodi do ciroze jetre, ona nezavisno od toksičnog dejstva etanola oštećuje funkcije gonada. Ginekomastija i atrofija testisa su prisutni u polovine bolesnika sa cirozom, a 3/4 bolesnika sa cirozom je impotentno. Histološki nalazi ukazuju na smanjenu spermatogenezu, a peritubularna fibroza je konstatovana u oko polovine obolelih. ESTRADIOL u plazmi je povećan a TESTOSTERON smanjen. Znači, produkcija testosterona je smanjena a estradiola povećana. Ovaj nalaz je rezultat poremećene sprege na nivou hipotalamus-hipofiza-testesi i konverzije testosterona u estrogene.

Ako trudnica uzima alkoholna pića dolazi do retardacije rasta fetusa, velike retardacije rasta, i morfoloških abnormalnosti, što je u korelaciji sa količinom unošenja alkoholnih pića i dužinom trajanja uživanja alkoholnih pića pre trudnoće.

U prisustvu hlorpropamida (Diabinese) alkohol izaziva crvenilo na licu i vratu, što je uzeto kao genetski marker za izvesne tipove dijabetesa Tipa 2. Ovaj test je pozitivan kod 87%. Mody tipa dijabetesa (Dijabetes Tipa 2 kod mladih osoba). Poslednja istraživanja ukazuju da ovaj test nema značaj koji mu je ranije pripisivan u proceni genetskog markera za dijabetes.

Alkoholna pića i trudnoća mogu razviti KETOACIDOZU, što se utvrđuje anamnezom bolesti i činjenicom da nema hiperglikemije i glikozurije. Kod alkoholičara razvoj ketoacidoze je praćen gladovanjem ili nedovoljnim unosom hrane i može se naći i blaga hiperglikemija. Ovaj poremećaj koriguju ispravna ishrana i male doze insulina (5 do 10 jedinica). Ovaj brzi odgovor na insulin isključuje dijabetičnu ketoacidozu.

**ALKOHOLNA HIPOGLIKEMIJA** – poznato je da etanol inhibiše glikoneogenezu tako što utiče na metabolizam preko acetaldehida i acetata, preko enzima alkoholdehidrogenaze i aldehiddehidrogenaze, smanjuje se kritični faktor za ulazak većine prekursora u glikoneogenskom putu. Ne inhibiše se glikogenoliza. Etanol inhibiše kortizol i hormon rastenja što vodi ka HIPOGLIKEMIJI, a odložen je odgovor na epinefrin. Sekrecija glukagona je normalna, ali je usporeno i odloženo njegovo delovanje. Kod normalnih osoba davanje etanola ne izaziva postprandijalnu hipoglikemiju. Klinički tipična alkoholom

izazvana hipoglikemija nastaje posle 6 do 12 časova od velikog unosa srednje teškog alkoholnog pića, a za koje vreme se ne unosi ili sasvim malo uzima hrana (smanjuje se glikogen u jetri). Hipoglikemija se može produbiti. Mortalitet je visok, oko 10% i zabeležen je kod hospitalizovanih alkoholičara.

Deca su jako osetljiva na unos alkohola. Posle akcidentalnog unosa alkohola razvija se teška hipoglikemija. Etanol u plazmi je merljiv za vreme ispoljenih simptoma i znakova hipoglikemije.

Unos alkoholnih pića i nekih zakonom zabranjenih lekova može biti praćen oligospermijom, a kod nekih slučajeva razvijaju se i druga stigmata – poremećaj funkcija gonada – što ima za posledicu ginekomastiju i ATROFIJU TESTISA. Alkohol pojačava konverziju testosterona u estrogen, što dovodi do feminizacije i prekida negativne povratne sprege. Deluje i preko hipotalamusu prekidom regulacionih efekata endorfina na GnRH oslobođanje.

Alkohol suprimira direktno hipofizu i dovodi do smanjenja i drugih poremećaja u sekreciji hipofize. Mehanizam ovog delovanja je još uvek neizučen, a klinički značaj iznetih alteracija u aktivnosti hipofize je još uvek nepoznat.

Pušenje i povećan unos alkohola su faktori koji utiču na razvoj osteoporoze, moguće svojim toksičnim efektom na ćelije koštanog sistema. Gojaznost je zaštita, možda zbog opterećenja koštanog sistema pritiskom, posebno kičmenog stuba i donjih ekstremiteta, dok je kod menopauzalnih žena povećana konverzija adrenalnih androgena u estrogene u masnom tkivu. Estrogeni su ti koji štite koštani sistem kod menopauzalnih žena od razvoja osteoporoze.

S obzirom da su pušenje i alkoholizam obično udruženi, to su i posledice na neuro-endokrini sistem, psihu i imuni sistem mnogostruko povećani, jer se u svom negativnom efektu na CNS, endokrini sistem i druga tkiva, međusobni štetni efekti dopunjaju.

## **Uživanje droga – narkomanija**

Nema sumnje da droge imaju najveći štetni uticaj na ljudski organizam a posebno na CNS i endokrini tkiva. Nivo testosterona je nizak kod muškaraca koji uživaju drogu – velike količine marihuane, heroina ili metadona. U žena štetno utiču na ovulaciju i dovode do menstrualnih poremećaja. Povećanje LH u plazmi se ne otkriva, što ukazuje na hipotalamo-hipofizne abnormalnosti, a takođe i na testikularni defekt. Studije uticaja marihuane na hipofizno-testikularnu osovINU kod životinja, ukazuju na dvostruku inhibiciju. Sinteza testosterona u testesima miša je smanjena in vitro za više od 80% posle davanja komponente marihuane TETRAHIDROKANABITOLA, a i LH u plazmi miša je smanjen posle davanja jedne oralne doze ove komponente marihuane. Izgleda da marihuana može imati direktni efekat na motilitet spermatozoida – sperme.

Insuficijencija testisa i ovarijuma može se javiti kao deo opštih autoimunih poremećaja, a i ovi poremećaji mogu nastati metaboličkim stvaranjem metabolita koji mogu aktivirati autoimuni sistem i nastaju antitela na bazalnu membranu gonada.

Na kraju, može se konstatovati da ako su pušenje, alkoholizam i droga udruženi, onda su štetni efekti enormni, a posledice na neuroendokrinom sistemu, psihi i drugim organima maksimalno izraženi, a posebno kompleksni za lečenje.

## Zaključak

1. Dokazano je da pušenje ima uticaj na razvoj ateroskleroze i nastanak malignih bolesti. Samo ova konstatacija je dovoljna da se povede aktivna i intenzivna primarna prevencija protiv bolesti zavisnosti izazvanih pušenjem. Spada u rizike za nastanak malignih bolesti i aterosklerozi i njene komplikacije.

2. Alkoholizam kao bolest zavisnosti vrlo jako oštećuje CNS, jetru i sva druga tkiva i organe ljudskog organizma. Vrlo često je udružen sa pušenjem i drogom. Prema tome, neophodno je uvesti sistematsku i široku primarnu preventivnu zaštitu protiv ove bolesti zavisnosti. Primarnu preventivnu zaštitu treba voditi od trudnoće, u dečijem, adolescentnom dobu, odraslih ljudi i gerijatriji. U dečijem i adolescentnom dobu ova zaštita mora ići na apstinenciju uz isticanje svih štetnih efekata na ljudski organizam. U ovom uzrastu mislim da nema osnova da se govori o „umerenom pijenju“ i korisnim efektima od malog unosa alkoholnih pića. Štetni efekti su enormno veći od „korisnih“, da o tome u ovom uzrastu ne sme biti ni govora. Samo u grupi odraslih i starijeg doba oni koji imaju genetsku osnovu i ličnosti su takve psihosomatske strukture da se nisu mogli odupreti uživanju duvana i alkohola, mogu se svrstati u grupu za „umereno pijenje“, koje zahteva lečenje i doživotno praćenje, jer će znatan broj postati zavistan i oboleli od bolesti zavisnosti.

3. U borbi protiv bolesti zavisnosti koje nastaju uživanjem raznih droga sigurno je najvažniji način primarna prevencija i potpuna apstinencija. Otpočinjanje uzimanja droge vodi ka zavisnosti i lečenje je vrlo teško i doživotno.

4. Neophodno je da naučnici i stručnjaci koji se bave bolestima zavisnosti po brojnim problemima zauzmu stav i doktrinu o primarnoj prevenciji bolesti zavisnosti, a posebno alkoholizmu, jer su tu mišljenja različita. Samo tako će se ovo nacionalno zlo svesti u razumnu meru i biti pod kontrolom svih službi koje su zadužene za ove bolesti.

## LITERATURA

/1/ Abel E.L., *Consumption of alcohol during pregnancy; a review of effects on growth and development of offspring*, Hum. Biol., 1982;54:421; /2/ Chasnoff I.J., Griffith D.R., Mac-Gregor S. et. al., *Temporal patterns of cocaine use in pregnancy; perinatal outcome*, JAMA, 1989;261:1741; /3/ Cnopra I.J., Tulchinsky D., Gre-

enway E.L., *Estrogen-androgen imbalance in hepatic cirrhosis*, Ann. Intern. Med., 1973;79:198; /4/ Condra M., Surridge D.H., Morales A., et al., *Prevalence and significance of tobacco smoking in impotence*, Urology, 1986;27:495; /5/ Fahrner E.M., *Sexual dysfunction in male alcohol addicts: prevalence and treatment*, Arch. Sex Behav., 1987;16:247; /6/ Fisher S.E., *The fetal alcohol syndrome*, In: Lifshitz F., *Pediatric Endocrinology*, New York, Marcel Dekker, 1985;129:139; /7/ Gerdes H., *Alkohol und Endocrinum*, Internist, 1978;19:89; /8/ Harrison G.G., Braus in R.S., Vander Y.E., *Association of maternal smoking with body composition of the newborn*, Am. J. Clin. Nutr., 1983;38:575; /9/ Jones K.L., Smith D.W., Ulleland C.N., et al., *Patern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers*, Lancet 1973, 1:1267; /10/ Kline J., Leoni B., Shroud P., Stein Z., Sussar M., Warburton D., *Maternal smoking and trisomy among spontaneously aborted conceptions*, Am. J. Hum. Genet., 1983;35:421; /11/ Lesly R.D.G., Pyke D.A., *Chlorpropamide:alcohol Flushing: a dominantly inherited trait associated with Diabetes*, Br. Med. J., 1978;2:1519; /12/ MacGregor S.N., Keith L.G., Chasnoff I.J., et al., *Cocaine use during pregnancy: adverse perinatal outcome*, J. Obstet. Gynecol., 1978;157:686; /13/ Mićić J., *Neuroendokrine regulacije*, Sportska medicina, II izdanje, Evropski centar za mir i razvoj Univerziteta za mir Ujedinjenih nacija (ECPD), Beograd, 2002:225; /14/ Philip K., Pateisky N., Endler M., *Effect of smoking on uteroplacental blood flow*, Ginekol. Obstet Invest, 1984;17:179; /15/ Reichlin S., *Neuroendocrinology*, In: Williams textbook of Endocrinology, 8th Edition, W.B. Saunders comp., 1992:135; /16/ Snyder S., Karacan N., Salis P.J., *Disfunction and nocturnal penile tumescence in the chronic alcoholic*, Biol. Psychiatry, 1981;L6:399; /17/ Van Theil D.H., Lester R., *Sex and alcohol: a second peak*, N. Engl. J. Med., 1976;295:835; /18/ Zuckerman B., Frank D.A., Hingson N., et al., *Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth*, N. Engl. J. Med., 1989;320:762.

## **SOCIOLOŠKI ASPEKTI ZLOUPOTREBE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI**

Upotreba droga predstavlja pojavu koja na osoben i upečatljiv način obeležava savremeno društvo. Milionima ljudi širom planete, bez obzira na njihovo materijalno bogatstvo, društveni položaj, politička opredeljenja, rasnu, nacionalnu ili versku pripadnost, droge danas sačinjavaju nezaobilazni deo svakodnevnih aktivnosti. One su okosnica raznovrsnih malih, ličnih rituala, ali i središte brojnih socijalnih situacija. Počev od jutarnje šolje kafe ili čaja koje olakšavaju budenje; cigarete, cigare ili lule duvana koje pušačima pružaju neophodnu pomoć u prikupljanju misli i pojačavanju koncentracije pri radu; čašice žestokog pića koja za cilj ima „da otvori apetit“ pred obrok; flaše ili konzerve hladnog piva da bi se lakše podnela vrućina; buteljke vina ili „džointa trave“ da bi razgovor sa prijateljima poprimio veseliji ton; preko „snifa koke“ koji trenutno otklanja umor i pruža osećaj povećane energije; „crte horsa“ koja bi trebalo da dovede do rasterećenja ili ublažavanja nepetosti; „ecstasy“ uz čiju pomoć je olakšano dugotrajno, poletno i iscrpljujuće igranje uz zaglušujući „tehno sound“; ili LSD-a koji razara granice svesti i podsvesti, čime otvara mogućnost prodora u alternativne („više“) nivoje svesti; pa sve do analgetika koji ublažavaju bolove; aspirina kojima se pribegava u situacijama lakših telesnih slabosti, ili sedativa koji pomažu uspavljivanje... – gotovo da je nemoguće pronaći svakodnevnu situaciju u kojoj neka droga nije uspela da se u potpunosti odomaći i ukoreni.

Droe su danas podjednako prisutne na svim meridijanima; od megalopolisa, čvorишnih centara savremene civilizacije, do onih najzabitijih, ruralnih i planinskih delova planete, gde se život još uvek odvija u ritmu davno minulih stoleća. Naravno, najlakše ih je pronaći u naseljima stambene bede – favelama Latinske Amerike, multimilionskim slamovima Afrike i Azije, imigrantskim getoima bogate zapadne Evrope – gde pripadnici marginalnih društvenih grupa uz pomoć droga pokušavaju da makar na tren iskorače iz svoje sumorne svakodnevice. Obilno ih ima i u oronulim, monotonim radničkim naseljima građenim u eri industrijalizacije ili u poletu socijalističke urbanizacije; kao i u sumornim okruženjima prigradskih „cottage-a“ gde pripadnici srednje klase životare svoju zadovoljnost malim ali sigurnim. Iako možda bolje prikrivene, droge su podjednako prisutne i u vilama elitnih rezidencijalnih četvrti na par-

tijima, žurevima i soareima pripadnika društvenih elita. Neuspeh društvene kontrole droga oličen u sistemu prohibicije krajnje je očigledan. U bilo kom većem gradu na planeti, na bulevarima, ulicama i sokacima, u kafeima, restoranima, klubovima, diskotekama, pa i stadionima i sportskim vežbaonicama, školskim dvorištima, učionicama i amfiteatrima, prodavci heroina, kokaina, marihuane ili bilo koje druge droge mogu se susresti bez velikih poteškoća. To podjednako važi za Nju Jork, L.A., London, Madrid, Minhen, Moskvu, Varšavu, Sofiju, Beograd, Atinu, kao i za Hong Kong, Kuala Lumpur, Bangkok, Tokio, Karači, Kalkutu, Nju Delhi, Kairo, Istambul, Kazablanku, Harare, Kejptaun ili Sidnej, Melburn, Rio de Žanerio, Bogotu, Limu, Buenos Aires, Santjago...

Široka prisutnost droga i čvrsta ukotvljenost njihove upotrebe u svakodnevnicu ljudi, globalno posmatrano, retko koga ostavlja ravnodušnim. Na protiv, bilo da se posmatra kao društveni fenomen, ili tek kao puki obrazac individualnog ponašanja, upotreba droga ne samo da ne nailazi na odobravanje, već je obeležena kao nepoželjna, štetna i u celini problematična pojava. Ova netolerantnost, mada varira u stepenu jačine, presudni je razlog za podvrgavanje upotrebe droga složenom sistemu društvene kontrole. Utemeljen međunarodnim sporazumima, pretočen u krivična zakonodavstva suverenih država i opredmećen kao prohibicija droga, sistem kontrole obuhvata široki splet društvenih akcija kojima je cilj suzbijanje i sprečavanje proizvodnje, distribucije, trgovine i potrošnje droga. Kontrola obuhvata, pored toga, lečenje, rehabilitaciju, resocijalizaciju i reintegraciju zavisnika u društvenu zajednicu. Sastavni delovi kontrole su i primarna prevencija, širenje znanja o drogama, njihovim efektima i posledicama, kao i priprema i obrazovanje za život bez droga. Ali, uprkos ovim doista širokim i svesrdnim naporima globalne zajednice da ih zauzda i stavi pod kontrolu, droge su uspele da prođu u sve pore društvenog tkiva. One su ne samo sastavni deo svakodnevnog života potrošača i prelomna tačka sudbine zavisnika, već duboko prožimaju ekonomsku sferu društva, utiču na političke odnose, odražavajući se čak i na međunarodna zbivanja, a neposredno najozbiljnije posledice ostavljaju na zdravlje, socijalnu blagodet i opštu sigurnost savremenog društva.

Široko prisutne i lako dostupne, droge su se uvrstile među dominantne kulturne simbole kraja XX veka. Identifikovane kao „postmoderno mnemotehničko pomagalo lošoj memoriji“ (Derrida, 1993, str. 1), droge u toj simboličkoj ravni ispoljavaju određena kontroverzna svojstva. One, s jedne strane, predstavljaju robu naročite vrednosti na čijoj se proizvodnji, distribuciji i trgovini ostvaruju ogromni profiti. A, kako je savremeno društvo utemeljeno na permanentnom podsticanju neograničene proizvodnje i pomnom negovanju neobuzdane potrošačke kulture (up. Douglas & Isherwood, 1978, str. 56–70; Featherstone, 1991, str. 83–128), droge postaju presudni činilac povezivanja raznorodnih društvenih subjekata. S druge strane, od pomoćnog sredstva koje

služi za ublažavanje bolova, olakšanje tegoba, otklanjanje umora, ubrzavanje opuštanja, rasterećenje napetosti ili povećanje koncentracije, droge udružene sa neobuzdanim potrošačkim mentalitetom iskazuju tendenciju da se pretvore u svrhu per se. Za zavisnike one predstavljaju sredstvo uz čiju pomoć nastaje da pobegnu iz realnosti u „svet simulakruma i mašte“. Zahvaljujući upravo tom njihovom svojstvu, oko upotrebe droga razvila se bogata i slojevita simbolika. Drogama je pripisano svojstvo pogodnog sredstva za iskazivanje vlastite zrelosti, neustrašivosti ili nekonformizma. To posebno dramatične posledice ima za mlade ljude. Mnogima od njih droge postaju sastavni deo procesa odrastanja, odnosno inicijacije u društvo odraslih, dok drugima služe da potvrde i učvrste vlastito pripadništvo određenim društvenim grupama – potkulturnama.

Nakon prvih iskustava, zadovoljenja znatiželje ili potrebe za samopo-tvrđivanjem, najveći deo onih koji pribegavaju ovakvim eksperimentima sa izdržljivošću vlastite volje i snage karaktera prestaje da ekscesno upotrebljava droge. Postoje, naravno, malobrojni pojedinci koji uspevaju da droge koriste povremeno, na relativno kontrolisan i socijalno prihvatljiv način (up. Zinberg, 1984). Ali, ni najmanje nije zanemarljiv broj onih kojima droge postaju okosnica stila života i prelomna tačka oko koje izgrađuju vlastiti identitet. Kod tih ljudi, usled razvoja navike i zavisnosti, droge najčešće prerastaju u jedini smisao života. A život na drogama obeležen je paradoksom. Iako naizgled predan i u potpunosti posvećen hedonističkim uživanjima, takav život ipak ni malo nije priјatan. Štaviše, ispunjen je raznovrsnim nevoljama i nebrojenim problemima. Najupečatljivije među njima svakako su različite infektivne bolesti, apstinencijalne krize, hronični nedostatak novca, krađe, sitne i krupne prevare, strah, sukobi sa zakonom, neposrednim okruženjem i društvenom zajednicom u celini, te obeleženost, odbačenost i društvena izopštenost. Pretvoren najčešće u košmar, život zavisnika od droga uglavnom se i završava fatalnim ishodom – teškim infektivnim bolestima, AIDS-om, psihozama, predoziranjem ili samoubistvom.

U sociološkoj perspektivi naročito je značajna činjenica da droge predstavljaju okosnicu društvene integracije jedne posebne i prikrivene zajednice. Mada je po prirodi tajnovita, u ovoj zajednici mogu se razaznati sva ključna svojstva velikih društvenih grupa. U njoj je, pre svega, preslikana i pod naročitim uglom prelomljena opšta društveno-kulturna matrica. Uteteljena na podeli društvene moći i hijerarhijski ustrojena, sa oštro razdvojenim grupama siromašnih i bogatih, ova zajednica ima uobličene, naravno nepisane, zakone i pravila ponašanja, kao i razvijene mehanizme za primenu sile i kažnjavanje, za socijalizaciju, nadgledanje i disciplinovanje novih pripadnika. Strukturno i funkcionalno ona se prožima sa drugim zajednicama, dok se među njenim pripadnicima mogu pronaći čak i članovi kraljevskih porodica i plemstva, predsednici i diktatori, diplomate i poslovni ljudi, filmske i muzičke zvezde,

berzanski mešetari, korporacijski nameštenici, profesori i studenti, službenici uronjeni u jednoličnu svakodnevnicu, adolescenti sa pretenzijama na punopravno članstvo u društvu odraslih, pripadnici rasnih, nacionalnih i verskih manjina, gradski proleteri, seoska sirotinja, prostitutke, lopovi, šverceri, reketaši, plaćene ubice, „dileri“ i „džankiji“ kojima je čitav život usredsređen oko droga. To je, nema sumnje, jedan opasan i tragičan svet u kome nasilje i iznenadna umiranja predstavljaju svakodnevne pojave. Različiti oblici kriminala – varanja, potkradanja, pljačke i otimačine, ubistva, prostituisanje – uobičajene su pojave u svetu droga i ne izazivaju veliku pozornost uključenih. Apstinencijalne krize, infektivne bolesti, bolnice i terapijske zajednice, AIDS i predoziranja, strah i napetost, hapšenja i zatvorske kazne, svakodnevne su sekvene iz života pripadnika ove prikrivene zajednice. A na drugoj strani, finansijske malverzacije i interkontinentalne transakcije milionskih vrednosti obeležavaju ovaj svet u podjednakoj meri kao i sitne krađe i ucene putem kojih zavisnici nastoje da obezbede svoje dnevne doze.

U drugoj polovini XX veka upotreba droga je prerasla u svetski problem. Višestruki epidemijски naleti pretvorili su se u globalnu pandemiju, smeštajući droge u žižu javnosti. Paradoksalno je da se izrastanje ove pandemije poklopi sa konačnim uspostavljanjem globalnog sistema kontrole droga. Od kako je 30. marta 1961. u okviru Organizacije ujedinjenih nacija usvojena Jedinstvena konvencija o opojnim drogama, koja predstavlja zakonsku osnovu kontrole droga u najvećem broju savremenih država<sup>1</sup>, upotreba droga epidemijski se širila čitavom planetom. Proces globalizacije problema započeo je tokom burih šesdesetih godina koje obeležava „psihodelična“ revolucija mladih. Nezadovoljstvo mladih širom visoko razvijenih industrijskih zemalja postojećim odnosom društvenih snaga i mogućnostima „države blagostanja“ da ublaži i amortizuje društvene sukobe podstaklo je traganje za novim, alternativnim kulturnim modelima. Na toj se osnovi gradio i uobličavao tolerantan odnos i prema eksperimentima sa tzv. „lakim“ drogama. Upotreba kanabisa, LSD-a i drugih psihodelika poprimala je tako šire političke konotacije i izrasla u simbol antikapitalističkog bunta mladih (up. Stevens, 1987, str. 242–274). Tokom 70-ih godina radikalni naboј je postepeno nestao, čemu je nesumnjivo doprinelo i vrtoglavo širenje upotrebe heroina. U 80-im godinama ponovo je veoma popularan kokain, ali ovaj put najpre među pripadnicima „yuppi“ generacije, da bi potom kao „crack“ dospeo među pripadnike rasnih manjina i postigao neslućene razmere zloupotrebe. Poslednja decenija XX veka obeležena je alarmantnom erupcijom upotrebe droga (heroina, kokaina, amfe-

<sup>1</sup> Konvencija je nakon četrdeset potpisa i ratifikacija stupila na snagu 13. decembra 1964. godine. Ona je osnažena i dopunjena *Konvencijom o psihotropnim supstancama* iz 1971. i *Konvencijom protiv nezakonitog prometa opojnim drogama i psihotropnim supstancama*, iz 1988. godine.

tamina i kanabisa) u svim bivšim socijalističkim državama koje su zakoračile na tegobni put tranzicije i društvene transformacije. Ali, i u drugim delovima planete u 90-im godinama izuzetno je primetno eksplozivno širenje upotrebe amfetamina, metaamfetamina i drugih „dizajniranih droga“, gde posebno место pripada MDMA-u (XTC – ekstazi).

Prohibicija proizvodnje, stavljanja u promet, trgovine, a donekle i potrošnje droga, danas je široko međunarodno prihvaćena i ugrađena u brojne dokumente Ujedinjenih nacija. Težnja ka uspostavljanju globalnog mehanizma društvene kontrole droga prisutna je kroz čitav XX vek. Opijum i njegovi alkaloidi bili su i ostali u središtu svih kontrolnih napora. Tragalo se za efikasnim merama koje bi ograničile dostupnost opijuma, ali i drugih droga – kokaina, kanabisa, sintetičkih droga, itd., jer je uočeno da nijedna država ne može usamljeno izaći na kraj sa ovim problemom. Zato je ustanovljavanje i osnaživanje prohibicije droga neraskidivo povezano sa izrastanjem političkih institucija međunarodne zajednice. Između 1912. i 1988. zaključeno je čak trinaest različitih multilateralnih sporazuma o ograničavanju proizvodnje, kontroli prometa, posebno ilegalne međunarodne trgovine, i sprečavanju upotrebe droga. Usvajanjem *Jedinstvene konvencije o opojnim drogama* 1961. i *Konvencije o psihotropnim supstancama* 1972. godine objedinjeni su dotadашnji napor i uspostavljen je postojeći globalni sistem prohibicije droga, što je dodatno ojačano usvajanjem *Konvencije UN protiv nezakonitog prometa opojnim drogama i psihotropnim supstancama* 1988. godine.<sup>2</sup>

Uobičena u prvim decenijama veka sa ciljem uspostavljanja nadzora nad trgovinom opijumom, prohibicija je kroz Ligu naroda i Ujedinjene nacije prešla u složen sistem međunarodne kontrole čitavog niza supstanci – lekova, droga i psihotropnih supstanci. Prohibitivni sistem je ubrzo po utemeljenju iskazao određene prednosti, ali je ispoljio i veoma krupne slabosti. Nesumnjivo najznačajniji pozitivni efekat prohibicije predstavljalo je zaustavljanje, do tada, permanentnog povećanja broja zavisnika od preparata opijuma i morfijuma. Lekari su izgubili pravo da ih slobodno prepisuju, dok su lekovi nepoznatog sastava, preparati, eliksiri i tonici na bazi narkotika, kokaina ili kanabisa u potpunosti nestali sa tržišta (up. Bates & Crowther, 1974, str. 1–49; Musto, 1987, str. 7–64; Terry & Pellens, 1928, str. 3–52). Farmaceutska industrija, tada još uvek mletačka i poletna, bila je primorana da sa mnogo više opreznosti pristupa ispitivanju novih lekova i njihovom puštanju u promet. Prohibicija droga nije, međutim, delovala sputavajuće na farmaceutsku industriju, već joj je pomogla da se za kratko vreme pretvori u brzo rastuću i visoko profitabilnu granu ekonomije (up. Yong, 1961, str. 18–64; i 1967, str. 167–215). Uvođenje reda u proizvodnju lekova pratilo je konstruisanje nove ideologije zdravlja i prerastanje medicine od

<sup>2</sup> Bivša SFRJ je aktivno učestvovala u pripremi ovih dokumenata i, usvojivši ih, ugrađivala ih je u vlastito zakonodavstvo. Up. Službeni list SFRJ br. 2/64, br. 40/73 i br. 14/90.

veštine lečenja u sveobuhvatni institucionalizovani mehanizam društvene kontrole i posebno nadzora nad svakodnevnicom radne snage.

Prohibitivni sistem kontrole droga je ubrzo nakon ustanovljavanja iskazao i veoma krupne slabosti. Već nakon prve zakonske zabrane pokrenut je složen društveni proces obeležavanja, žigosanja i oštrog nipodaštavanja, čiji se rezultat ogleda u uobičavanju čitavog niza neistina i mitova vezanih za upotrebu ovih droga (up. Brecher, 1972, str. 14–38). Došlo je, pre svega, do redefinisanja značenja pojma zavisnost. Umesto dotadašnjeg tretiranja potrošnje droga kao loše navike ili poroka, slabosti volje ili, u najgorem slučaju, moralne deficijentnosti, pod uticajem nove prohibicionističke moralne paradigmе upotreba droga smeštenih izvan zakona poistovećena je sa kriminalnom, duševnom bolešću i moralnom degeneracijom (up. Rouse & Johnson, 1991, str. 183–214). Kriminalizacija upotrebe droga neposredno se odrazila na društveni položaj zavisnika i povremenih potrošača. Našavši se nenadano na udaru zakona oni su bili prisiljeni da se opredeljuju između mukotrpнog odbacivanja dotadašnjih navika i mogućnosti pridruživanja potkulturama kriminalaca. Za mnoge to je predstavljalo kraj korišćenja bilo koje od ilegalnih droga. Neki su se okrenuli društveno bezbednijoj upotrebi onih droga koje su kulturno strukturisane. Pojedini su i pored svega nastavili sa dotadašnjim navikama i uklopili se u kriminalni milje. Prohibicija nije, u svakom slučaju, uspela da odvrti ljude od upotrebe droga (up. Offergeld & Souris, 1987, str. 176–194; i Xiberras, 1989, str. 139–159). Naprotiv, uprkos različitim merama na planu suzbijanja i sprečavanja, ova pojava se nalazi u stalnom porastu. Od početka 60-ih godina, pa do danas, upotreba droga je izrasla u globalnu pojavu i poprimila je obeležja dramatičне pandemije.

Prohibicija je droge pretvorila u posebno atraktivnu i lukrativnu robu visoke profitabilnosti, čime je presudno uticala na utemeljenje i nagli porast organizovanog kriminala. U težnji za lakin i brzim profitom kriminalci su u poslovima sa ilegalnim drogama pronašli idealno polje za vlastito delovanje. Štaviše, od prvobitno marginalne oblasti kriminalnih aktivnosti, trgovina drogama ne samo da je zauzela središnje mesto, već je izrasla u najznačajniju delatnost savremenog transnacionalnog organizovanog kriminala (up. Arlacchi, 1986, str. 211–237; Catanzaro, 1988, str. 227–263; Kelly, 1986, str. 6; Lupsha, 1982, str. 32; Robertson, 1977, str. 83–87; Williams & Florez, 1994, str. 3–26). Proizvodnja droga (uzgajanje psihotropnih biljaka, njihova prerada i laboratorijska ekstrakcija aktivnih supstanci), organizacija distribucije i trgovina, spadaju u poslove koji donose ogromne zarade (up. Cooper, 1990, str. 3–88; i Stares, 1996, str. 1–104). Zato je visoko profitabilna industrija droga postala pojedinačno najisplativija planetarna ilegalna privredna delatnost.<sup>3</sup> U

<sup>3</sup> Kancelarija za nacionalnu politiku kontrole droga Bele kuće procenjuje da su Amerikanci 1995. godine potrošili na ilegalne droge 50 milijardi dolara (31 milijarda na kokain, 7 milijardi na heroin, 9 milijardi na marihanu i 3 milijarde na ostale ilegalne droge) (up. Office

procenama profita industrije droga najčešće se uzima kao najniža procena na 500 milijardi dolara godišnje ili oko 16.000 eura dnevno, što je, inače, jednako godišnjem profitu celokupne svetske tekstilne industrije (up. ENCOD, 2001, str. 2; UN ODCCP, 2001, *Global Trends*, str. 4; UN ODCCP, 2001. *World Drug Report 2000*, str. 16; UN INCB, 2002. *Annual Report for 2001*, str. 3). Droge su zbog toga postale veoma značajne za globalnu ekonomiju, što je lako vidljivo kako u visoko razvijenim zemljama centra, tako i u onim siromašnim koje se nalaze na periferiji ili poluperiferiji svetskog sistema. Kapital akumuliran u poslovima sa drogama, a ne treba ispuštati iz vida da se ovde barata pretežno „kes“ novcem, često služi kao rezervni kapital. U zavisnosti od procene profitabilnosti, ovaj kapital se u bilo kom trenutku može uključiti u legalne finansijske tokove ili, u krajnjem slučaju, investirati u druge ilegalne poslove. Procene veličine kapitala ostvarenog u industriji droga koji uspe da se „opere“ i investira u legalne ekonomski tokove kreću se između 50 i 70% (up. OECD, 1990, str. 7; UN ECOSOC, 1995, str. 23; Tullis, 1991, str. xvii). Obezbeđivanje legalnosti kapitala akumuliranog u poslovima sa ilegalnim drogama (operacija poznata kao „pranje“ ili recikliranje novca) spada u finansijske operacije od kojih se svi ograđuju, ali retko ko uspeva da im odoli, jer su visoke provizije koje ih prate neodoljivo primamljive ne samo za banke siromašnih, ostrvskih, off-shore državica, već podjednako i za najpoznatije i najstarije svetski čuvene banke (up. Hardinghaus, 1995, str. 70–84; Observatoire Géopolitique des Drogues, 1994, str. 28–30, i 2000, str. 17–33; i posebno izveštaj UN ODCCP, 1998, *Financial Havens, Banking Secrecy and Money Laundering*).

Pored ekonomskih, droge neizbežno duboko prožimaju i političke odnose. To podjednako važi kako za dominantno proizvođačke, tako i za zemlje koje su pretežno potrošačke (UNDCP, 2000, str. 4–8). Legalizacija ilegalno stičenog kapitala omogućava izrastanje novih finansijskih elita, čiji pripadnici, bez mnogo okolišanja i dugog čekanja ispoljavaju pretenzije na deo političkog uticaja i društvene moći. Budući da su ovi novi bogataši najčešće u čvrstoj sprezi sa organizovanim kriminalom, nije retkost da se široko služe potkupljivanjem, što posebno ozbiljne posledice ostavlja na rad policije, pravosuđa i drugih institucija društvene kontrole (up. Bertram, Blachman, Sharpe & Andreas, 1996, str. 48–50; Hargreaves, 1992, str. 84–125; Marshall, 1991, str. 11–34). Korumpiranost policije danas je gotovo planetarna pojava koja stoji u čvrstoj korelaciji sa stepenom ostvarenog društvenog razvoja. U siromašnim, nerazvijenim i politički relativno nestabilnim zemljama gde se proizvode droge, korupcija pronalazi idealno okruženje za penetraciju celokupnog društveno-političkog

---

of National Drug Control Policy: *The National Drug Control Strategy*: 1996, str. 12). U 2000. Amerikanci su na ilegalne droge potrošili 64 milijarde dolara (35 milijardi na kokain, po 10 milijardi na heroin i marihanu, 5 milijardi na amfetamine i još 4 milijarde na ostale droge) što prevazilazi ukupne troškove lečenja i istraživanja AIDS-a, malignih oboljenja i kardiovaskularnih bolesti (up. White House, 2002. *National Drug Control Strategy*, str. 25).

života. Šire gledano, posledice neefikasnosti i proizvoljnosti u radu policije posebno su uočljive na primeru nasilja povezanog sa trgovinom drogama (up. UNDCP, 2001, str. 7–39), što predstavlja prateću i naročito uznemiravajuću pojavu jer su najčešće žrtve potpuno nedužni građani. S druge strane, budući da su droge podvrgnute sistemu kontrole koji se odvija i kroz organe UN-a, proizvođačke zemlje su prisiljene na primenu različitih mera koje ponekad idu i do ograničavanja njihovog državnog suvereniteta. To je, na primer, slučaj sa primenom ekstradicije za organizatore poslova sa drogama. Samim tim, droge u velikoj meri utiču i na zbivanja u međunarodnoj zajednici.

Široka prisutnost i raznovrsnost pojavnog ispoljavanja doprinose pretvaranju upotrebe droga u *problem* koji se izdvaja kao višestruko značajno društveno pitanje. U mnogim državama droge postojano zauzimaju jedno od vodećih mesta na listi političkih prioriteta. To važi ne samo za SAD, gde je nesumnjivo najbrojnija populacija potrošača i, samim tim, najznačajnije tržište droga, već i za države Evropske zajednice, većinu latinoameričkih, afričkih, dalekoistočnih i postkomunističkih država. Uz terorizam i ilegalnu trgovinu oružjem, droge predstavljaju i trajnu preokupaciju međunarodne zajednice. Pretvaranje upotrebe droga u prioritetan problem savremenog društva obezbeđeno je činjenicom da se ova društvena pojava, čvrsto uklopljena u konzumentsku kulturu, permanentno širila od završetka II svetskog rata do danas. U razvijenim industrijskim zemljama ona je prвobитно uporiшte pronašla među pripadnicima marginalnih grupa (posebno rasnim i etničkim manjinama) i omladinom. Tokom „burnih“ 60-ih godina droge su izašle iz geta za „obojene“ i plesnih dvorana za mlade, da bi prodle u sve društvene slojeve. U nerazvijenim i zemljama u razvoju popularizacija droga je imala nešto drugačiji tok, ali gotovo identičan ishod. Tu je ovom pojmom prvo bio zahvaćen podmladak društvenih elita, koji je oponašao „zapadne uzore“ u ponašanju i stilu života. To je prouzrokovalo povećanje medijske pažnje, nakon čega su se droge ubrzano rasprostirale i ukotvile među masama siromašnih. Do danas je, uključujući i postkomunistička društva (up. Radulović, 1995b, str. 575–601), upotreba droga dospela u sve, čak i najzabačenije, delove planete (up. UNDCP, *Global Illicit Drug Trends 2000*, str. 7–11; i UNDCP, *World Drug Report 2000*, str. 5).

Nijedna savremena država, bez obzira na nivo ostvarenog društvenog razvoja ili oblik političke vladavine, nije poštedena posledica upotrebe droga. Ispostavlja se da za nastajanje, ukorenjivanje i širenje ove pojave, postojeće razlike u tipu društvenog uređenja, obliku vladavine ili stepenu društvenog razvoja imaju relativno mali značaj. One se, naravno, odražavaju na rešenja koja se predlažu, mere koje se preduzimaju i primenjuju, kao i na ukupne efekte sistema društvene kontrole. Upotreba droga kao društvena pojava prevažilazi, u svakom slučaju, uspostavljene granice država. Zato se o njoj može i mora govoriti kao o *zajedničkom problemu* savremenog društva. Ali, pitanje

kako bi, na koji način, demokratsko pluralističko društvo (što predstavlja univerzalno prihvaćeni model savremene društvene organizacije) trebalo da se odnosi prema upotrebi droga, još uvek je na žalost nedovoljno razjašnjeno (up. Chomsky, 1991, str. 114–137).<sup>4</sup> Iako već čitavo stoljeće vlade pojedinih zemalja, brojne međunarodne organizacije i, posebno, službe i agencije koje deluju u okviru UN, pokušavaju da uobičaje valjanu politiku kontrole droga, ponuđena rešenja ne samo da ne ostvaruju očekivane rezultate, već ne nailaze ni na opšte prihvatanje, što provokira rasprave koje s većim ili manjim žarom postojano traju.

Osmišljavanje valjane strategije društvene kontrole droga mora započeti temeljnim preispitivanjem prohibitivnog sistema. Pri tome se neizostavno mora uvažavati globalni karakter same pojave. Prednosti i slabosti sistema prohibicije droga plastično se ispoljavaju upravo u posmatranju upotrebe droga kao planetarne pojave. Pre svega, proizvodnja droga, uzgajanje psihotropnih biljaka i laboratorijska prerada, odvijaju se najvećim delom u veoma siromasnim, nerazvijenim i politički relativno nestabilnim zemljama – Peru, Bolivija, Kolumbija, Pakistan, Avganistan, Iran, Turska, Liban, Maroko (up. McNicoll, 1983, str. 21–48; i Tuškanov, 1994, str. 68–72). Iako možda ne predstavljaju najznačajniju oblast ekonomije ovih zemalja, droge su svakako bitan izvor rezervnog kapitala koji se koristi za intervencije u legalnim ekonomskim aktivnostima. Najznačajnija tržišta, s druge strane, nalaze se u SAD i državama Evropske zajednice u kojima populacija slučajnih, povremenih ili redovnih potrošača droga obuhvata gotovo trećinu stanovništva (up. EMCDDA, 2000, str. 7–22, 2001, str. 7–11).<sup>5</sup> Globalna dimenzija se, dakle, ne može zaobići u sagledavanju razloga visoke profitabilnosti poslova sa drogama. Upravo odatle proističe i posebna atraktivnost poslova sa drogama za organizovane kriminalne grupacije. Lokalne osobenosti problema droga nesumnjivo imaju veliki značaj. Ali, upoznavanje sa iskustvima drugih zemalja, posebno onih koje duže vreme nastoje da „reše problem“, neosporno je od velike koristi. Pažljivo proučavanje tih iskustava drugih, ostvarenih uspeha i, naročito, neuspeha plogenosno je za uobičavanje valjane nacionalne strategije. Uspešnost odabrane strategije društvene kontrole upotrebe droga, drugim rečima, u podjednakoj meri zavisi kako od sagledavanja društveno-istorijske omeđenosti etno-kulturnog konteksta u kome pojavi nastaje, tako i od razumevanja njenih globalnih (svetskih) dimenzija.

<sup>4</sup> O prevladavanju modela pluralističke demokratije, najznačajnijim dilemama i izgradnji globalnog – kosmpolitskog demokratskog poretka up. Dal., 1994, str. 31–82; I Held, 1997, str. 255–332.

<sup>5</sup> Up. Ambos (1995) „Warum die internationale Drogenbekämpfung scheitert“, str. 85–95; Kopp (1994) „L’efficacité des politiques du contrôle des drogues illégales“, str. 83–99; La brousse (1994) „Géopolitique de la drogue“, str. 9–21, I Office of National Drug Control Policy (2002) *National Drug Control Strategy*, str. 20–27.

Upotreba droga neosporno najteže posledice ostavlja na zdravlje, socijalnu blagodet i opštu sigurnost zavisnika. Zato, suzbijanje, ograničavanje i sprečavanje upotrebe droga obuhvaćenih sistemom prohibicije predstavlja jednu od središnjih oblasti ispoljavanja delatnosti društvene kontrole. Ali, droge su ne samo predmet ispoljavanja delovanja mehanizma društvene kontrole, već i one same predstavljaju svojevrsno sredstvo za uspostavljanje posebne vrste nadzora nad određenim društvenim grupama – marginalcima, mladima, pri-padnicima manjina (rasnih, etničkih ili verskih), ženama, sirotinjom. Drugim rečima, uspostavljanje nadzora nad upotrebom određenih droga, uobličavanje i izgradnja sistema prohibicije, s jedne strane, markantno obeležava sistem društvene kontrole droga u savremenom društvu, dok, s druge strane, predstavlja poseban oblik nadgledanja i disciplinovanja onih delova stanovništva koji se označavaju kao „problem populacija“ ili „opasne društvene klase“ (up. Gordon, 1994, str. 15–42). Brojne protivrečne konsekvence prohibicionističke politike prema drogama nameću temeljno kritičko preispitivanje kao jedan od prioritetnih zadataka u procesu osmišljavanja valjane strategije kontrole droga i uobličavanja optimalne socijalne politike. Ali, u tom traganju za boljom politikom kontrole upotrebe droga nije dovoljno samo pretresanje postojećih društvenih odgovora. Potrebno je ispitati i različite oblike govora o drogama, razgrnuti u njima prisutne moralno-vrednosne primeše i izdvojiti činioce koji utiču na promene u društvenom odnosu prema ovoj pojavi.

Široka prisutnost droga pretvara ih u posebno značajan objekt delovanja mehanizma društvene kontrole. Globalno posmatrano, danas je nesumnjivo prisutna određena vrsta saglasnosti o potrebi uspostavljanja društvenog nadzora nad drogama. Ali, već kod izbora vrste nadzora pojavljuju se nedoumice, nesuglasice, i iskršavaju brojna sporna pitanja. Izbor i uobličavanje strategije društvene kontrole delatnost je od opšteg interesa. Zbog toga nije opravданo prepustati je proizvoljnóstima bilo koje vladajuće elite. U demokratskim društvima ovako važno društveno pitanje sastavni je deo javnog govora u kome se iznose različite mogućnosti i preispituju postojeća rešenja. Tek kroz takav kritički intoniran diskurs može se stići do optimalne strategije društvene kontrole koja podrazumeva i iziskuje određeni minimum saglasnosti svih zainteresovanih strana. Negovanje ovakvih oblika javnih rasprava posebno je značajno za ona društva u kojima se pluralistička demokratija nije valjano ukorenila, ili su, pak, kroz duži vremenski period u njima postojali autoritarni oblici društvenog poretku, što je slučaj sa većinom postkomunističkih društava.

Sociološko proučavanje upotrebe droga, kao neosporno bitan korak u procesu osmišljavanja strategije društvene kontrole i uobličavanja osnove na kojoj bi se mogla graditi jedna valjana socijalna politika, nije u odgovarajućoj meri razvijeno u jugoslovenskoj sociologiji. Štaviše, problem droga do sada je posmatran pretežno kao individualni problem zavisnosti, pa se u skladu sa tim težište nalazilo na razmatranju različitih oblika tretmana zavisnika. Druš-

tvena kontrola droga svodila se, pak, na zakonsku regulaciju i odgovarajuće delatnosti službi i organa kontrole, pre svega policije i pravosuđa, zaduženih za sprovođenje i realizaciju odabrane strategije. Sistematisovanih socioloških radova o problemima društvene kontrole uopšte, a i droga posebno, u našoj zemlji nema. Lako je vidljivo da se ovo odsustvo celovitih razmatranja pretpostavki, oblika, mehanizama funkcionisanja i efekata društvene kontrole na najneposredniji način odražava na sam problem. U odsustvu valjano artikulisane politike kontrole, upotreba droga se u jugoslovenskom društvu kao pojava permanentno uvećavala, da bi u protekloj deceniji poprimila ozbiljno uznenimiravajuće razmere. Stoga se sveobuhvatno sociološko preispitivanje rasprostranjenosti, pojavnih oblika i obrazaca upotrebe droga, kao i mera, instrumenata i strategije društvene kontrole droga, nameće kao imperativ.

## LITERATURA

- /1/ Ambos, K., „*Warum die internationale Drogenbekämpfung scheitert*“, Internationale Politik und Gesellschaft, 1995, (1) 85–95; /2/ Arlacchi, P. *Mafia et Compagnies: L'éthique mafiosa et l'esprit du capitalisme*, Grenoble: PUG.; /3/ Bates, W. & B. Crowther, *Towards a Typology of Opiate Users*, Cambridge: Schenkman Publ, 1974; /4/ Bertrame, E., Blachman, M., Sharpe, K., & P. Andreas, *Drug War Politics: The Price of Denial*, Berkeley: University of California Press, 1996; /5/ Brecher, E. M. I dr., *Licit and Illicit Drugs: The Consumer's Union Report on Narcotics, Stimulants, Depressants, Inhalants, Hallucinogens and Marijuana – Including Caffeine, Nicotine and Alcohol*, Boston: Little, Brown, 1972; /6/ Catanzaro, R., *Il delitto come impresa: Storia sociale della mafia*, Padova: Liviana; /7/ Chomsky, N., (1991) *Deterring Democracy*, New York: Hill & Wang, 1988; /8/ Cooper, M. T., *The Business of Drugs*, Washington: Congressional Quarterly Inc., 1990; /9/ Dal, R., (1994) *Dileme pluralističke demokratije*, Beograd: BIGZ (1982. prev. J. Pašić); /10/ Derrida, J., „*The Rhetoric of Drugs. An Interview*“, Differences, 1993, 5 (1) str. 1–25; /11/ Douglas, M. & B. Isherwood, *The World of Goods: Towards an Anthropology of Consumption*, Harmondsworth: Penguin, 1978; /12/ EMCDDA, *Annual Report on the State of the Drug Problem in the European Union*, Lisboa: European monitoring Centre for Drugs and Drug Education, 2000; /13/ ENCOD, *International Coalition of NGOs for Just and Effective Drugs Policies*, Antwerpen, 2001; /14/ Featherstone, M., *Consumer Culture and Postmodernism*, London: SAGE, 1991; /15/ Gordon, D.R., *The Return of the Dangerous Classes: Drug Prohibition and Policy Politics*, New York: W. W. Norton, 1994; /16/ Hardingnaus, N.H., „*Die Entwicklung der internationalen Drogenwirtschaft*“, Internationale Politik und Gesellschaft, 1995, (1) 70–84; /17/ Hargreaves, C., *Snowfields: The War on Cocaine in the Andes*, New York: Holmes & Meier, 1992; /18/ Held, D., *Demokratija i globalni poredak: Od moderne države ka kosmopolitskoj vladavini*, Beograd: Filip Višnjić, (1995. prev. R. Nakarada & M. Pećulić), 1977; /19/ Kelly, R.J. /ed./, *Organized Crime: A Global Perspective*, Totowa: Rowman & Littlefield, 1986; /20/ Kopp, P., (1994) „*L'efficacité, des politiques du contrôle des drogues illégales*“, *Futuribles*, 1985, 83–99; /21/ Labrousse, A., (1994) „*Géopolitique de la drogue: Les contradictions des politiques de 'guerre ... la drogue'*“, *Futuribles*, 1994, 185, 9–21; /22/ Lupsha, P.A., „*La Cosa Nostra in Drug Trafficking*“, u: BYNUM, T.S. /ed./, *Organized Crime in America: Concepts and Controversies*, Monsey: Criminal Justice Press, 1982, str. 28–38; /23/ Marshall, J., *Drug Wars: Corruption, Counterinsurgency and Covert Operations in the Third World*, Forestville, Ca.: Cohen & Cohen Publishers, 1991; /24/ McNicolla, A., *Drug Trafficking: A North-South Perspective*, Ottawa: North-South Inst, 1983; /25/ Musto, D., *The American Disease. Origins of Narcotic Control*, New Haven: Yale University Press (2.ed.), 1987; /26/ *Observatoire Géopolitique des Drogues, Etat des drogues, drogues des Etats*, Paris, 1994; /27/ *Observatoire Géopolitique des Drogues* (2000), The World Geopolitics of Drugs 1998/1999, Paris; /28/ OECD, *Financial Action Task Force on Money Laundering*, Report, Paris, 1990; /29/ Offergeld, J. & C. Souris, *L'enfer de la drogue*, Paris: Le Carrousel-FN, 1987; /30/ Office of National Drug Control Policy, *The National Drug Control Strategy*: 1996, Washington: White House, 1996; /31/ Office of National Drug Control Policy, *National Drug Control Strategy*, Washington: White House, 2002; /32/ Radulović, D., „*Drug use in Post-Communist Societies*“, Sociologija, 1995.b., 37 (4) str. 575–601; /33/ Robertson, F., *Triangle of Death: The Inside Story of the Triads – the Chinese Mafia*, London: Routledge & Kegan Paul, 1977; /34/ Rouse, J.J. & B.C. Johnson, „*Hidden Paradigms*

of Morality in Debates About Drugs: Historical and Policy Shifts in British and American Drug Policies“, u: INCIARDI /ed./ The Drug Legalization Debate, London: SAGE, 1991, str. 183–214; /35/ Stares, P.B., *Global Habit: The Drug Problem in a Borderless World*, Washington: Brookings Institution, 1996; /36/ Stevens, J., *Storming Haven: LSD and American Dream*, London: Paladin, 1987; /37/ Terry, Ch. E. & M. Pellens (1928), *The Opium Problem*, (1970. reprint) Montclair: Patterson Smith; /38/ Tullis, L.M., *Handbook of Research on the Illicit Drug Traffic: Socioeconomic and Political Consequences*, Westport: Greenwood Press, 1991; /39/ Тушканов, В.И., „Наркобизнес: Определимся в понятии“, Вопросы наркологии, 1994, (2) str. 68–72; /40/ UN ECOSOC, *Commission on Narcotic Drugs (1995) Illicit Drug Traffic and Supply, Including Reports from Subsidiary Bodies and Evaluation of Their Activities*, New York: E/CN. 7/1995; /41/ UNDCP, *Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking*, New York, 2000; /42/ UNDCP, *Drug Money in a Changing World: Economic Reform and Criminal Finance*, New York, 2001; /43/ UN ODCCP, *Financial Havens, Banking Secrecy and Money Laundering*, Vienna, 1998; /44/ UN ODCCP, *Global Illicit Drug Trends 2000*, Vienna, 2001; /45/ UN ODCCP, *World Drug Report 2000*, Vienna, 2001; /46/ UN INCB, *Annual Report of the International Narcotic Control Board for 2001*, New York, 2001; /47/ Williams, Ph. & C. Florez, „*Transnational Criminal Organization and Drug Trafficking*“, *Bulletin on Narcotics*, 1994, 46 (2) 3–26; /48/ Xiberras, M., *La société intoxiquée*, Paris: Méridiens Klincksieck, 1989; /49/ Young, J.H., *The Toadstool Millionaires. A Social History of Patient Medicines in America Before Federal Regulation*, Princeton: Princeton University Press, 1961; /50/ Young, J.H., *The Medical Messiahs: A Social History of Health Quackery in Twentieth Century America*, Princeton: Princeton University Press, 1967; /51/ Zinberg, N.E., *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*, New Haven: Yale University Press, 1984.

## **BOLESTI ZAVISNOSTI I RADNA SPOSOBNOST**

Definicija rada i radne sposobnosti

Vrste rada (profesionalni, slobodni i nužni, fizički i umni)

Vrste radne sposobnosti (fizička, psihička-umna, senzorna, opšta i profesionalna-specifična)

Ocenjivanje radne sposobnosti (ORS) – definicija

Kada se sve radi ocena radne sposobnosti (kod nezaposlenih, zaposlenih i u drugim slučajevima)

Osnovni zakonski propisi koji regulišu materiju vezanu za radnu sposobnost

Uticaj pušenja na radnu sposobnost

Uticaj alkoholizma na radnu sposobnost

Uticaj narkomanije na radnu sposobnost

Radna sposobnost kod teških pušača

Radna sposobnost kod hroničnih alkoholičara

Radna sposobnost kod narkomana

**Rad** je u medicinskom smislu svaka povećana aktivnost neuromišićnog sistema usmerena na obavljanje nekog posla. Sa ekonomskog i pravnog aspekta, rad je svaka aktivnost čoveka usmerena na sticanje sredstava za život. Uobičajena podela rada je na: profesionalni, slobodni i nužni.

Profesionalni rad je rad koji se obavlja radi sticanja sredstava za život, bez obzira na vrstu i težinu rada. Obavljaju ga sva privremeno ili stalno zaposlena lica. Slobodni rad je rad u slobodno vreme i nije usmeren na sticanje materijalne dobiti (rekreacija i sve aktivnosti u dokolici). Nužni rad je aktivnost koju čovek obavlja po nuždi i radi zadovoljenja osnovnih životnih potreba (spremanje i uzimanje hrane, umivanje, oblačenje, i slično).

Druga podela rada je na fizički i umni. Fizički se odlikuje pretežno fizičkim naporima, pri čemu se da bi se rad adekvatno obavio, angažuju i naprežu skeletni mišići, miokard i pluća, a čula i kora velikog mozga minimalno su angažovani. Umni rad se odlikuje znatnjim angažovanjem kore velikog mozga, to jest intelektualnih potencijala čoveka, i ponekad čula vida. Fizička aktivnost je minimalna. Ponekad je rad mešanog tipa: u toku osmočasovnog radnog vremena kombinuju se obe vrste rada. Zahvaljujući napretku nauke i tehnike, sve je manje čisto fizičkog rada u savremenoj privredi.

Rad se može podeliti i na proizvodni i uslužni. Proizvodni ima za cilj proizvodnju nekih materijalnih dobara, a uslužni održavanje tih dobara, poboljšanje zdravstvenog stanja, edukaciju dece i odraslih, zadovoljenje kulturnih, sportskih i drugih potreba stanovništva.

Prema složenosti radnih operacija i stručnoj spremi potrebnoj da bi se neki rad mogao zadovoljavajuće obavljati, rad se deli na jednostavni (nekvalifikovani) i složeni (kvalifikovani).

**Radna sposobnost** (*engl: work ability, working capacity, fitness for work, pyc: myđocnoscobnoćm*) jeste sposobnost čoveka da, koristeći svoje fizičke, senzorne i psihičke potencijale, obavlja posao koji se može valorizovati na tržištu rada. Radna sposobnost može biti: fizička, psihička (umna) i senzorna ili opšta i profesionalna (specifična).

**Ocenjivanje radne sposobnosti** (ORS) je postupak koji služi da se na osnovu bioloških funkcija organizma neke osobe i bioloških zahteva određenog posla i karakteristika radnog mesta utvrdi da li je ispitivana osoba sposobna za taj posao ili grupu poslova. Ocenjuje se radna sposobnost zdravih i bolesnih osoba oba pola, zaposlenih i nezaposlenih.

Ocenjivanje radne sposobnosti neke osobe treba da počne rano, već u mlađem uzrastu. Ono je neophodno u više slučajeva.

1. Učenici se pri kraju osmogodišnje ili srednje škole opredeljuju za buduće zanimanje, često i ne znajući dovoljno koje sve profesionalne nokse i opasnosti postoje pri obavljanju poslova njihovog budućeg zanimanja. Zato je pri profesionalnoj orijentaciji i selekciji potrebno oceniti njihovu radnu sposobnost.

2. Prilikom zasnivanja radnog odnosa neophodno je dobiti lekarsko uverenje o sposobnosti za rad. Pri zapošljavanju na radnim mestima koja su oglašena radnim mestima sa posebnim uslovima rada (sa povećanim rizikom), u službi medicine rada obavljaju se prethodni pregledi da bi se utvrdilo stanje sposobnosti za rad na takvim radnim mestima.

3. Nakon periodičnog i ciljanog pregleda radnika koji rade na radnim mestima sa posebnim uslovima rada ili na drugim radnim mestima neophodno je dati mišljenje o daljoj sposobnosti za rad na tim radnim mestima.

4. Trajni gubitak radne sposobnosti usled hroničnog oboljenja ili posledica povrede zahteva ocenjivanje radne sposobnosti radi ostvarivanja prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja.

5. Postojanje urođenih ili stečenih oboljenja odraslih nezaposlenih ili maloletnih lica (invalidne dece), što ima za posledicu trajni gubitak radne sposobnosti, takođe iziskuje ocenjivanje radne sposobnosti radi ostvarivanja prava na teret fondova socijalne zaštite.

6. Po propisima iz penzijskog i invalidskog osiguranja (PIO) iz 1996. godine, kvalifikovani radnici i radnici sa srednjom stručnom spremom, kao i oni sa višim kvalifikacijama, imaju u slučaju umanjenja radne sposobnosti pravo

na prekvalifikaciju na teret fonda penzijskog i invalidskog osiguranja zaposlenih. Pravo na prekvalifikaciju i dokvalifikaciju imaju muškarci do 50 godina i žene do 45 godina starosti. Jasno je da se pri upućivanju na prekvalifikaciju, tj. obuku za drugo zanimanje, prethodno mora oceniti radna sposobnost.

7. Promena radnog mesta u okviru istog preduzeća, ako se novo radno mesto znatnije razlikuje od prethodnog i kvalificuje kao radno mesto sa posebnim uslovima rada, zahteva ocenjivanje radne sposobnosti.

8. Ocenjivanje radne sposobnosti neophodno je pri promeni tehnologije na radnom mestu ako se novi tehnološki proces bitno razlikuje od dotadašnjeg i ako postoje specifični zahtevi za obavljanje posla, kao i nove profesionalne štetnosti.

9. Ocena radne sposobnosti traži se i u sudskim sporovima, da bi sud mogao presuditi o potrebi davanja rente pri razvodu braka, o osiguranju života kod osiguravajuće kompanije, pri sporovima sa osiguravajućim kompanijama i slično.

10. U slučaju privremene radne nesposobnosti (bolovanja), ocenjivanje radne sposobnosti obavlja se svakodnevno, kada nadležni lekar ili lekarska komisija treba da donese odluku o dužini privremene sprečenosti za rad osiguranog lica.

11. Poseban oblik ocenjivanja radne sposobnosti predstavlja i ocenjivanje sposobnosti za služenje vojnog roka pri regrutaciji, procenjivanje sposobnosti za obavljanje ratne službe, službe u policiji ili službe u civilnoj zaštiti, kao i procenjivanje mogućnosti bavljenja sportom.

**Profesionalna orijentacija i selekcija** učenika kod nas je trenutno nedovoljno razvijena. Učenike osmogodišnjih ili srednjih škola trebalo bi da pre izbora budućeg zanimanja testiraju psiholozi i pregledaju lekari različitih specijalnosti (lekari medicine rada, oftalmolozi, neuropsihijatri i otorinolaringolozi) kako bi se učenici usmerili ka zanimanju koje će, kad završe školovanje, biti sposobni da bez problema obavljaju. Praksa je poslednjih decenija pokazala da u slučajevima kada se ovako ne postupa mnogi učenici izuče zanat i ne uspevaju da se zaposle na poslovima svoga zanimanja jer imaju neko oboljenje ili urođenu manu koja predstavlja kontraindikaciju za obavljanje profesije. Greške pri profesionalnoj orijentaciji su brojne i velike. Stoga profesionalna orijentacija treba da usmeri učenika na profesiju u kojoj će biti najefikasniji, a profesionalna selekcija da spreči učenike s oboljenjem ili manom koji su kontraindikacija za neko zanimanje da počnu školovanje za takvo zanimanje.

**Prethodni pregledi i pregledi pri zasnivanju radnog odnosa.** Svaka osoba prilikom zasnivanja radnog odnosa mora dobiti lekarsko uverenje da je sposobna za rad. Najčešće, takva uverenja na propisanom obrascu izdaju lekari medicine rada, a ponekad i lekari opšte prakse. Međutim, kada na radnim mestima postoje profesionalne nokse i rizici od povreda na radu, onda su takva radna mesta kvalifikovana, shodno zakonu, kao radna mesta sa posebnim

uslovima rada (radna mesta sa povećanim rizikom) i lekar mora poznavati kontraindikacije za rad na takvom radnom mestu. Stoga lekarsko uverenje u ovakvim slučajevima daju samo lekari medicine rada, a pregledi za utvrđivanje radne sposobnosti na tim radnim mestima obavljaju se samo u ustanova-ma medicine rada. To su prethodni pregledi, pregledi pre stupanja na posao.

**Periodični i ciljani pregledi.** Radnici koji su zaposleni na radnim mestima sa posebnim uslovima rada, shodno postojećim zakonskim propisima, pregledaju se u službi medicine rada najmanje jednom godišnje, a po potrebi i češće (periodični pregledi). Svrha ovih pregleda jeste rano otkrivanje profesionalnih oštećenja i prevencija profesionalnih oboljenja i povreda na radu. Ciljanim pregledom se ispituje uticaj određene štetnosti na organizam radnika ili na samo jedan organ odnosno funkciju. Nakon periodičnog i ciljanog pregleda radnika koji rade na radnim mestima sa posebnim uslovima rada neophodno je dati mišljenje o daljoj sposobnosti za rad na dotadašnjem radnom mestu.

**Trajan ili delimičan gubitak radne sposobnosti** usled hroničnog obo-ljenja ili posledica povrede. U praksi, mnogi radnici obole ili dožive povrede koje izazivaju gubitak ili umanjenje radne sposobnosti. Postoje brojne grane delatnosti gde većina radnika postane nesposobna za obavljanje svog posla pre nego što ispuni uslove za starosnu penziju. U tim slučajevima neophodno je detaljnije ispitivanje i ocenjivanje preostale radne sposobnosti, kao i upućivanje organima veštačenja Republičkog fonda penzijskog i invalidskog osiguranja radi ostvarivanja prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja. Slično je i kada postoji potreba za procenom radne sposobnosti nezaposlenih i maloletnih lica radi ostvarivanja materijalnih primanja na teret Fonda za socijalnu zaštitu.

**Promena radnog mesta u okviru istog preduzeća.** U praksi se često dešava da jedan radnik u istom preduzeću promeni nekoliko radnih mesta u toku radnog veka. Ako se novo radno mesto znatnije razlikuje od prethodnog i ako se kvalificuje kao radno mesto sa posebnim uslovima rada, onda je potrebno oceniti radnu sposobnost pre upućivanja radnika na novo radno mesto. Iako se radi o istom preduzeću, ovakav slučaj treba posmatrati kao novo zaposlenje i radnu sposobnost ocenjivati po istim principima kao u slučaju prethodnih pregleda.

**Promena tehnologije.** U mnogim granama industrije, u rудarstvu i zanatstvu tehnologija se menja svakih nekoliko godina. Novi tehnološki procesi često se bitno razlikuju od dotadašnjih, praćeni su drugim profesionalnim noksama, drugaćijim rizicima od povreda i, ponekad, novim, specifičnim zahtevima za obavljanje posla. Čak i ako se tehnološki proces ne menja, a ni vrsta posla koji radnik obavlja za mašinom, može se menjati ulazna sirovina, među-prodikt ili krajnji produkt i onda su to nove profesionalne štetnosti.

Jasno je da se i u ovim slučajevima moraju obaviti prethodni pregledi iako radnik nastavlja da radi čak i u istoj hali.

**Ocenjivanje radne sposobnosti na zahtev suda.** U sudskim sporovima između razvedenih bračnih drugova ponekad se dešava da jedan od supružnika traži rentu tvrdeći da je nesposoban za rad zbog bolesti. Nekad se takvi sporovi vode na relaciji razvedeni roditelj – punoletno dete. U tim slučajevima, da bi sud mogao doneti presudu, traži se veštačenje i ocena radne sposobnosti od nadležne ustanove za ocenjivanje radne sposobnosti ili od ovlašćenih sudskih veštaka. Slični sporovi nastaju i na relaciji pojedinac – osiguravajuće kompanije, nakon saobraćajnih i drugih nesreća, preduzeće – radnik, nakon povreda na radu i slično.

**Ocena privremene radne nesposobnosti.** Pri akutnom oboljenju, egzacerbaciji hroničnog oboljenja, kao i nakon povrede, zaposlena osoba može biti kraće ili duže vreme nesposobna za rad. U tom slučaju nadležni ordinari rajući lekar ocenjuje radnu sposobnost i odlučuje da li postoji privremena radna nesposobnost i koliko će ona trajati. Ova privremena radna nesposobnost može trajati najduže godinu dana i popularno se zove bolovanje. Ocenjivanje radne sposobnosti u tom slučaju obavlja se svakodnevno, kada nadležni lekar ili lekarska komisija treba da donese odluku o dužini privremene sprečenosti za rad osiguranog lica. Po isteku godine dana osigurano lice se mora uputiti organu veštačenja Fonda PIO.

**Ocena sposobnosti za obavljanje vojne službe.** Sve češće lekari medicine rada u civilnoj službi obavljaju i procenu sposobnosti za služenje vojnog roka pri regrutaciji mlađih muškaraca i dobrovoljno prijavljenih devojaka. Vojni lekari ocenjuju sposobnost za obavljanje ratne službe, kao i sposobnost obolelih ili povređenih vojnika koji su već na odsluženju vojnog roka. Vojска ima specifične zahteve i kriterijume, koji su dosta precizni kada se radi o regrutaciji i specifičnim službama u vojski. Ponekad je potrebna i ocena sposobnosti za obavljanje službe u civilnoj zaštiti za osobe koje se ne osećaju sposobnim za tu službu, ali se angažuju u slučaju elementarnih nepogoda i ratnih operacija.

Za adekvatnu procenu radne sposobnosti (RS) potrebno je detaljno poznavati psihofizičke (biološke) sposobnosti ispitanika, kompletno poznavati uslove, rizike na radnom mestu i zahteve radnog mesta i, zatim, uskladiti podatke iz ove dve grupe.

## Psihofizičke sposobnosti radnika

Da bi se detaljno poznavale psihofizičke sposobnosti radnika ili nezaposlene osobe, potrebno je izvršiti više ispitivanja i raspolagati određenim podacima.

1. Važno je imati optimalan uvid u stanje funkcije većine organa, a posebno onih koji su direktno vezani za radno mesto na kome osoba radi ili za koje konkuriše. Kada je ispitivano lice nezaposleno i ne konkuriše za posao, treba se orijentisati prema njegovom zanimanju i ispitati što je moguće detaljnije organe koji su najvažniji za obavljanje realno mogućih poslova. U principu, sigurno je neophodno dobro upoznati funkcionalne mogućnosti kardiovaskularnog, respiratornog i lokomotornog sistema ispitanika i, eventualno, čula ispitanika.

2. Baterija testova potrebna za procenu funkcije zavisiće od prirode bolesti, karakteristika radne aktivnosti i uslova na radnom mestu. Neki organi se mogu ispitati standardnim testovima, bez ulaska u finese, dok se funkcije drugih moraju detaljnije ispitati u odnosu na uslove, rizike i zahteve radnog mesta. Na primer, kompletnejše ispitivanje potrebno je pri eksponiciji respiratornim noksama (ispitivanje plućne funkcije), eksponiciji organskim rastvaračima (funkcije jetre), pri izloženosti buci (sluh), vibracijama (periferna cirkulacija) i slično. Fizički napor na radnom mestu zahteva detaljnije ispitivanje kardiovaskularne funkcije, rad na visini – ispitivanje vestibularne i vidne funkcije, a nošenje oružja – psihološko testiranje.

3. Pri ispitivanju funkcije pojedinih organa treba koristiti što specifičnije i što je moguće manje invazivne testove.

4. Procena preostalih funkcija pojedinih organa radi ocene RS obolelih i povređenih vrši se tek pošto su iscrpljene mogućnosti lečenja i rehabilitacije, tj. kada je stanje bolesti stabilizovano i funkcija dovedena do maksimalno moguće. Ovo se posebno odnosi na kardiovaskularna oboljenja (na primer infarkt miokarda), respiratorne opstruktivne bolesti i povrede lokomotornog aparata, ali i na oboljenja drugih organa.

5. Poželjno je što više koristiti testove opterećenja kojima se imitiraju radne aktivnosti radnika na radnom mestu, kako one uobičajene, tako i oni ekstremni povremeni napor (pikovi) koji obično traju nekoliko minuta, a obavljaju se svakog sata ili samo nekoliko puta u toku radne smene.

Posmatranje kardiovaskularnih i respiratornih parametara pri zadatim opterećenjima znatno će pomoći da se objektivno proceni radna sposobnost.

6. Pri dijagnostici oboljenja i proceni funkcije pojedinih organa treba koristiti najnovije domaće i međunarodne preporuke i konsenzuse. Najpoznatije preporuke od značaja za procenu radne sposobnosti jesu konsenzus o dijagnostikovanju arterijske hipertenzije (WHO 1999), bronhijalne astme (NHLBI 1992) i hronične opstruktivne bolesti pluća (ERS 1995). U njima su, pored kriterijuma za dijagnozu bolesti, dati i savremeni kriterijumi za stepenovanje težine bolesti, najčešće na osnovu oštećenja funkcija organa.

## **Uslovi, rizici i zahtevi radnog mesta**

Kompletno poznavanje rizika na poslu, uslova i zahteva radnog mesta neophodno je za validnu procenu radne sposobnosti, jer mnogo utiče na doношење suda o radnoj sposobnosti. Nije ispravno procenjivati radno mesto na osnovu zanimanja radnika, što se povremeno čini, jer radnici istog zanimanja mogu obavljati sasvim različite poslove i u različitim uslovima. Stoga je svaka ocena radne sposobnosti insuficijentna ako ne vodi računa o uslovima, rizicima i zahtevima radnog mesta. Lekari medicine rada treba da poznaju većinu radnih mesta u savremenoj privredi, a posebno sva radna mesta u preduzećima za koja su zaduženi i za čije radnike obavljaju zdravstvenu zaštitu. I pored toga, iz medikolegalnih razloga, potrebno je imati odgovarajuća dokumenta iz preduzeća koja se odnose na radno mesto radnika. Ostali lekari, sem izuzetno, najčešće ne mogu upoznati detaljnije karakteristike većine radnih mesta i moraju se u prvom redu osloniti na izveštaje preduzeća. Radi validnog ocenjivanja radne sposobnosti, iz preduzeća treba da dobiju više podataka.

1. Potreban je dokument o zanimanju, poslovima, radnom mestu radnika, ukupnom i ekspozicionom radnom stažu. Ovakav dokument može izdati kadrovska služba preduzeća u kome radnik radi.

2. Zvanični izveštaj preduzeća o uslovima na radnom mestu treba da sadrži podatke o mikroklimatskim uslovima u zimskom i letnjem periodu, spisak profesionalnih štetnosti fizičke, hemijske i biološke prirode, kao i njihove nivoje odnosno koncentracije. Ovaj izveštaj bi trebalo da sastavi služba zaštite na radu.

3. Potreban je opis radnog mesta iz koga će se moći sagledati zahtevi radnog mesta i psihofizički napor koji radnik treba da uloži na radnom mestu. Na osnovu ovog opisa lekar treba da stekne predstavu o intenzitetu fizičkih napora koji su potrebni da bi se rad obavljao (lak, srednji, težak), o vrsti fizičkog rada koji dominira (dinamički, statički), o trajanju rada lakog intenziteta, a posebno rada srednjeg i težeg intenziteta i slično. Od posebnog značaja je podatak o potrebi korišćenja ličnih zaštitnih sredstava, kao i o potrebi rada u noćnoj smeni. Takođe, treba da se dobije informacija o položaju u kome radnik obavlja zadati rad (uspravan, sedeći, čučeći, čak i ležeći) i koliko koja faza tokom smene traje. Pored zahteva za fizičkim naporima na radu, mogu postojati i zahtevi za pojačanim angažovanjem čula vida, dodira, ravnoteže (rad na visini) i slično. Najbolje je da se ovi podaci dobiju od lekara specijaliste medicine rada koji je zadužen za zdravstvenu zaštitu radnika u dotičnom preduzeću. Idealno bi bilo kada bi ovu ocenu radnog mesta davali fiziolog rada, koji su za to najkompetentniji.

Napredak nauke u poslednjih deset godina omogućava da se za bolju procenu fizičkih napora radnika na radnom mestu sve više koriste aparati kojima se registruje broj koraka, pokreta ruku u jedinici vremena i slično. Ta-

kođe, sve je masovnija primena monitoringa kardiovaskularne i respiratorne funkcije i drugih funkcija tokom osam sati rada, na primer, merenje potrošnje kiseonika (VO<sub>2</sub>, EKG, arterijski krvni pritisak, pikfloumetar, pulsnii oksimetar saturacije hemoglobina kiseonikom i dr.).

4. Treba naznačiti rizike od povreda na radnom mestu, posebno rad na nezaštićenoj visini, rad sa eksplozivnim materijalima, rad pored rotirajućih delova mašina i slično.

#### Usklađivanje dobijenih podataka

Nakon dobijanja podataka, potrebno je njihovo usklađivanje i donošenje zaključaka o radnoj sposobnosti. Pri donošenju zaključka, neophodno je pridržavati se nekih principa.

1. Posao na koji se ispitivana osoba raspoređuje mora biti takav da radni naporu kojima se izlaže ne ugrožavaju njen zdravlje niti dovode do premora tokom punog radnog vremena.

2. Prognostički aspekt ocene radne sposobnosti znači da ispitivanu osobu treba zaposliti na poslovima koji ne pogoršavaju njen zdravstveno stanje i da zaposlena osoba treba da radi 35 (žena) ili 40 godina (muškarac), tj. da doživi prosečan životni vek stanovnika Jugoslavije. S druge strane, ako pritom s velikom sigurnošću može pretpostaviti da će za 5 do 10 godina biti nesposobna za posao na koji se orijentije, onda se njoj ne preporučuje školovanje za taj posao. Primer za takva oboljenja je glaukom, hronični hepatitis, hronični opstruktivni bronhitis i slično.

3. Ocenjivanje radne sposobnosti treba da bude timsko i da uključuje primenu znanja lekara specijaliste medicine rada, lekara drugih specijalnosti (oftalmolog, otorinolaringolog, neurolog), a često psihologa i fiziologa rada. Pri tom je mišljenje lekara specijaliste medicine rada najvažnije jer on najbolje poznaje uslove i zahteve radnog mesta. Lekari specijalisti drugih specijalnosti treba da pomognu davanjem detaljne procene funkcije pojedinih organa značajnih za radnu sposobnost i to se od njih jedino i traži. Narednih godina ovaj trend će se nastaviti, a sve veći značaj u oceni radne sposobnosti imaće različiti psihološki testovi.

4. Ocena radne sposobnosti bolesnih i povređenih radnika daje se tek pošto su iscrpljene mogućnosti lečenja i rehabilitacije, tj. onda kada je postignuta stabilizacija bolesti i maksimalno moguće poboljšanje funkcije obolelog organa te se dalje poboljšanje ne očekuje. Navedeni princip posebno važi za slučajevе povreda ekstremiteta, kad rehabilitacija, eventualno, treba da uključi i obuku za korišćenje proteze ekstremiteta. U nekim slučajevima nakon operativnog zahvata oboleloj osobi se radna sposobnost dramatično poboljšava, čak u toj meri da postaje sposobna za svoje zanimanje i svoje radno mesto, te nema potrebu da se upućuje organu veštačenja Fonda PIO. Ovakav slučaj se može desiti kada se ocenjuje radna i vidna sposobnost kod osobe sa obostranom kataraktom koja je tako uznapredovala da je osiguranik nesposoban za

sve poslove gde se traži normalan vid; nakon operacije vidna sposobnost se može vratiti na normalu, a tako i radna sposobnost.

5. Data ocena radne sposobnosti najčešće nije definitivna i menja se u toku samo jedne godine ili tokom više godina (dinamičnost ocene), pa je obično potrebno ponovno ocenjivanje radne sposobnosti. U nekim zapadnoevropskim zemljama invalidska penzija se daje privremeno sve dok radnik ne navrši 60 ili više godina. Radna sposobnost se menja iz više razloga:

a) evolucija bolesti – najveći broj bolesti pokazuje tendenciju postepenog pogoršanja, što izaziva smanjenje sposobnosti za rad;

b) starenjem ljudskog organizma – opadaju sve funkcije čoveka, pa i radni potencijal;

c) promena tehnologije može imati dvojak efekat: može se znatno izmeniti nabojie ali može i nagore, što stvara nove profesionalne nokse;

d) promene zakonskih propisa (izmenama zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju iz 1996. godine ukinuta je mogućnost rada četiri sata – II kategorija, pa se osobama kojima je ranije utvrđena ta kategorija ponovo ocenjuje radna sposobnost).

6. Potrebna je fleksibilnost u ocenjivanju radne sposobnosti. Različiti su kriterijumi pri prethodnom i periodičnom pregledu, kao i pregledi radi obrade za organe veštačenja invalidskog osiguranja. Na prethodnom pregledu kriterijum je najoštriji i tada se vrši selekcija. Na periodičnom pregledu tolerišu se izvesna bolesna stanja i mane i radnik se ospozobljava za rad. Takođe, ako mladi radnik (ispod 35 godina) eksponovan prašini dobije oboljenje koje sporo evoluira i dovodi do invalidnosti tek za oko deset do petnaest godina (na primer, hronični opstruktivni bronhitis), zbog preteće invalidnosti treba mu promeniti radno mesto, a ako isti stepen oboljenja ima i radnik sa 55–58 godina, onda se on može zadržati i dalje na istom poslu jer je dugogodišnja ekspozicija doveo do lakog oštećenja plućne funkcije i može se očekivati da u narednih pet godina bolest neće znatnije evoluirati. Uz to, starom radniku je teže naći novo radno mesto i on se, po zakonu, u tim godinama ne može uputiti na prekvalifikaciju.

7. Retka je osoba sposobna za svaki posao i osoba nesposobna za bilo kakav posao u savremenom društvu. Ilustrativni primeri za ovu tezu jesu slučajevi teških invalida koji su i dalje u radnom odnosu. Na primer, slepe osobe uspešno rade u telefonskim centralama, paraplegičari kod kuće rade kao prevodici ili rade poslove knjigovodstva na kompjuteru i slično. Najočigledniji je primer slavni engleski teorijski fizičar Steven Hocking, koji je zbog bolesti težak invalid: više ne govori razumljivo, nepokretan je, može da pokreće samo prste jedne ruke i njih koristi da na kompjuteru piše knjige, obavlja proračune u teorijskoj fizici i slično, pa je i dalje u radnom odnosu sa svojim fakultetom. Sve masovnija primena kompjutera i informacione tehnologije (internet, kompjuterske mreže i slično) omogućice da se mnogi poslovi oba-

vljaju kod kuće, pa će i nepokretni ljudi moći da nastave sa radom ili da se ponovo zaposle. Stručnjaci Svetske zdravstvene organizacije još pre nekoliko godina ocenili su da bi jedan od načina rešavanja problema invalida bilo njihovo radno angažovanje u kućnim uslovima, gde se mogu napraviti brojne adaptacije za lakše kretanje. U nekim visoko razvijenim zemljama adaptacije se praktikuju i u samom preduzeću. S druge strane, retko je ko sposoban za sve poslove koji postoje u savremenoj privredi. Iako se čini da bi, recimo, neki besprekorno zdrav mladić bio sposoban za svaki posao pod uslovom da se za njega edukuje, to ipak nije tako. Na nekim radnim mestima postoje specifični zahtevi, kojima mogu odgovoriti samo osobe sa retkim sposobnostima. Na primer, receptant boja treba da sastavi recepturu tražene boje za automobile koja se ne sme razlikovati od boje međunarodnog standarda. Takva osoba, dakle, mora imati besprekoran kolorni vid; degustator pića na sajmovima vina i drugih pića mora imati razvijeno i besprekorno očuvano čulo mirisa i ukusa, radiospiker tečan govor, a pilot lovačkog aviona i vozač formule jedan druge sposobnosti koje većina ljudi ne poseduje.

8. Mora se voditi računa o sprovodljivosti date ocene radne sposobnosti. Ona treba da bude sprovodljiva u praksi i u skladu sa zakonskim propisima. Ne može se danas pri upućivanju na ocenjivanje radne sposobnosti organu veštacenja Fonda PIO predložiti četiri sata rada ili izmenjena radna sposobnost kada je zakonom prva ocena ukinuta 1996. godine, a druga još 1992. godine.

9. Ocena radne sposobnosti treba da bude opisna (ne u procentima), konkretna i da obavezno odgovori na pitanje da li je osoba kojoj se procenjuje radna sposobnost sposobna za svoj posao ili nesposobnost (na primer: nije sposoban za rad na visini, rad koji je vezan za teške fizičke napore, ekspoziciju hepatotoksičnim noksama i slično). Pri korišćenju termina lak, srednje težak ili težak fizički ili psihički napor treba preciznije pojasniti šta koji stepen znači, jer rukovodioci u preduzećima i ustanovama ne znaju šta koja gradacija predstavlja. Iza opštih kvalifikacija lekar ne treba da skriva svoje neznanje; praksa pokazuje da se ove kvalifikacije često koriste bez preciznijeg objašnjenja. Poželjno je dati predlog novih poslova i novog radnog mesta za koje bi ispitivani radnik bio sposoban. U tome poslodavac treba da pomogne navodeći spisak mogućih radnih mesta gde bi se mogla zaposliti osoba sa preostalom radnom sposobnošću. Po propisima o invalidskom osiguranju, veličina telesnog oštećenja izražava se u procentima. Telesno oštećenje može biti u korelaciji sa radnom sposobnošću, ali često i ne mora. Na primer, slepa osoba ima telesno oštećenje 100%, ali ako je zaposlena kao telefonista, njena specifična radna sposobnost nije ugrožena. Gubitak jedne ruke ocenjuje se kao telesno oštećenje od 80%, a istovremeno su te osobe sposobne za čitav niz zanimanja (učitelji, lekari nekih specijalnosti, službenici, programeri i slično).

10. Pri procenjivanju radne sposobnosti anamnestički podaci nemaju istu težinu kao pri drugim medicinskim postupcima. Jedan broj osoba je

rentno zainteresovan za rezultat ocene, pa ili preuveličava svoje tegobe, ili ih umanjuje, čak i negira. Neke osobe skrivaju svoju bolest pri konkurisanju za prijem na posao, pri postupku profesionalne orijentacije i slično. U praksi se neretko dešava da oboleli od epilepsije pri pregledu radi ocene radne sposobnosti negira svoju bolest, lekar mu izda uverenje o sposobnosti za posao, a nakon nekoliko meseci ili nedelja oboljenje se otkrije pri prvoj povredi tokom epileptičnog napada. Zato se preporučuje da ispitanik svoju izjavu da nema krize svesti i padavicu potpiše na formularu lekarskog uverenja. Lekarsko uverenje o sposobnosti za rad u ovakvim slučajevima predstavlja sudski dokument. Zbog rentne motivacije mnogih radnika poseban problem predstavlja validnost medicinske dokumentacije koju osiguranik donosi organima veštacka Fonda PIO. Nekada je medicinska dokumentacija „uslužnog karaktera“ i funkcija pojedinih organa predstavljena lošije nego što je to objektivno, a katkada je ova dokumentacija lažna. U praksi retko koji specijalista pri ambulantnom pregledu proverava identitet osobe putem lične karte, pa su moguće zloupotrebe. Stoga je poželjnije da medicinska dokumentacija potiče od stacionarnog ispitivanja i da se iz nje vidi hronicitet bolesti tamo gde je to moguće. Moguće rešenje ovog problema bi bilo utvrđivanje liste lekara i zdravstvenih ustanova koji su se svojim radom dokazali u ovoj oblasti, pa bi se njima davalica za poslove u ORS.

### Tendencije u oceni radne sposobnosti

Može se očekivati da će u prvoj deceniji 21. veka doći do velikih promena u razvijenim zemljama a delom i kod nas, što će se odraziti i na problematiku ocenjivanja radne sposobnosti:

1. Pozitivno je što se očekuje da će zbog sve veće primene novih automatskih i poluautomatskih mašina za obavljanje određenog posla zaposleni ulagati manje napore. Na primer, potrošnja energije pri manuelnim radovima u poljoprivredi kreće se od 24 J/min. (utovar stajnjaka u prikolicu) do 34,8 J/min. (kosidba deteline), a uz korišćenje mehanizacije je 2,6 do 7 puta manje (8). Zbog angažovanja robota na rizičnim radnim mestima, biće sve manje ljudi eksponovano povišenim koncentracijama i nivoima profesionalnih noksi (visokoj temperaturi, prašini SiO<sub>2</sub>, hemijskim noksama, buci i slično). Zbog automatizacije proizvodnih procesa, sve manji broj ljudi će raditi u neposrednoj proizvodnji, a sve veći u servisnoj delatnosti (servisi za održavanje i popravku uređaja, trgovina, ugostiteljstvo, bankarstvo, turizam, zdravstvo, prosveta, nauka i slično).

2. Doći će do smanjenja koncentracija i nivoa profesionalnih noksi na radnim mestima. Na primer, u Japanu je koncentracija prašine 1983. godine bila na 33% radnih mesta iznad dozvoljene, a 1993. godine na samo 7%. Ta-

kođe, doći će do masovne zamene opasnih materija (azbest, tetraetilolovo, benzin i dr.) manje opasnim, što će, zajedno sa smanjenjem koncentracija i nivoa, smanjiti broj radnih mesta sa povećanim rizikom.

3. Sve veći broj ljudi će svoj posao delimično ili u potpunosti obavljati iz svoje kuće i samo će povremeno morati da odu u firmu u kojoj su zaposleni. Ovo će biti moguće zahvaljujući masovnoj primeni kompjutera, razvoju modernih veza i poslovanju preko interneta. To će omogućiti velikom broju danas hendikepiranih ljudi da, radeći kod kuće budu uspešni programeri, arhitekte, projektanti u građevinarstvu, knjigovode, novinari i slično. Procenjuje se da u SAD danas kod kuće radi bar 10% zaposlenih. Takve osobe će u mnogo manjoj meri tražiti invalidsku penziju nego što je to danas slučaj.

4. Napredak u razvoju rehabilitacije i u konstrukciji ekstremitetnih i drugih proteza nove generacije, kao i razvoj novih hirurških metoda, omogućice da osobe koje su do sada odlazile u invalidsku penziju u budućnosti nastave da rade na svom ili drugom radnom mestu. Poseban značaj će dobiti adaptacija radnih mesta mogućnostima invalidiziranih radnika. Adaptacije za lakše kretanje, život i rad invalida biće ostvarene ne samo na radnim mestima već i na ulicama, zgradama za stanovanje, železničkim i autobuskim stanicama itd.

5. Starosna granica za dobijanje starosne penzije moraće da se produži na 65 i više godina zbog starenja populacije i sve težeg obezbeđivanja penzija. Neke studije u Engleskoj najavljuju potrebu da granica za dobijanje starosne penzije kroz 20 godina bude 72 godine.

6. U proceni fizičkog opterećenja na radnom mestu sve više će se koristiti monitoring kardiovaskularnog, respiratornog i lokomotornog sistema. U tom smislu koristiće se kontinuirano registrovanje EKG-a, krvnog pritiska, saturacije kiseonika u aurikuli uha, frekvencije disanja i minutne ventilacije, potrošnje kiseonika, broja pokreta ruku i nogu, predenog puta i slično. Razviće se novi portabl i hand-held uređaji za procenu radnih opterećenja na radnom mestu.

7. Porašće angažovanje i značaj psihologa i psiholoških testova u ORS. Ovo u prvom redu zbog češćih promena tehnologije koje će zahtevati promenu zanimanja, dokvalifikaciju i permanentno obrazovanje uz rad. Sve će brže izumirati stara zanimanja a nastajaće nova, što će starije radnike stavljati pred teške zadatke. Takođe, društvo će tražiti sve češće zapošljavanje hendikepiranih i mentalno zaostalih lica, pa će u proceni radne sposobnosti ovih i ostalih osoba psiholog biti neophodan.

8. Higijenska ocena radnog mesta biće mnogo kompletnija i tačnija nego što je sada slučaj. Umesto povremenog (jednom godišnje ili ređe) merenja profesionalnih štetnosti i mikroklimе radnog mesta, kao što je sada slučaj, masovno će se koristiti ambijentalni monitoring profesionalnih štetnosti tokom celog radnog vremena, a mikrokompjuteri će izračunavati ukupno opterećenje organizma različitim hemijskim i drugim noksama.

9. Razviće se kompjuterski programi (ekspertni sistemi) koji će pomoći lekarima pri veštačenju radne sposobnosti. Početni koraci, napravljeni u Institutu za medicinu rada i radilošku zaštitu u tom pravcu i primenjeni na ograničenom uzorku radnika nekoliko preduzeća, ohrabruju ova istraživanja. Razvojem kvalitetnog softvera za ove svrhe smanjiće se sada neopravdane razlike u ocenjivanju radne sposobnosti među veštacima kao i među različitim ustanovama, a sama ocena će biti znatno objektivnija.

10. Uticaj lečenja na poboljšanje radne sposobnosti biće sve veći. Nove operativne tehnike i nove metode lečenja smanjiće dužinu bolovanja i incidenciju invalidiziranja. Napredak u lečenju malignih bolesti omogućiće da mnogi od ovih bolesnika nastave da rade.

#### LITERATURA

/1/ Pavlović M., *Ocenjivanje radne sposobnosti*. U: Vidaković A. ur. Medicina rada II, Beograd, Udruženje za medicinu rada Jugoslavije, 1977, 1205–1211; /2/ WHO: *Aging and working capacity*, WHO, TRS 835, Geneva, 1993; /3/ WHO/ISH 1999. *Hypertension Guidelines*, Working Group: *Practice Guidelines for Primary Care Physicians*, Heart Beat, 1999, 2:1–5; /4/ US Department of Health and Human Service, *International Consensus Report on Diagnosis and Management of Asthma*, National Heart, Lung and Blood Institute, Bethesda, Maryland, 1992; /5/ Siafakas N.M., Vermeire P., Pride N.B., et al., *Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*, Eur. J. Respir, 1995; 8:1398–420; /6/ Reif N., *Principi stručnog vještačenja u mirovinskom i invalidskom osiguranju*. U: Radna sposobnost i invalidnost, Zagreb, TIZ Čakovec, 1987, 55–69.

# NARKOMANIJA



**Prof. dr Jovan Bukelić**

Akademija medicinskih nauka SLD, Beograd

## VRSTE DROGA, OSOBINE I DEJSTVA

### OPIJATI (OPIJUM, MORFIN, HEROIN, METADON)

Opium i njegovi prirodni derivati (morphin i kodein) i polusintetski derivati (heroin) nazivaju se opijati, dok se sintetski opijati (metadon) nazivaju opioidi.

#### **Dejstva**

Stvaraju fizičku (metaboličku) i psihičku zavisnost. Blokiraju iste receptore kao i endogeni enkefalini i endorfini, deluju depresivno na centralni nervni sistem, izazivaju respiratornu depresiju i inhibiraju centar za kašalj. Opijati imaju euforične, analgetičke (suzbijaju bol), sedativne i hipnotičke efekte.

#### **Neželjena dejstva**

Gubitak telesne mase, gubitak libida, neredovan menstrualni ciklus ili izostanak menstruacije, toksično oštećenje jetre (hepatitis), infekcija virusom HIV-a (sida), depresije, pokušaji samoubistva i samoubistva.

#### **Intoksikacija („over dose“)**

Zavisi od doze, načina korišćenja i stepena tolerancije (navikavanja na drogu). Najčešći simptomi: sužene zenice (kao čiode), suzenje, muka, gađenje i povraćanje, znojenje, dijareja, groznica, nesanica, respiratorna paraliza, edem pluća, cirkulatorni kolaps i ugušenje povraćenim sadržajem. Smrtni ishodi su češći ukoliko je do intoksikacije došlo nakon izvesnog perioda apstinencije u kojem je izostala tolerancija na opijate!

### OPIJUM

#### **Način upotrebe**

Rastvor opijuma (nepoznate jačine i kvaliteta, i.v.)

Čaj od čaura maka (siromašni opijatski zavisnici)

Opiofagija (retko). Pušenje (retko)

#### **Dejstvo**

Faza bljeska („flash“)

Eurofično-meditativna („stound“)

Hipnotička faza („daun“)

Dominiraju sledeći simptomi: smirenost, prijatan umor, pospanost, blaga euforija, self-meditacije, iluzioni fenomeni

U trećoj fazi nastupa san

Posle buđenja: umor, pospanost, odsustvo motivacije, depresivnost, anksioznost, strah, kompulzivna želja da se obezbede nove količine supstance zbog straha od apstinencijalne krize

Zajapuren izraz lica, povećano lučenje pljuvačke, znojenje, muka, gađenje, povraćanje, opstipacija.

### **Intoksikacija**

Respiratorna depresija. Blokada respiratornog centra. Gubitak svesti. Koma. Izrazita mioza!

## **MORFIN**

### **Način upotrebe**

Intravenski, intramuskularno, supkutano, oralno

### **Faze dejstva**

Početni stadijum: vegetativne smetnje, neprijatne emocije

Euforični stadijum: veselo raspoloženje, tendencija povećavanja doze

Toksični stadijum (zavisi od stepena tolerancije)

Somatsko ruiniranje

Niz psihičkih smetnji (gubitak sposobnosti kreativnog mišljenja i rasuđivanja)

Epizode konfuznosti

Onirična doživljavanja

Faza „marionete“

Delinkventno, agresivno i zločinačko ponašanje

### **Somatski znaci hronične intoksikacije**

Mioza, snižen tonus mišića, tremor, teturav hod, gubitak apetita, povraćanje, želudačni bolovi, opstipacija, urinarne smetnje, krize potencije, amennoreja, tahiaritmija, hiperpireksija, fibroziranje i nekroza vena, infiltracije i apscesi kože, bleda i suva koža (smanjenog tonusa), otoci očnih kapaka, slika teške kaheksije.

## **HEROIN**

Analgetički efekti heroina 2,5 puta su snažniji od morfina. Brzo stvaranje zavisnosti. Brze promene ličnosti. Telesno ruiniranje. Često dramatični apstinencijalni sindrom.

### **Način unošenja**

Injekcionim putem (intravenski, intramuskularno, supkutano, često sa bizarnim izborom mesta – genitalije, konjuktive, jugularne vene), zatim ušmrkavanjem („snifovanje“) i pušenjem.

### **Dejstvo**

Snažna euforija

Dezinhibicija

Agresivno i antisocijalno ponašanje

### **Posledice**

Inokulacione bolesti (hepatitisi: hepatitis „C“, „hipi hepatitis“)

AIDS (sida, intravenski narkomani najbrojnija su transmisiona grupa u prenošenju HIV-a)

Bakterijski endokarditis

Plućne infekcije (porast TBC pluća)

Sifilis

Tetanus

Kožne infekcije (sepsa)

Karijes

Kaheksija

Traume glave zbog kompromitovanog stanja svesti

## **KANABIS I KANABINOIDI**

Terminom KANABIS obuhvaćene su supstance koje se dobijaju iz indijske konoplje, dok se termin KANABINOIDI odnosi na oko 60 strukturno povezanih sastojaka kanabisa. Primarna psihoaktivna supstanca je tetrahidrokanabinol (THC). Koncentracija THC-a u hašišu je 15% i više, a u marihuani oko 3%.

## **MARIHUANA**

### **Način upotrebe**

Pušenje (inhalacija – retko)

### **Dejstvo**

Euforija („bleskasta euforija“, brbljivost)

Promene senzorne percepcije

Iluzije i halucinacije

### **Faze dejstva**

*Faza euforičnog uzbudjenja:* lagodnost, radost, veselost, nekontrolisana i zarazna egzaltacija, iluzioni fenomeni. Ponekad: depresije, mentalna zbrka,

halucinacije, teskoba, agresivnost, psihotične epizode (češće u predisponiranih osoba).

*Faza senzoričke egzaltacije:* izoštrenost percepcije, sugestibilnost, anksioznost, agresivnost, poremećaji orientacije.

*Faza pasivne ekstaze:* ekstatičan doživljaj isprekidan vizijama, lucidnost, ali i nemoć, depersonalizacioni fenomeni.

*Faza utonulosti u san:* traje nekoliko časova.

### **Karakteristični psihički simptomi**

Euforija (nekontrolisani smeh koji indukuje okruženje)

Govorljivost koja prerasta u brbljivost

Druželjubivost i lažno osećanje bliskosti

Osetljivost na boje, zvukove i svetlost

Sporo proticanje vremena

Poremećaj doživljavanja prostora

Poremećaj upamćivanja

Oneirodna stanja

Vizuelne i akustične halucinacije

Depersonalizacija, derealizacija

Sumanute ideje

Razdvajanje svesnosti (istovremeno doživljavanje efekata droge i posmatranje sopstvenih doživljaja, unutrašnji monitor)

Amotivacioni sindrom

### **Telesni simptomi**

Suvoća usta

Hiperemija konjunktiva

Poremećaj metabolizma vode

Povećan apetit i potreba za povećanim unošenjem slatkiša

Pad nivoa šećera u krvi

Porast metabolizma mlečne kiseline

Tahikardija

Predispozicija za respiratorna oboljenja (TBC), kancerogena svojstva dima

Poremećaj hormonalne ravnoteže: impotencija, prolazni sterilitet, pobaćaji, ginekomastija kod dečaka

Hromozomska oštećenja

Pad imuniteta

### **Intoksikacija**

Talasasti tok intoksikacije (smenjivanje budnosti i gubitka svesti)

## **Zablude o navodnoj bezopasnosti marihuane**

Marihuana nije bezopasna „bebi droga“. Nelogično je upoređivanje štetnosti u odnosu na alkohol i nikotin. Ne povećava kreativnost, nije afrodizijak, nije lekovita, nije legalizovana (u nekim zemljama je dekriminalizovana). Desenzibiluje prelazak na druge droge, most je ka adiktivnim drogama. Stvara naviku, utiče na sposobnost upravljanja motornim vozilima.

### **Neželjena dejstva**

Iritacija, psihomotorni nemir, reakcije panike

Panični strah od ludila

Depresija

„Flash back“ psihotične reakcije (povratne reakcije, prisilna fotografска sećanja)

Gubitak kontakta sa stvarnošću, depersonalizacija, derealizacija

Poremećaji ličnosti, dezintegracija ličnosti

## **HAŠIŠ**

### **Prva faza**

Posle 5–10 minuta: strah, zabrinutost, podozrivost, pogrešno opažanje spoljašnjih draži.

### **Druga faza**

Poremećaji svesti, opažanja i mišljenja. Smeh.

### **Treća faza**

Paradoksalnost percepcija

Emocionalna sputanost (haotični emocionalni doživljaji)

Strah

Halucinacije

Paranoidne ideacije

Prisilni afekt

Crvenilo kože i vežnjača, sjaj očiju, midrijaza, suva usta, žed, povećanje apetita, tahikardija, glavobolja, poremećaji koordinacije, gorovne smetnje, preosetljivost čula

### **Četvrta faza**

Bledilo, opšta hipotonija, hiporefleksija, gašenje pulsa (!)

San (10–12 časova)

### **Predoziranost**

Kolaps, koma (smrtni ishodi izuzetno retki)

Delirantne epizode

Sumračna stanja  
Halucinacije  
Sumanutost perzekucije  
Užasan strah ili neobuzdana veselost  
Psihotične reakcije, deklanširane psihoze  
Epi napadi  
Retrogradna amnezija

## **SEDATIVNI HIPNOTICI**

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

### **Barbiturati**

Najpoznatiji iz ove grupe su barbiturati, izrazito efikasni lekovi za lečenje epilepsije, gde 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 posledica, među kojima je najčešća pojava epileptičnih konvulzija.

### **Sedativi**

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

Sedativi deluju umirujuće. Najpoznatiji su hemineurin i meprobamat. U nekontrolisano dugom lečenju alkoholizma meprobamatom može doći do stvaranja zavisnosti.

### **Hipnosedativi**

Hipnosedativima pripada velika grupa benzodiazepina, koji imaju mio-relaksantna (opuštaju muskulaturu) i antikonvulzivna svojstva (antiepileptici), dovode do smirivanja anksioznosti i spavanja.

### **Analgetici**

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

### **Antiparkinsonici**

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

Mladi zavisnici koriste artan, akineton, ponalid, heksifen.

## **BARBITURATI**

Deluju na centralni nervni sistem i kardiovaskularni sistem. Pripadaju grupi antiepileptika i analgetika. Pacijenti ih često kombinuju sa alkoholom, heroinom, antidepresivima i drugim lekovima („Hemijačka klackalica“). Automatizam (pospane osobe zaborave da su uzele lek, pa to čine ponovo).

### **Hronična upotreba**

Konfuznost, poremećaj emocionalne kontrole, razdražljivost, agresivnost, teškoće artikulacije, poremećaji koordinacije, gastrointestinalne smetnje, hronični moždani sindrom (propadanje nervnih ćelija, intelektualno propadanje).

### **Akutna intoksikacija**

Smenjivanje veselosti i plača, poremećaji pažnje, pamćenja i rasuđivanja, smirivanje simptoma, posle kojeg može nastati delirijum, neurološki simptomi (nistagmus, dizartrija, poremećaj koordinacije), edem pluća, bronhopneumonija, insuficijencija bubrega, smrt.

### **Apstinencijalni sindrom**

Anksioznost, strah, gastrointestinalne smetnje, znojenje, tahikardija, pad telesne temperature, tremor, grčevi, delirijum, zatim skok temperature, kolaps, smrt.

Naglo prekidanje uzimanja barbiturata izaziva epileptične napade!

## **BENZODIAZEPINI**

Postoji oko 2000, a u upotrebi je oko 100 benzodiazepina. Svetska zdravstvena organizacija vrši redovne kontrole, redukcije i zabrane.

Oko 6% stanovništva na zapadu koristi benzodiazepine.

Prolaze hemato-encefalnu i placentarnu barijeru.

Kombinacija sa drugim lekovima i alkoholom.

### **Neželjeni efekti**

Poremećaj koordinacije

Poremećaj ritma govora do nerazumljive verbalne komunikacije

Smenjivanje sedacije i razdražljivosti

Konfliktnost

Dezinhibirano ponašanje

Depresija

Pokušaj suicida

Suicid

## **Paradoksalni efekti**

Stimulacija, uznemirenost, nesanica, agresivnost

## **Apstinencijalni sindrom**

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

Protrahovani apstinencijalni sindrom

„Postapstinencijalni sindrom“ posle 1 – 3 meseca

Neslaganje: recidiv oboljenja?

Neonatalni aptinencijalni sindrom

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

## **ANKSIOLITICI**

### **Efekti**

Anksiolitički, sedativni, miorelaksantni, antikonvulzivni (podižu konvulzivni prag).

### **Neželjeni efekti i toksičnost**

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

### **Početni efekti**

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

### **Predoziranje**

Pospanost, sopor, koma

### **Paradoksalne reakcije**

Agresivnost, hipomanično i manično ponašanje, žutica

Duža, nekontrolisana i nemedicinska zloupotreba dovodi do stvaranja zavisnosti. Diazepam se vezuje za proteine, kako je liposolubilan. Hemodijaliza ne deluje! Antagonist je flumazemil.

### **Apsolutne kontraindikacije**

Glaukom, miastenija, alergija na lek, trudnoća (u organizmu fetusa koncentracija leka je veća nego kod majke).

## **Relativne kontraindikacije**

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

### **Apstinencijalni sindrom**

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

### **Teži apstinencijalni sindrom**

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

## **TRODON (TRAMADOL)**

Tramadol, derivat fenilcikloalkana, pripada jakim analgeticima. Slab je agonist opijata. Prolazi hematoencefalnu barijeru. Dijaplacentarno ulazi u krvotok ploda gravidnih osoba i izaziva „fetalni adiktivni sindrom“.

### **Dejstva**

Koncentracija u plazmi merljiva je posle 15 minuta, a vrhunac posle dva sata. Analgetički efekti traju od jednog do dva sata. Koristi se kao adiktivna supstanca, kao i u pokušajima narkomana da reše apstinencijalnu krizu heroinске geneze.

### **Neželjena dejstva**

Iritacija CNS-a (vrtoglavica, jeza, drhtavica, sedacija, poremećaj koordinacije).

Centralna stimulacija, euforija i disforija.

Vegetativne smetnje, znojenje i suvoća usta.

Gastrointestinalne smetnje, gubitak apetita, muka, povraćanje, opstipacija.

Kardiovaskularne smetnje, tahikardija i poremećaj arterijske tenzije.

Drugi simptomi: alergija, glavobolja, slabost, senzorni efekti, urinarne smetnje, šok.

### **Intoksikacija**

Respiratorna depresija (zastoj ili prestanak disanja)

Mentalna konfuzija

Gubitak svesti

Povraćanje

Kardiovaskularni kolaps

Konvulzije ili epileptični napadi Grand mal tipa

Izrazita mioza

Koma

## **ANTIPARKINSONICI (AKINETON, PONALID, PARKOPAN, ARTANE ...)**

Deluju na ekstrapiramidne centre i puteve.

### **Neželjena dejstva**

Muka, gađenje, povraćanje, suva usta  
Vrtoglavica, smušenost  
Urinarne smetnje  
Poremećaji vida  
Nemir

### **Intoksikacije**

Malaksalost, umor, vrtoglavice  
Želudačno crevni poremećaji  
Poremećaji akomodacije, diplopije  
Skok arterijske tenzije  
Uznemirenost  
Tahikardija  
Otežano uriniranje  
Poremećaji svesti  
Čulne obmane  
Dezorientacija, depresonalizacija, derealizacija  
Brbljivost  
Paranoidnost  
Delirijum  
Agresivno ugrožavanje okoline

## **KOKAIN**

„Kokain je atomska bomba trećeg sveta“

„Kokain je treća poštast čovečanstva (posle alkohola i opijata)“

Efekti u početnoj fazi: euforija, skok energije, stimulacija mentalne, fizičke i seksualne aktivnosti, pojačana koncentracija.

### **Efekti u kasnoj fazi zloupotrebe kokaina**

Euforija postepeno prelazi u hroničnu depresiju  
Anksioznost  
Nemir i nervoza  
Iritabilnost (razdržljivost)  
Apatija, letargija  
Pad koncentracije

Zbunjenost, konfuzija  
Poremećaji pamćenja  
Repetitivno kompulzivno (prisilno) ponašanje  
Incidenti, nasilničko ponašanje

### **Hronična zloupotreba visokih doza kokaina**

Nebriga za sopstveni izgled  
Odsustvo interesovanja za porodicu, rodbinu, prijatelje i kolege, sumnjičavost u osobe iz najbližeg okruženja  
Ekstremna uznemirenost  
Napadi panike  
Paranoidnost  
Shizofreniformna psihoza (dominiraju sumanute ideje i halucinacije)

### **Poremećaji CNS-a**

Glavobolje, vrtoglavice, inverzija spavanja, konvulzivni i epileptični napadi  
Poremećaji kardiovaskularnog sistema  
Skok arterijskog pritiska, aritmije, bolovi u predelu srca, infekcije, infarkt (često fatalan), moždana krvavljenja

### **Gastrointestinalni poremećaji**

Anoreksija, gubitak telesne mase, smenjivanje opstipacije i dijareje  
Smetnje vida, tromboza vena, zapaljenja jetre, zapaljenja mekih moždаница, AIDS

### **Genitourinarni sistem**

Promiskuitet, homoseksualnost, grupni seks i perverzije, urinarne smetnje, poremećaj reproduktivnih funkcija, fetalni adiktivni sindrom.

### **Kokainske smrti**

Zbog respiratornog kolapsa, zastoja srca, hemoragije, alergijskih reakcija (kontaminirana supstanca), samoubistva zbog depresivnosti, ubistva pod dejstvom kokaina.

### **Akutna intoksikacija**

Iznenadni početak i brzi tok  
Uznemirenost  
Razdražljivost  
Anksioznost  
Konfuznost  
Ubrzani puls  
Nepravilno disanje

Muka, povraćanje, abdominalni bolovi  
Konvulzije  
Koma  
Smrt zbog srčanog zastoja i respiratornog kolapsa

## KREK

Kokain je osnovna supstanca, kojoj se dodaju aditivne supstance. Senzibilizuje odgovarajuće regije mozga i remeti ravnotežu između norefedrina, dopamina i epinefrina. Iritacija posle desetak sekundi. Brzo stvaranje zavisnosti. „Katastrofalna droga“, opasnija od svih zaraznih bolesti srednjeg veka.

### Dejstvo

Brza stimulacija – „kokainski juriš“  
Jačanje koncentracije  
Gubitak apetita  
Svrab kože  
Hipertenzija  
Pneumonija  
Avitaminoza  
Telesno ruiniranje  
Paranoidni sindrom  
Psihoze nalik na shizofreniju

## STIMULATORI NERVNOG SISTEMA

(amfetamin, benzedrin/levoamfetamin, fenmetrazin/preludin, efedrin, kat, metamfetamini)

## AMFETAMIN

Amfetamin deluje na centralni nervni sistem, na srce i krvne sudove, bubrege, bronhije, na organe za varenje, na sekusualne funkcije.

Dejstvo na CNS: midrijaza, zamagljen vid, lučenje znojnih žlezda, povećanje telesne temperature, glavobolje.

Dejstvo na kardiovaskularni sistem: skok arterijske tenzije, tahikardija, nelagodnost, doživljaj vitalne ugroženosti.

Pri korišćenju manjih doza postižu se sledeći efekti: euforija, govorljivost, povećanje psihomotorne aktivnosti i samopouzdanja, prolongirana budnost, zatim postepeno gubljenje energetskih rezervi, gubitak apetita, gubitak telesne mase.

Pri korišćenju većih doza opisano je pet grupa reakcija:

- plačljivost, frustriranost, egzistencijalni strahovi
- amfetaminske psihoze (dominiraju halucinacije i paranoidnost)
- sindrom iscrpljenosti i potreba za spavanjem
- prolongirane depresije, i
- prolongirana halucinatorna stanja (vizuelne i akustične halucinacije)

### **Hronične intoksikacije (zavisnost)**

Danima bez sna i hrane

Promena raspoloženja: od euforičnog preko disforičnog do depresivnog

Razdražljivost, naprasitost, delinkventno i nasilničko ponašanje

Gubitak etičkih kvaliteta

Pojava sumanutih raptusa i halucinacija

Floridna slika psihoze

### **Posledice**

Promene na psihičkom, telesnom i socijalnom planu

Nepoverljivost, sumnjičavost, panične reakcije

Hipohondrija, depresija

Akustične halucinacije

Paranoidnost

Konfuznost, dezorientacija

Poremećaj shvatanja i rasuđivanja, intelektualno osiromašenje

Amfetaminske psihoze nalik na shizofreniju

*Somatske smetnje:* Oboljenja bubrega i gušterače, zapaljenje jetre, edem pluća, hipertenzija, opstrukcija i nekroza perifernih vena, moždane hemoragiјe, epileptični napadi, fatalne aritmije

*Socijalne konsekvene:* Profesionalna i socijalna dezorganizacija, asocijalnost, kriminalno ponašanje, impulsivnost, destruktivnost, neprijateljstvo, autodestruktivnost, ubilački bes, nepredvidivost reakcija, neuračunljivost

### **Apstinencijalni sindrom**

Intenzivan umor, iscrpljenost, pospanost, strah, anksioznost, depresija, paranoidna psihoza sa halucinacijama

### **„LEDENI OLUJA“ (LED-„ICE“, metamfetamin)**

Najmoćnija droga amfetaminske grupe. Brzo stvaranje zavisnosti.

#### **Način korišćenja**

Pušenje, inhaliranje oralnim i intravenskim putem

## **Dejstvo**

Efekti počinju posle šest sekundi i traju oko 12 sati.

Tipični su sledeći simptomi: smanjenje umora, pojačana budnost, euforija, samopouzdanje, pojačana motorna i verbalna aktivnost.

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

*Bihevioralni efekti:* Preterana aktivnost, nesanica, pričljivost, nervozna.

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

## **Intoksikacija**

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

Kod preterane upotrebe zavisnik konzumira samo led do nedelju 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.

## **EKSTAZI (Ecstasy, DXTC, EE, MDMA, metilindoksimetamfetamin)**

Psihostimulativna i psihodelična supstanca. Brzo se resorbuje i prolazi hemato-encefalnu barijeru.

## **Dejstvo**

*Akutna intoksikacija:* psihičke i somatske disfunkcije, smrt.

Toksične psihoze (strah, zastrašujuće halucinacije, panična anksioznost, paranoidnost, psihomotorna agitacija).

*Akutna intoksikacija srednje velikim dozama* (250–300 mg). Vizuelne „iskriviljenosti“, strah, otežana komunikacija, paranoidne ideacije, depresivnost, iznenadne promene stanja svesti.

*Akutna intoksikacija pri velikim dozama* (300–400 mg): panika, tahikardija, aritmije, hipertenzivne krize, cerebrovaskularni insulti, paranoidnost, psihotične reakcije.

*Prolongirana intoksikacija:* simptomi variraju od blage euforije (disfije) do paranoidne psihoze, euforija, neprijatne telesne senzacije, poremećaj apetita, poremećaj spavanja, sumnjičavost, oštećen doživljaj realnosti, doživljaj ugrožavajućeg okruženja, indukovana ekstazi anksioznost (mogućnost prenošenja sadržaja iz nesvesnih areala u svest).

### **Posledice**

*Psihičke:* strah, destruktivnost, akustičke i vizuelne halucinacije, toksične i deklanširane psihoze.

*Somatske:* hepatitis, nefritis, insuficijencija bubrega i srca, kardiomiopatijske, krvavljenja, tikovi, simptomi nalik parkinsonizmu, epileptične konvulzije, endokrini poremećaji (poremećaji štitaste žlezde i hormona rasta – dramatično zaostajanje dece u rastu), propadanje mišićne mase, smrtni ishodi.

*Poremećaji ličnosti* i stereotipna ponašanja.

**FENCIKLIDIN** (PCP-Sernil – „Serenity“: mirnoća, vedrina, ravnodušnost)

Apsorpcija je brza, a efekti počinju rapidno. Naglašena je tendencija rasta tolerancije. Korišćen kao anestetik u veterinarskoj medicini.

### **Dejstvo**

Blaga intoksikacija (5 mg), umerena intoksikacija (5–10 mg) i teška intoksikacija (10–20 mg).

Sedam simptoma skoro je uvek prisutno: crvenilo kože, midrijaza, obmane čula, nistagmus, uzbudjenost, disocijacija i amnezija.

### **Hronična intoksikacija**

Poremećaj govora i pamćenja (konfuznost)

Poremećaj raspoloženja (anksioznost, depresivnost)

Nekontrolisana agresivnost i nasilničko ponašanje (mogu trajati godinama)

Gubitak orijentacije u prostoru (zadesne smrti)

Doživljaj da poseduju ogromnu telesnu snagu i sposobnost letenja (bore se sa masom ljudi, skaču sa visokih zgrada ili se bacaju pod automobile)

Psihotična razgradnja ličnosti (nalik na shizofreniju)

Fetalni adiktivni sindrom

### **Akutna intoksikacija** (pri dozi 10–20 mg)

Poremećaj srčanog ritma

Kolebanje temperature

Smanjenje diureze

Poremećaji respiracije

Ekscesivno znojenje  
Povraćanje  
Konvulzije  
Intenzivne vizuelne halucinacije  
Erotске halucinacije (sklonost „seksualnim atentatima“ na javnim mestima)  
Inkoherentan govor  
Neuobičajeno, bizarno i nepredvidivo ponašanje  
Smejanje ili užasavajući tanatofobični strahovi  
Rigidnost muskulature  
Teški somatski poremećaji  
Komatozno stanje (fluktuirala nedeljama i mesecima)  
Smrt

## APSTINENCIJALNI SINDROM

Muka, groznica, drhtavica  
Depresija

## HALUCINOGENI (PSIHODELICI)

Halucinogene droge, poznate i kao psihodelici, izazivaju raznovrsne halucinacije i izmene stanja svesti.

### Efekti

Euforija (u nekim slučajevima depresija i noćne more), senzorna konfuzija (iluzije i halucinacije, česta košmarna putovanja – „bad trip“), doživljaj bestezinskog stanja (verovanje u sposobnost da se leti), poremećaj telesne sheme (depresonalizacija) i rastakanje suda realnosti (derealizacija).

### Neželjeni efekti

Akutne panicične reakcije, toksične i deklanširane psihoze („model ludila“, „ludila iz epruvete“), zastrašujuće „psihodelično iskustvo“, „ispiranje mozga“, „reakcije megalomanije“, produžene i povratne psihotične reakcije, hronične izmene ličnosti, paranoidnost, mentalna alienacija, oštećenja hromozoma i opasnost rađanja nakaznog potomstva.

### Najčešće korišćene halucinogene droge

LSD-25 (dietilamid lizergične kiseline), „trip“, najsnažnija droga, „fantastikum 20. veka“.

Psilocibin – droga „introspekcije, fascinacije, utonulosti“.

Meskalin – „megalomanski narcizam“, rušenje barijere nesvesnog, ne-biće.

DMT, DET, DPT – triptamini: dejstvo slično LSD-u „haj trip“, ali i pilule vizuelne izobličenosti.

## **RASTVARAČI (SOLVENSI), DELIRIJANTI, HLADNI SPREJOVI**

Rastvarači se legalno i lako nabavljaju, jeftini su, ali su zbog široke upotrebe među maloletnicima u mnogim zemljama zabranjeni.

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

Ponavljanim i namernim inhaliranjem postiže se stanje omamljenosti.

Mogu se zloupotrebljavati mnoge supstance koje sadrže organske rastvarače: razređivači, boje, lakovi, nitrocelulozni razređivači za boje, sredstva za uklanjanje fleka, aceton za skidanje laka, sprejevi za poliranje nameštaja, sprejevi za čišćenje cipela, insekticidi, sredstva za dezinfekciju, plin za upaljače, sprejevi za čišćenje prozora, lak za kosu, benzin, dezodoransi itd.

### **Efekti**

Euforija, osećanje svemoći (omnipotencije), vizuelne i akustičke halucinacije.

### **Neželjeni efekti**

Konvulzije, mišićna slabost, pomućenje svesti,dezorientacija, oštećenje memorije, respiratorna depresija, cirkulatorni kolaps, paraliza srčanog rada, oštećenje jetre i bubrega, oštećenje mozga i prerana demencija, krvne bolesti (leukemija), zatim agresivnost, nasilništvo i vandalizam.

### **Akutno trovanje („over dose“)**

Pogrešna procena sopstvene snage i situacije.

## **AKUTNE INTOKSIKACIJE PSIHOAKTIVNIM SUPSTANCAMA**

Akutne intoksiakcije psihoaktivnim supstancama nastaju kao posledica suicida, nehotičnih (akcidentalnih) intoksiakcija, nehotičnih ili namernih trovanja od strane drugih osoba (homicid) i kao posledica profesionalnih kontakata sa psihoaktivnim supstancama.

Po ICD-10. (International Statistical Classification of Diseases and related health problems) klasifikaciji bolesti, odeljak za mentalne poremećaje i poremećaje u ponašanju, akutne intoksiakcije psihotropnim supstancama su:

Prolazna stanja koja prate unošenje alkohola i/ili droga koje rezultira nizom smetnji i promena fizioloških i psihičkih funkcija i promenom ponaša-

nja. Promene su obično zavisne od doze, vrste supstance, statusa organizma, postojanja tolerancije i puta unošenja.

## LITERATURA

- /1/ Benowitz N.L., *Hpw toxic is cocaine?* Ciba Found Symp 1992, 166, 125–43, disc., 143–8; /2/ Bukelić J., *Deca pakla*, II izdanje, Velarta, Beograd, 1998; /3/ Bukelić J., *Droga-mit ili bolest*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1988; /4/ Bukelić J., *Droga u školskoj klupi*, III izdanje, Velarta, Beograd, 2002; /5/ Bukelić J., *Socijalna psihijatrija*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2000; /6/ Bukelić J., Veličković R., *Akutne intoksikacije psihoaktivnim supstancama*, Jugoslovenski tematski simpozijum HPM / sa međunarodnim učešćem, Društvo ljekara Crne Gore, Podgorica, 2000; /7/ Bukelić J., Jović V., *Zloupotreba psihoaktivnih supstanci i kardiovaskularni poremećaji*, 1979–1996; /8/ Chakko S., Myerburg R.J., *Cardiac complications of cocaine abuse*, Clin Cardiol 1995, 18/2:67–72; /9/ Đukanović B., Bukelić J., et al., *Iluzija stvarnosti (alkohol i droge)*, CID, SoCEN, Podgorica, 2001; /10/ Jaffe, J.H., *Substance-related disorders: Introduction and overview*, In: Kaplan H.I., Sadock B.J., eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore: williams and Wilkins, 1995:735–75; /11/ Lesner A., *NIDA Research report-Steroid Abuse and Addiction*, 1999; /12/ MKB – 10., *Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Dijagnostički kriterijumi za istraživanje*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1998; /13/ Nedeljković S., Kanjuh V., Vukotić M., *KARDIOLOGIJA*, III izdanje, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, 2000.

## **MEHANIZAM STVARANJA ZAVISNOSTI**

Brojni su lekovi koje ljudi uzimaju zbog toga što to žele, a ne zbog preporuke lekara. U visoko-razvijenim zemljama najčešće se koriste kofein, nikotin i alkohol (etanol), oni su legalizovani i nalaze se u slobodnoj prodaji. Međutim, postoji veliki broj lekova-supstanci čija proizvodnja, prodaja i upotreba nisu legalizovani, izuzev za primenu pod nadzorom medicinskih profesionalaca (Rang et al., 1995).

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) definiše zavisnost od lekova kao posebno „duševno, a ponekad i fizičko stanje koje nastaje interakcijom između živog organizma i sredstva koje stvara zavisnost, a karakterišu ga ponašanje i drugi psihički procesi koji uvek obuhvataju prinudu za povremenim ili redovnim uzimanjem sredstva koje stvara zavisnost, i to u nameri da se doživi njegovo dejstvo na psihičke procese, a ponekad da bi se izbegle nelagodnosti usled neuzimanja tog sredstva. Tolerancija može, ali ne mora biti prisutna. Osoba može biti zavisna od jednog ili više lekova koji izazivaju zavisnost...“

U ovoj definiciji treba zapaziti činjenicu da zavisnost postoji onda kada se stvori prinuda ili neodoljiva potreba (želja) da se lek unese.

Američko udruženje psihiyatara (*American Psychiatric Association-APA*) koristi termin zavisnost od lekova (*substance dependence-addiction*) za čitavu paletu simptoma ukazujući da osoba nastavlja sa uzimanjem supstance bez obzira na značajne probleme izazvane njenim uzimanjem (DSM-IV, 1994). Drugim rečima, osoba kompulsivno zahteva primenu supstance, a to dovodi do promjenjenog ponašanja da bi se osigurala nabavka supstance. Zavisnost se potvrđuje prisustvom tri ili više odgovarajućih simptoma, dok se zloupotreba (abuse) dijagnostikuje postojanjem samo jednog ili dva simptoma (O'Brien, 2001). Prema tome, zloupotreba je opštiji termin, koji ukazuje na primenu nedozvoljenih supstanci.

Tri bitne karakteristike zavisnosti od lekova su:

- Psihička zavisnost,
- Fizička zavisnost, kao i
- Tolerancija.

Fizička zavisnost i tolerancija biološki su fenomeni, koji mogu biti precizno definisani u laboratorijskim, kao i tačno potvrđeni u kliničkim uslovima. Neki tipovi zavisnosti (npr. zavisnost od opioida) sadrže sve tri karakteristike,

dok neki drugi tipovi zavisnosti mogu imati samo jednu od ovih karakteristika (npr. zavisnost od kokaina).

**Psihička zavisnost.** Supstanca stvara snažno prijatno (euforija) ili neko posebno raspoloženje. Taj „osećaj zadovoljstva zahteva povremeno ili redovno uzimanje leka u cilju stvaranja prijatnog raspoloženja, ili pak radi izbegavanja neprijatnog raspoloženja“ (SZO). Drugim rečima, supstanca zadovoljava neku potrebu osobe, kao da njeno optimalno duševno i telesno stanje zavisi od supstance (Varagić i Milošević, 2002).

Supstance se međusobno razlikuju po svojoj sposobnosti izazivanja prijatnog raspoloženja kod korisnika: one koje izazivaju euforiju češće će biti ponovo korišćene. Termin *reinforcement* (pojačanje) označava sposobnost supstance da izazove efekat koji će kod osobe izazvati želju za njenim ponovnim korišćenjem (O'Brien, 2001). Ukoliko je ta sposobnost supstance veća, šansa da će ona biti zloupotrebljena je veća. Smatra se da je ta osobina supstanci posledica povišenja koncentracije neurotransmitera u određenim regionima mozga (Bloom, 2001). Kokain, amfetamin, alkohol, opioidi, kao i nikotin povećavaju količinu dopamina u ekstracelularnom prostoru *n. accumbens-a*. Manji porast količine dopamina u *n. accumbens-u* mozga pacova zabeležen je i kada se životinji da slatka hrana i/ili obezbedi seksualni partner. S druge strane, lekovi koji blokiraju dopaminske receptore izazivaju disforiju.

**Fizička zavisnost.** Ovu zavisnost karakteriše „prilagođeno (promenjeno) stanje organizma, koje se, posle prestanka unošenja leka koji izaziva zavisnost, manifestuje fizičkim poremećajima“ (SZO). Fizička zavisnost je stanje koje se razvija kao posledica adaptacije (tolerancije) izazvane resetovanjem homeostatskih mehanizama u odgovoru na ponovljenu primenu supstance (O'Brien, 2001). Supstance mogu promeniti brojne sisteme koji su do tada bili u ekvilibrijumu. Sistemi moraju postići novi balans u prisustvu inhibicije ili stimulacije pod dejstvom specifičnih supstanci-lekova. Ukoliko se primena leka naglo obustavi, nastupa novi disbalans – nastali fizički poremećaj je apstinencijalni sindrom (*withdrawal syndrome*). Poreklo apstinencijalnog sindroma je, u najmanju ruku, dvojako: 1) posledica je uklanjanja leka koji izaziva zavisnost, kao i 2) hiperreaktivnosti centralnog nervnog sistema (CNS) zbog readaptacije usled obustavljanja primene leka koji izaziva zavisnost. Priroda ovog sindroma specifična je za svaki lek koji prouzrokuje zavisnost. Daleko najčešći simptomi koji se javljaju u ovom sindromu suprotni su onima koje lek uobičajeno – redovno izaziva pre nastanka tolerancije na njega. Tako, agonisti opijatnih receptora izazivaju miozu i usporavaju frekvenciju srca. Međutim, apstinencijalni sindrom kod zavisnih osoba dovodi do midrijaze i tahikardije. Stepen apstinencijalnog sindroma je različit, a ponekad može ugroziti život. Ponovnim unošenjem leka, apstinencijalni sindrom brzo nestaje, pa je stah od neprijatnih apstinencijalnih pojava osnovna pokretačka snaga koja za-

visnu osobu tera da stalno uzima lek, kao i da ga nabavi po svaku cenu, bilo legalnim, bilo ilegalnim putem – sredstvima.

Najveću sposobnost izazivanja fizičke zavisnosti imaju opioidni lekovi (tabela 1): kod zavisnika se apstinencijalni sindrom može izazvati primenom naloksona, opioidnog antagonista.

TABELA 1. Potencijal pojedinih supstanci–lekova za izazivanje zavisnosti (Rang et al, 1995)

Grupa lekova	Pojedinačni lekovi	Potencijal za izazivanje zavisnosti
Narkotički analgetici	Heroin	Veoma veliki
	Morfin	Veoma veliki
Depresori CNS	Alkohol (etanol)	Veliki
	Barbiturati	Veliki
	Glutetimid	Umeren
	Opšti anestetici	Umeren
	Rastvarači (organški)	Veliki
	Benzodiazepini	Umeren
Psihomotorni stimulansi	Amfetamin	Veliki
	Kofein	Slab
	Kokain	Veoma veliki
	Nikotin	Veoma veliki
Halucinogeni	Cannabis	Slab ili ne postoji
	Fenciklidin	Umeren
	LSD	Slab ili ne postoji
	Meskalin	Slab ili ne postoji

**Tolerancija.** Najčešći je odgovor na ponovljenu primenu istog leka i definije se kao smanjenje odgovora na lek posle njegove ponovljene primene. Tako, diazepam tipično izaziva sedaciju u dozi od 5 do 10 mg kod osobe koja ga prvi put primenjuje, ali za postizanje istog odgovora kod tolerantnih osoba potrebne su stotine mg, pa čak i  $>$  od 1000 mg/dan. Postoje brojne vrste tolerancije, zavisno od mehanizama koji leže u njihovoj osnovi: urođena, stečena, farmakokinetička, farmakodinamska, naučena, akutna, obrnuta, unakrsna. U zavisnosti se razvija tolerancija prema supstanci, tako da zavisna osoba podnosi sve veće i veće doze. Drugim rečima, zavisna osoba mora da unosi sve veće i veće doze jer prethodne – manje doze nemaju više efekta, ili ga nemaju u dovoljnoj meri. Tolerancija prema jednom leku istovremeno znači i toleranciju prema svim lekovima iste grupe – unakrsna tolerancija (npr. opioidi). Ona se razvija brže prema nekim efektima leka: tolerancija prema euforiji koju izaziva heroin brzo nastaje, pa zavisne osobe povećavaju dozu. S druge strane, tolerancija na gastrointestinalna dejstva opioda razvija se sporije.

Fizička zavisnost, apstinencijalni sindrom i tolerancija biološki su fenomeni i prirodna su posledica primene lekova. Mogu se izazvati i kod eksperimentalnih životinja, kao i kod ljudi koji uzimaju određene supstance. Te pojave same po sebi ne znače da određena osoba zloupotrebljava lek ili da je zavisnik od njega.

Bolesnici koji uzimaju lekove za odobrene medicinske indikacije u propisanim dozama mogu imati sva tri biološka fenomena. Tako, naglo obustavljanje primene blokatora beta adrenergičnih receptora kod hipertoničara, dovodi do apstinencijalnog sindroma koji se manifestuje hipertenzijom usled ushodne regulacije beta adrenergičnih receptora (Prostran, 1997).

**Zavisnost i društvo.** Različita društva različito tretiraju lekove i supstance koje izazivaju zavisnost. Bogata društva Evrope i Amerike prihvataju alkohol i duvan, dok je u zemljama Srednjeg istoka alkohol zabranjen, ali Cannabis nije. Neki halucinogeni se koriste u religiozne svrhe među plemenima Južne Amerike. Kokain je zabranjen u svim zemljama sveta, ali stanovnici Anda i danas, posle hiljadu godina, žvaču lišće koke za otklanjanje umora pri radu na velikim visinama u uslovima razređenog vazduha, kao i za otklanjanje gladi. Alkaloid kokain se sporo resorbuje sa bukalne mukoze, pa je koncentracija kokaina niska u krvi, a prema tome i u mozgu. Stimulantno dejstvo lišća koke nastaje postepeno, a potencijal za izazivanje zloupotrebe i zavisnosti je mali. S druge strane, krek (crack), alkaloid kokaina (slobodna baza) brzo isparava pri zagrevanju, pa se udisanjem i resorpcijom sa velike površine pluća postiže koncentracije u krvi slične koncentracijama posle i.v. primene kokaina. Krv koja sadrži kokain, dospeva u levo srce i CNS, izbegavajući sistemsku cirkulaciju. Prema tome, krek ima veći potencijal za izazivanje zavisnosti od žvakanja lišća koke, uzimanja pića ili ušmrkavanja kokaina. Sva sredstva koja izazivaju zavisnost, mogu se podeliti u tri grupe:

- Društveno-prihvatljiva zavisnost:

To su one prema alkoholu i duvanu. Porezi na promet su veoma veliki u nekim zemljama, pa prikupljena sredstva služe za finansiranje rada državne uprave;

- Zakonska regulativa za neke lekove različita je u raznim zemljama;
- Za neka sredstva postoji opšta međunarodna saglasnost, uključujući i SZO, da su prave opojne droge (Kosten and Holister, 2001).

Danas se smatra da postoji devet tipova zavisnosti (tabela 2).

TABELA 2. Tipovi zavisnosti

Tip zavisnosti	Fizička zavisnost	Tolerancija	Psihička zavisnost
Opioidni	+++	+++	+++
Alkoholno-barbitu-ratni	+, ++, ili +++	+	+, ++ ili +++
Kokainski	+	(+)	+++
Amfetaminski	(+)	(+)	+, ++ ili +++
Cannabis	- (ili +)	- (ili +)	+
Halucinogeni*	-	++	+
Khat	-	-	+
Isparljivi rastvarači*	-	-	+
Duvanski	-	+	++ ili +++

- +++ snažno izražena;
- ++ umereno izražena;
- + slabo izražena;
- ne postoji;
- \* tolerancija je različito izražena kod različitih halucinogena i isparljivih rastvarača.

Prema tome:

- Zavisnost se definiše kao preterana žudnja (*craving*), koja je posledica ponovljene primene leka-supstance;
- Razvija se prema velikom broju psihotropnih supstanci-lekova (v. tabelu 1. i 2);
- Zajednička osobina supstanci koje prouzrokuju zavisnost je postojanje pozitivnog pojačanja (*reinforcement*), odnosno nagrade (*reward*) usled aktivacije mezolimbičkog dopaminergičnog sistema.
- Nagrada (*reward*) je draž koju mozak tumači kao pozitivnu, dok je reinforment (*reinforcement*) draž koja povećava verovatnoću da će se ponašanje koje je u vezi sa draži ponoviti;
- Mnogi lekovi-supstance koje izazivaju zavisnost deluju posredstvom mezolimbičkih dopaminergičnih neurona (npr. grupa A10) čije se projekcije završavaju u *n. accumbens*-u. Opoidi, nikotin, amfetamin, alkohol i kokain povećavaju otpuštanje dopamina u *n. accumbens*-u (Rang et al., 1995; Kosten and Hollister, 2001). Neki pojačavaju električnu aktivnost A10 neurona, dok drugi (npr. amfetamin i kokain) dovode do otpuštanja dopamina ili sprečavaju njegovo preuzimanje u neurone.
- Pored dopaminergičkog mezolimbičkog puta, postoji i posebni put za opioide, serotonin i GABA. Procesi koji pojačavaju aktivnost 5-HT (npr. agonisti ili blokatori preuzimanja 5-HT) smanjuju zavisno ponašanje (*drug-seeking behaviour*).
- Komponente zavisnosti su:
  - a) tolerancija prema supstanci-leku usled različitih biohemijskih mehanizama;
  - b) apstinencijalni sindrom usled naglog obustavljanja primene supstance-leka;
  - c) psihološka zavisnost (*craving*), koja može biti posledica biohemijskih promena usled tolerancije.
- Psihološka zavisnost, koja obično nadživi fizičku zavisnost i apstinencijalni sindrom, glavni je faktor egzacerbacije kod lečenih zavisnika.

### **Neurobiologija supstanci koje izazivaju zavisnost**

Tokom poslednjih 20 godina, načinjen je značajan napredak u neurobiologiji supstanci koje izazivaju zavisnost (Volkow et al., 1999; O'Brien, 2001;

Kosten and Hollister, 2001) Utvrđena su i dejstva na receptore za neurotransmitere, kao i mehanizmi ponovnog preuzimanja (*reuptake*) u neurone i serije tzv. „drugih glasnika“ u ćelijama.

Mnoge supstance koje izazivaju zavisnost deluju posredstvom receptora vezanih za G proteine (npr. opioidni, dopaminski i receptori za kanabinoide). Često su ti G proteini povezani sa cAMP kao „drugim glasnikom“ i posle fosforilacije raznih intraćelijskih proteina odigravaju se promene u jedru i DNA.

**Opioidni tip zavisnosti.** Dejstva opioida (*reinforcement*) posledica su vezivanja za endogene receptore, pre svega mi (OP3) receptore, u *n. accumbens*-u i ventralnom tegmentumu. Opioidi pojačavaju električnu aktivnost (*firing*) dopaminegičkih (DA) neurona u ventralnom tegmentumu zbog inhibicije gama-aminobuterne kiseline (GABA). Inhibicija GABA neurona smanjuje toničku inhibiciju DA neurona, pa zbog toga nastaje pojačanje aktivnosti DA neurona. Takođe, opioidi imaju i direktno dejstvo na neurone u *n. accumbens*-u. U ovom tipu zavisnosti veoma snažno i podjednako su izražene sve tri karakteristike zavisnosti: psihička zavisnost, fizička zavisnost i toleranca, pre svega prema depresivnim dejstvima (npr. depresija disanja, sedacija, analgezija). U mehanizmu nastajanja tolerancije prema opioidima dva faktora su značajna: a) nishodna regulacija opioidnih receptora – smanjenje broja receptora usled produženog agonističkog delovanja opioida na ove receptore, kao i b) smanjeno stvaranje i oslobađanje enkefalina. I u prvom i u drugom slučaju, potrebne su sve veće doze opioida za izazivanje istog farmakološkog odgovora.

**Alkoholno-barbituratni tip zavisnosti.** Ovakav tip zavisnosti prouzrokuju alkohol, neki barbiturati, kao i izvestan broj drugih sedativa, hipnotika i anksiolitika, uključujući i benzodiazepine. Neposredni efekti alkohola verovatno su posledica facilitacije GABA A receptora i inhibicije jonotropnih NMDA (N-metil-D-aspartat) glutamatskih receptora. U većim dozama, alkohol inhibiše funkcionalisanje najvećeg broja voltažnih jonskih kanala (Nestler et al., 2001). Opioidni peptidergički sistem takođe ima važnu ulogu u efektima alkohola na CNS: alkohol aktivira opioidne peptidergičke neurone koji idu ka *n. accumbens*-u, pa naltrexon, antagonist opioidnih receptora može sprečiti žudnju kod alkoholičara (Johnson and Ait-Daoud, 2000). Kliničke studije izvedene u Evropi ukazuju i da akamprozat smanjuje frekvencu pijenja, kao i egzacerbaciju, pa ipak, mehanizam dejstva još uvek nije poznat. Taj homotaurinski derivat sličan GABA nema neko značajno dejstvo na GABA receptore. Međutim, poseduje jasno modulatorno dejstvo na nivou NMDA receptora (kod glodara) koje zavisi od regiona mozga (npr. agonističko i antagonističko). Takođe, postoje eksperimentalni dokazi da i serotonergički i dopaminergički sistemi u mozgu sudeluju u regulaciji uzimanja alkohola: alkohol aktivira dopaminergičke neurone u ventralnom tegmentumu. Fluoksetin, inhibitor pre-

zimanja serotonina smanjuje želju za unošenjem alkohola. Međutim, primena blokatora raznih tipova serotonininskih receptora (npr. buspiron, ritanserin, ondasetron) dala je neujednačene rezultate. Ipak, alkoholizam je heterogeni poremećaj, pa sve dok ne bude moguće da se alkoholičari klasifikuju u podtipove prema zahvaćenosti transmitterskih procesa, dotle će se primenjivati lekovi sa „širokim spektrom dejstva“.

**Kokainski tip zavisnosti.** Postoji izražena psihička zavisnost različitog stepena, uz vrlo slabu fizičku zavisnost i odsustvo tolerancije. Kokain inhibiše preuzimanje oslobođenog amina u nervni završetak (preuzimanje 1), pa tako potencira dopaminergičku, serotonergičku i adrenergičku transmisiju.

**Amfetaminski tip zavisnosti.** U ovom tipu zavisnosti izražene su psihička zavisnost i tolerancija, ali fizičke zavisnosti skoro i da nema. Amfetamin stimuliše presinaptičko oslobađanje biogenih amina-dopamina.

**Kanabis tip zavisnosti.** *Cannabis sativa* je indijska konoplja. Marihuana (u slengu zavisnika „trava“) predstavlja osušene delove ove biljke, dok je hašiš smola koja se dobija ekstrakcijom iz biljke. Delta-9-tetrahidrokanabinol (THC) najvažniji je aktivni princip iz indijske konoplje, koji posle resorpcije sa sluznicama bronhija prouzrokuje centralne efekte koji pomalo liče na dejstva amfetamina, LSD, alkohola, sedativa, atropina, pa čak i morfina. U mozgu se vezuje za kanabinoidne CB1 i CB2 receptore (receptori povezani sa G proteinima): CB1 receptori omogućavaju *reinforcing* dejstvo kanabinoida.

**Halucinogeni tip zavisnosti.** Kod ovog tipa zavisnosti izražena je psihička zavisnost, ali fizičke zavisnosti nema, dok je tolerancija različita među različitim halucinogenima: dietilamid lizerginske kiseline (LSD), fenciklidin (*angel dust*, PCP), meskalin, psilocibin i dr. LSD deluje na presinaptički 5-HT receptor: parcijalni agonist 5-HT2A receptora, pa na taj način inhibiše oslobođanje serotoninina (5-HT). Fenciklidin „disocijativni anestetik, kao i njegov homolog ketamin, smanjuje preuzimanje dopamina pa time pojačava dopaminergičku transmisiju. Osim toga, blokira ekscitatorni glutaminergički input u *n. accumbens*. PCP se vezuje za specifična mesta kanala NMDA glutamat-skih receptora, gde deluje kao nekompetitivni antagonist.

**Duvanski tip zavisnosti.** Nikotin aktivira dopaminergičke neurone u ventralnom tegmentumu, ali može aktivirati i opioidne peptidergičke neurone koji idu ka *n. accumbens*-u. Razlikuje se od alkohola i opijata jer ima snažni reinforcing efekat i u odsustvu subjektivne euforije. Nikotin deluje na nikotinske receptore: njegovo reinforcing dejstvo može zavisiti od nikotinskih receptora lokalizovanih na dopaminskim neuronima ventralnog tegmentuma.

Mehanizmi nastanka zavisnosti su veoma složeni, još uvek nedovoljno utvrđeni, a očigledno je da su brojni i kada je u pitanju samo jedna supstanca (npr. alkohol).

## LITERATURA

/1/ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition (DSM-IV), Washington, C.C., 1994; /2/ Bloom, F.E., *Neurotransmission and the central nervous system*. In, Goodman & Gilman's, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 10th edition. (Hardman, J.G., Limbird, L.E. and Goodman Gilmn, A., eds.) McGraw-Hill (Medical publishing Division), New York, Chicago, San Francisco, Lisbon, London, Madrid, Mexico City, Milan, New Delhi, San Juan, Seoul, Singapore, Sydney, Toronto, 2001, pp. 293–320; /3/ Johnson, B.A. and Ait-Daoud, N., *Neuropharmacological treatments for alcoholism: scientific basis and clinical findings*, Psychopharmacology (Berl.), 2000, 149:327–344; /4/ Kosten, T.R. and Hollister, L.E., *Drugs of abuse*, In, *Basic & Clinical Pharmacology*, 8th edition. (Katzung, B.G., ed.). Lange Medical Books/McGraw-Hill (Medical Publishing Division), New York, St. Louis, San Francisco, Auckland, Bogota, Caracas, lisbon, London, Madrid, Mexico City, Milan, Montreal, New Delhi, San Juan, Singapore, Sydney, Tokyo, Toronto, 2002, pp. 532–547; /5/ Nestler, E.J., Hyman, S.E., and malenka, R.C., *Reinforcement and addictive disorders*, In, *Molecular Neuropharmacology: A Foundation for Clinical Neuroscience*. (Nestler, E.J., Hyman, S.E. and malenka, R.C., eds.). the McGraw-Hill Companies, Inc. (Medical Publishing Division), New York, Chicago, San Francisco, Lisbon, London, Madrid, Mexico City, Milan, New Delhi, San Juan, Seoul, Singapore, Sydney, Toronto, 2001, pp. 355–382; /6/ O'Brien, C.P., *Drug addiction and drug abuse*, In, *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 10th edition. (Hardman, J.G., Limbird, L.E. and Goodman Gilman, A., eds.) McGraw-Hill (Medical Publishing Division), New York, Chicago, San Francisco, Lisbon, London, Madrid, Mexico City, Milan, New Delhi, San Juan, Seoul, Singapore, Sydney, Toronto, 2001, pp. 621–642; /7/ Prostran, M.Š., *Neželjena dejstva i interakcije kardiovaskularnih lekova*, U: Klinička kardiovaskularna farmakologija, treće izdanie, (Kažić, T. i Zdravković M., urednici), Integra, Beograd, 1997, str. 103–122; /8/ Rang, H.P, Dale, M.M. and Ritter, J.M., *Pharmacology*, 3rd edition. Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Madrid, Melbourne, New York, Tokyo, 1995; /9/ Varagić, V.M. i Milošević, M.P., *Farmakologija*, sedamnaesto izdanje, Elit-Medica, Beograd, 2002; /10/ Volkow, N.D., Wang, G.L., Fowler, J.S., Logan, J., Gatley, S.J., Wong, C., Hitzemann, R. and papas, N.R., *Reinforcing effects of psychostimulants in humans are associated with increases in brain dopamine and occupancy of D (2) receptors*, J. Pharmacol. Exp. ther., 1999, 291:409–415.

## **Prof. dr Bratislav Petrović**

član FECRIS (Evropska federacija centara za istraživanja i informisanje o sektama u Parizu)

član COPSIRP (Internacionalni koledž za psihijatrijska istraživanja u epistemologiji u Parizu)

# **SAVREMENE SEKTE – NOVI OBLIK ZAVISNOSTI**

## **Uvod**

Savremene sekte, koje postaju sve evidentniji medicinsko-psihološki i socijalni problem, poslednjih dvadesetak godina u zemljama Evrope, preciznije Evropske unije (EU) sve više privlače pažnju psihijatara, psihologa, sociologa, pravnika, teologa, kriminologa, antropologa, pedagoga i drugih profila stručnjaka. Ovaj novi oblik socijalne patologije i, pre svega, socijalne psihijatrije, postaje aktuelan na našim prostorima od pre nešto više od deset godina. Prodor i ekspanzija sekti kod nas se dovodi u vezu sa pojavom ideologije „Novog svetskog poretku“ koji diktira i „novu religioznost“ koja je posebno namenjena mladima, te otuda i floskula „religioznost za mlade“.

Stručnjaci zemalja EU posebno podvlače širi značaj sektnog fenomena danas, ističući da se aktivnost sekti ceni, a ne njihovo deklarativno predstavljanje, bez obzira da li se sekte kriju iza religijskog, filozofskog, psihološkog, medicinskog, humanističkog ili komercijalnog paravana. Obzirom da u svojoj očiglednoj praksi deluju u suprotnosti sa Univerzalnom deklaracijom o ljudskim pravima (1948), Evropskom konvencijom o očuvanju prava i osnovnih sloboda čoveka (1950) i Međunarodnom konvencijom o pravima deteta (1980), eksperti F.E.C.R.I.S.-a (EVROPSKE FEDERACIJE CENTARA ZA ISTRAŽIVANJA I INFORMISANJE O SEKTAMA) cene da savremene sekte deluju liberticidno, jer svojim ponašanjem i neposrednom delatnošću vrše ne samo ugrožavanje identiteta i integriteta ličnosti, dovodeći je do stanja zavisnosti, već sprovode ubijanje ljudskih sloboda i sprovode moralnu degradaciju ličnosti.

Evropski parlament u svojoj rezoluciji od 29. II 1996. godine u tački „D“ između ostalog, naglašava da su „...određene sekte delovi jedne međunarodne mreže koji operišu u EU, vrše ilegalne i kriminalne aktivnosti i stalno ruše ljudska prava, bave se seksualnim zloupotrebnama, oduzimanjem slobode, trgovinom ljudima, naoružanjem, drogom, povredama prava na rad i ilegalnom medicinskom praksom.“

## Problemi sekti kod nas

Mi nismo zemљa-članica EU ali smo geografski, istorijski, kulturološki i civilizacijski, van sumnje, u Evropi. Sa delovanjem jedne sekte satanističkog reda drastično smo se suočili kada je jedan mladić–vojnik, u kasarni u Vranju ubio sedam svojih drugova, a zatim izvršio samoubistvo.

Procena je stručnjaka da na našim prostorima deluje oko 200 sekti sa oko 400-500.000 svojih sledbenika i simpatizera. Tačan je podatak nadležnih državnih organa da je od kraja II svetskog rata do 1980. godine bilo registrovano samo šest sekti, gotovo isključivo iz kruga pseudohrišćanskih sekti. Godine 1996. je bilo registrovano nešto preko 50 sekti, bez obzira što su zvanično bile registrovane kao „udruženja građana za rekreaciju“, ili kao humanitarne organizacije, klubovi raznih namena i aktivnosti itd. Spadamo u sektofilno područje.

U odnosu na zemlje EU s obzirom na niz nepovoljnih okolnosti u našoj zemlji, duhovnu opustošenost, materijalno osiromašenje, civilni rat koji je doneo mnogo peginulih, ranjenih, prognanih i izbeglih lica često ekstremno psihotraumatizovanih, postali smo pogodno tlo za brzu proliferaciju brojnih sekti. Agresija zemalja NATO pakta u trajanju od 78 dana, cinično nazvana „Milosrdni andeo“, dovele je do nove humanitarne katastrofe i totalnog raspada moralnih i pravnih normi u već postojećem sistemu konfuznih i inverznih socijalnih vrednosti, kao i stanja dugog beznadu.

Istakli smo da je jedna od delatnosti kriminogenog tipa i aktivnost određenih sekti u trgovini drogama. S druge strane, satanističke sekte i sekte sinkretističkog tipa, u toku svojih aktivnosti, počev od samog čina inicijacije, uvođenja u sektu, u okviru svojih opskurnih rituala („pompa diaboli“) vrše distribuciju droge svojim članovima. Ove dve vrste sekti su inače namenjene pre svega mladima, adolescentima kao ciljnoj grupi, koristeći i zloupotrebljavajući njihov razvojni period i njihovu psihološku vulnerabilnost u fazi još nedovoljno jasno strukturisanog identiteta.

Dakle, ciljna grupa sekti, pre svega satanističkih i sinkretističkih su adolescentna populacija. Stručnjaci za mentalno zdravlje sadašnji „drugi talas“ narkomanije mlađih povezuju za proliferaciju sekti koje nude „novu religioznost Novog doba“. Zatim, eksperti za mentalno zdravlje zemalja EU govore i o sektama kao o novom obliku psihičke i fizičke zavisnosti, sve do stvaranja klasičnog apstinencijalnog sindroma primenjujući tehnike mentalnih manipulacija kojima ih gurui, vođe, instruktori, učitelji, manipulatori, lideri ili „ponuđači životnog smisla“ dovode do stanja zavisnosti, koristeći i zloupotrebljavajući neznanje ili slabost buduće žrtve sekti-adepta počev od faze vrbovanja i inicijacije. U narkologiji se govori o poznatom trouglu: ličnost–droga–okruženje. U sektologiji su takođe u igri tri činioca, s tim da umesto droge dolazi sekta.

Stručnjaci F.E.C.R.I.S.-a kao politički, filozofski i religijski neutralne organizacije, koji svoja saznanja baziraju na proverenim činjenicama i na anlizama očiglednosti delovanja sekti, formulisali su mentalne manipulacije sekti kao novi oblik krivičnog dela, a Republika Francuska je prva zemlja EU koja je obogatila svoj krivični zakon novom odredbom o mentalnim manipulacijama, kojima se jedno lice od strane drugog lica koristeći njegovu slabost ili neznanje, dovodi u stanje psihičke i fizičke zavisnosti, ugrožavajući slobodu savesti, slobodu mišljenja, ponašanja i vršeći liberticid, degradirajući identitet, integritet i dignitet ličnosti, uz narušavanje lične i opšte sigurnosti građana.

### **Kako se postaje adept-zavisnik od sekte**

Zadržaćemo se na revijalnom, kratkom prikazu tehnika mentalnih manipulacija koje sprovode sve kategorije sekti, zbog čega su sve sekte destruktivne, a po organizaciji su totalitarne. Sa svojim „psihomarketima“ sekte se kriju iza paravane religije, filozofije, nauke, terapije, razvoja ličnosti, pružanja psihološke ili čak psihijatrijske „pomoći“, baveći se „mekom medicinom“.

Singer i Vest ističu: „Beskrupulozne vođe sekti i korumpirani nadrilekari nude psihijatrijske usluge cinično svesni da se bave prevarama i obmanama.“

Tehnike mentalnih manipulacija obuhvataju stručno i vešto primenjivanje postupaka, inače poznatih u akademskoj psihologiji i psihijatriji, u cilju potčinjanja jednog subjekta drugoj ličnosti ili sektnoj grupi, rušeći njegov integritet, dovodeći ga u stanje psihološke i fizičke zavisnosti, sa liberticidom kao konačnim ciljem, uz nametanje tuđeg mišljenja, tuđe volje i željenog ponašanja, modifikujući ličnost prema postavljenim ciljevima.

Poznat je iz psihologije ponašanja „fenomen kuvane žabe“. Ako se žaba ubaci u lonac vruće vode, iskočiće odmah i spasiće goli život. Ukoliko se žaba stavi u hladnu vodu i polako voda zagreva, biće skuvana i bez pokušaja da se spasi.

Pošto su ontogenetski i filogenetski emocije starija funkcija od intelektualnosti i pošto „čovek oseća uvek, a misli ponekad“ najpre se u mentalnim manipulacijama koristi kao postupak – SUGESTIJA. Zatim se deluje na kognitivne funkcije i koristi se – PERSUAZIJA. Najčešće se primenjuje i tehnika poznata kao – FASCINACIJA, kada se budući adept opčinjuje, opsenjuje guruom. DEPRIVACIJA SOCIJALNIH KOMUNIKACIJA od porodice pa šire, zatim – DEPRIVACIJA HRANE, nametanjem hipokalorične i hipoproteinske. DEPRIVACIJA I INVERZIJA SNA, lišavanje sna i zamena dnevno-noćnog ritma, dnevne simpatikotonije i noćne vagotonije. „BOMBARDOVANJE LJUBAVLJU“ se koristi radi raskida porodičnih veza. GRUPNI PRITISAK I GRUPNA HIPNOZA radi zamene „JA“ za „MI“ osećanje. KULPABILIZACIJA, izazivanje osećanja krivice i njeno potenciranje. ZASTRAŠIVANJE od verbal-

nih do fizičkih oblika i primena sile. INFANTILIZACIJA uz stimulaciju bespomoćnosti i zavisnosti. REGRESIJA sa podsticanjem magijskog, arhaičnog, primitivnog mišljenja. DEPERSONALIZACIJA, obezličavanje, „sekundarni identitet“. SEDUKCIJA, navođenje na pojedine radnje i stavove, do samoubice. RELATIVIZACIJA ŽIVOTA I NAMETANJE REINKARNACIJE, imali smo „prošle živote“, sadašnju „duhovnu dušu“ presvlačimo u jedno od preko ... milion tela „kao kaput ili košulju“, ako smo nezadovoljni sobom. BRAIN WOSHING, ispiranje mozga brojnim indoktrinacijama. FENOMEN „PRAZNE SOBE“ odnosno devastacija svesti („svest bez misli“). „PECANJE FLER-TOM“ kroz seksualno „misionarenje“ i promiskuitet. ODBIJANJE „krvavih medicinskih intervencija“ po cenu smrti. MANIPULACIJA SKLAPANJEM BRAKOVA po izboru i nalogu gurua. MANIPULACIJA NATALITETOM, brak bez dece sa partnerom iz iste sekte. CEREBRALNA PURIFIKACIJA uz primenu pseudonaučnih postupaka:

- a) Oksfordski test ličnosti radi detekcije „slabih tačaka“;
- b) auditing sa „brisanjem engrama“ u cilju remodeliranja psihe;
- c) E-metar, emocio i elektrometar radi merenja „učinka“.

Revijalno pomenute tehnike mentalnih manipulacija se kod satanističkih i sinkretističkih sekti skraćuju i ubrzavaju primenom alkohola i psihohaktivnih supstanci koji su obavezni u „meniju“ koji se priprema i primenjuje tokom i posle služenja „crne mise“, odnosno „pompe diaboli“. Tako se sektna zavisnost kombinuje sa sproveđenjem i primenom tehnika mentalnih manipulacija i spolja unetih (per os, intravenski ili inhaliranjem) narkotika.

Međutim, stručnjaci za sektni kriminal, koji je nadnacionalnog karaktera, su utvrdili i praksom proverili da se psihička i fizička zavisnost stvara ne samo mentalnim manipulacijama i spolja unetim alkoholom i drugim narkoticima, već i kombinacijom mentalnih manipulacija koje primenjuju sve sekte i iznutra stvoreni endogenim opijatima, endorfina i enkefalina koji se luče kao posledica mentalne destabilizacije do stepena psihotraumatizacija (prema istraživanjima Najta u 86% žrtava sekti). Endorfim i enkefalin imaju prolazni anksiolitički i analgetski efekat, što potencira stvorenu zavisnost adepta-žrtve sekti. Konvej, Zigel, Karmajkl i Kodžins registruju pri analizi posledica delovanja sekti kod 353 adepta, suicidne preokupacije u 52% žrtava sekti, osećanje krivice u 59% slučajeva uz nemogućnost prekidanja ritmova mantranja i meditacije u 42% adepata, što vodi retraumatizaciji i ponovnoj iznuđenoj sekreciji endorfina i enkefalina. Kada pepsidaza razori endorfine, žrtva upada u apstinencijalni sindrom i ponovo ide kod gurua ili instruktora radi novih mentalnih manipulacija i konsekutivne retraumatizacije do stanja izazivanja ekshaustrivne depresije kada je konačno „pacifikovana“ i „ispranog mozga“.

Pošto se sekte, posebno psudohinduističke, psudopsihoterapijske, kao i sajentološka sekta, naročito bave direktno „lečenjem“ velikog broja dijagnostičkih entiteta od pedijatrije do psihijatrije, nepoznat je tačan broj ljudi sa

pogoršanim zdravstvenim stanjem posle „lečenja“ brojnih „majstora“ kao što nije poznat broj ni fatalnih završetaka ovakvih „tretmana“ od strane „učitelja“, „instruktora“, „gurua“ itd. što zbog masovnosti i često „tajnosti“ (neke od sekt zahtevaju pismenu zakletvu da neće odati tajnu lečenja) ugrožavaju tzv. narodno zdravlje u svom izvornom značenju.

### **Prevencija delovanja sekti i stvaranja adepata – zavisnika**

U zemljama Evropske unije, posebno u Francuskoj, Nemačkoj, Belgiji, Švajcarskoj i Španiji se zaštita građana, naročito dece i adolescenata od delovanja sekti kao trans- nacionalnog kriminala sprovodi na državnom nivou u svoja dva osnovna aspekta:

- a) *represivnim meraima*: na planu krivičnog, porodičnog, građanskog i radnog prava, uz uvođenje delikta mentalnih manipulacija kao posebnog krivičnog dela kada se, koristeći početnu slabost ili neznanje jednog lica, primene tehnike mentalnih manipulacija, sa stvaranjem psihičke i fizičke zavisnosti i iskorišćavanja tako stvorene zavisnosti, uz liberticidno delovanje i narušavanje osnovnih ljudskih prava;
- b) *preventivnim meraima*: na državnom i društvenom planu u najširem smislu značenja sa stvaranjem državnog organa na nivou vlade, kao što je na primer rešeno u Francuskoj, koja ima Međuministarsku misiju za borbu protiv sekti, uz integraciju pojedinih resornih ministarstava, počev od ministarstva prosvete, zdravlja, policije, do ministarstava pravde, ekonomije i odbrane. Svaka opština ima „ćelije budnosti“, što bi kod nas odgovaralo „opštinskim koordinacionim odborima“, sastavljene od brojnih resorskih službi i vertikalnu hijerarhijsku povezanost.

Naravno, neophodno je što pre pod ingerencijom vlade formirati kao vladin organ Nacionalni centar za informacije, dokumentaciju, edukaciju, istraživanja i saradnju sa sličnim nacionalnim centrima, uključujući i EUROPOL.

U zemljama EU se već organizuju postdiplomske studije iz „SEKTNE VIKTIMOLOGIJE“ za profile lekara-specijalista psihijatrije, za psihologe-specijaliste medicinske psihologije, za lekare specijaliste iz pedijatrije, školske medicine i medicine rada. Na primer, na Medicinskom fakultetu u Lionu u Francuskoj po posebnim programima organizuju postdiplomske studije i za pravnike, advokate, tužioce i sudije, pripadnike policije, sociologe, teologije i prosvetne i medicinske radnike svih profila.

### **Zaključak**

Sekte predstavljaju novi oblik socijalne patologije i novo područje deaktivnosti socijalne psihijatrije. Fenomen sektnog kriminala je multikauzalno

uslovljen, te se zbog toga sa nivoa države moraju preuzimati i represivne i preventivne mere.

Sekte koriste neznanje ili slabost pojedinaca, da bi primenom tehnika mentalnih manipulacija stvorili psihičke i fizičke zavisnike i time destruktivno delovali na lični i porodični identitet i integritet, zatim društveni, verski i nacionalni identitet. Sekte ugrožavaju ličnu i opštu bezbednost, kao i odbranu zemlje.

Drugi talas bujanja narkomanije od pre nešto više od jedne decenije se može objasniti uključivanjem pojedinih sekt i u trgovinu drogom, kao i kasnjim angažovanjem, u okviru ilegalne medicinske prakse, u lečenju „zavisnika“, za šta neke sekte imaju i svoj program nazvan „Narkonon“.

Sekte kao oblik transnacionalnog kriminala direktno ruše integritet ličnosti, stvarajući posebnu socijalnu potkulturu mlađih, isključenih iz porodičnog, obrazovnog i socijalnog života, što predstavlja novi socijalni teret i „unutrašnji odliv mozgova“, pored inače godinama poznatog „spoljnog odliva mozgova“, pre svega mlađih, sposobnih i kreativnih ljudi, prethodno kod nas školovanih.

Poslednjih godina se registruje „dvostruka zavisnost“ u jednoj ličnosti kada adept postaje i adikt.

## LITERATURA

- /1/ Vernet, Ž., *Sekte*, Edicija „Šta znam?“ Plato, XX vek, Beograd, 1997; /2/ Dimitrijević, V., *Totalitarne sekte i pravni poredak*, u: *Zlostavljanje uma*, Svetigora, Cetinje, 1998; /3/ Edelstam, A., *Mon voyage avec la Vierge de l'Apocalypse*, Un témoignage de la manipulation mentale vu par une sociologue, Publibook, paris, 2001; /4/ Janković, M., *Zamke*, B. print, Beograd, 2000; /5/ Jouglar, S., *Les enfants victimes des sectes*, in: FECRIS, *Preventions mineurs*, Minor Prevention, Barcelona 2002; /6/ Jouglar, P., *Prise en compte juridique en droit français de la maltraitance psychologique sectaire de l'enfant*, in: FECRIS, *Preventions mineurs*, Barcelona, 2002; /7/ Luković, Z., *Verske sekte*, Priručnik za samoodbranu, III izdanje, Izdanje Draganić, Beograd, 2000; /8/ Luković, Z., *Zamke verskih sekti*, Edicija mladi, Beograd, 2002; /9/ Luković, Z., *Sekte i bezbednost, iskustva MUP-a Republike Srbije*, Zbornik: Savremena stručna suočavanja, S.Z.R. i I.M.Z., Beograd, Donji Milanovac, 2000; /10/ Petrović, B., *Posledice delovanja sekti na zdravlje*, Zbornik: Savremena stručna suočavanja, S.Z.R. i I.M.Z. Beograd, Donji Milanovac, 2000; /11/ Petrović, B., Damjanović, A., *Sekte-opasnost za ličnost, porodicu i društvo*, Zbornik II kongresa zdravstvenih radnika Republike Srbije, Vrnjačka Banja, 2001; /12/ Petrović, B., Damjanović, A.; *Mentalna manipulacija-put koji vodi zavisnosti od sekti*, Zbornik II kongresa zdravstvenih radnika Republike Srbije, Vrnjačka Banja, 2001; /13/ Petrović, B., *Quelques résur la manipulation mentale des sectes en Yougoslavie et conséquences sur les mineurs*, in: FECRIS, *Prevention des mineurs*, Minors Prevention, Barcelona, 2002; /14/ Petrović, B., *Les sectes - Un nouveau problème social et médicopsychologique*, in: FECRIS, *Prevention des mineurs*, Minors Prevention, Barcelona, 2002; /15/ Popović, Z., *Omen - Zašto sam izasao iz TM*, Beograd, 2002; /16/ Senić, A., *Sekte - podela, pojarni oblici delovanja*, Zbornik: Savremena stučna suočavanja, S.Z.R. i I.M.Z., Beograd, Donji Milanovac, 2000; /17/ Senić, A., *Novi svetski poredak, Neokortikalni rat i sekte*, Zbornik: Savremena stručna suočavanja, S.Z.R. i I.M.Z., Beograd, Donji Milanovac, 2000; /18/ Senić, A., *Delovanje sekti u odnosu na prava čoveka i prava deteta*, Zbornik II kongresa zdravstvenih radnika Republike Srbije, Vrnjačka Banja, 2001; /19/ Singer, M., Vest, L.I., *Sekte, nadirekari i neprofesionalne psihoterapije 2, Psihička oštećenja uočena po izlasku iz sekte*, u: *Zlostavljanje ljudskog uma*, Svetigora, Cetinje, 1998; /20/ Todorov, B., *Deca i omladina kao žrtve sektnе zloupotrebe slobode*, Zbornik: Savremena stručna suočavanja, S.Z.R. i I.M.Z., Donji Milanovac, 2000; /21/ Fournier, A., *Quelles pistes pour la prévention*, in: FECRTS, *preventions mineurs*, Minors Prevention, Barcelona, 2002.

## **Prof. dr Dimitrije Milovanović**

Institut za psihiatriju, Medicinski fakultet, Beograd

# **LIČNOST NARKOMANA I PORODICA**

Narkomanska populacija postaje u međuigri faktora koju čine: pojedinač-droga-porodica i sredina.

U odgovoru na ovo pitanje uvek se mora imati u vidu multifaktorijsalna uslovljenost ove pojave.

Postavlja se pitanje: koji je to životni period najvulnerabilniji i najprijemčiviji za uživanje droga?

Opšte je poznata istina da je to adolescencija, koja se prema većini danas računa između 12. i 27. godine života. Doba adolescencije je upravo najstresnije od svih u razvojnom ciklusu svake jedinke. Ono je poznato još pod imenom „doba kumulativnog životnog stresa“.

Adolescent tada upravo formira sopstveni identitet, otkriva nove vrednosti, realizuje sebe ali u isto vreme, s druge strane, podvrgava preispitivanju stara pravila života i važeće norme dotadašnje društvene zakonomernosti. U fazi punog psihofizičkog uspona u njegovoj žiži je pitanje uspostavljanja odnosa sa vršnjacima, izbor profesionalne orientacije i sopstvenog stila življеnja. Uprkos takvim htenjima on je i dalje pod istim krovom sa svojim, pa čak i roditeljima svojih roditelja. Prethodne generacije okupirane su bolestima, problemima na radnim mestima ili oko penzionisanja, uz žaljenje za prethodnim vremenima kada su mlade generacije bile drugačije. I dok starije generacije bilansiraju pređeni životni put adolescenti teže osamostaljenju, izmeni tradicionalnog vođenja života uz prihvatanje novina, mobilizacijom velike energije koju mladost sobom nosi. Dakle, roditeljske investicije se tada tiču uglavnom validacije i isticanja starih, dobrih životnih vrednosti. Ako roditelji ne uviđaju i ne odobravaju ovakvo, njima nepoznato ponašanje rada se konflikt, nerazumevanje i gubitak spona u međusobnom poverenju. Preganjanje između JA i MI postaje osnovna dimenzija relacija i komunikacije.

## **Uloga porodice**

U formiranju ličnosti adolescenta po svemu proizilazi da je ovaj period adolescencije od presudne važnosti u smislu vulnerabilnog delovanja bilo stresora iz disfunkcionalnog porodičnog sistema, bilo iz bližeg ili daljeg društvenog miljea. Upravo kvalitet porodičnog sistema i pozitivnost društvenog okruženja indukuju psihološki dizajn ličnosti.

U periodu dalje socijalizacije adolescenta porodica je primarni faktor od značaja za samorazvoj ličnosti i izgradnju njegovog sociopsihološkog identiteta i procesa individualizacije. Tom cilju služe dve porodične karakteristike. Prva je: *kohezivnost*, tj. međusobna emocionalna vezanost članova porodice i druga tzv. *adaptabilnost* koja podrazumeva sposobnost porodičnog sistema da fleksibilno usklađuje odnose uloga unutar same porodice i sa spoljnom sredinom. Dimenzija kohezije još obuhvata konceptualno-emocionalne mostove i graniče sa prijateljima i socijalnim miljeom. Adaptabilnost se još tumači kao sposobnost porodičnog sistema da menja svoju strukturu moći, imajući pri tom u vidu izuzetno veliku varijabilnost obrazaca porodičnog funkcionisanja.

U pogledu kohezivnosti porodice mogu biti: povezane, isprepletane, izdvojene i razjedinjene.

U pogledu adaptabilnosti one mogu biti: strukturisane, fleksibilne, rigidne i haotične.

Porodica je inače osnovna društvena forma zajedništva suprotnih polova i dece, koja predstavlja nuklearnu dvogeneracijsku celinu. Njene ključne funkcije su: biološko-reproducujuća, zaštitno-ekonomski, emotivno-obrazovna i socijalizatorska.

U našem društvu sa uspostavljanjem pravne jednakosti i ekonomske nezavisnosti bračnih partnera, porodica sve više gubi karakter privredne zajednice, sve više postaje degradirana. Po mladu generaciju najpogubnije su one gde dolazi do kidanja kohezije, do raspada i razvoda braka što ima za posledicu gubitak odgovornosti i nestajanje prave brige za staranje i odgoj potomstva. Svakako da je to jedan od uzroka porasta omladinske delinkvencije i utapanja u vode narkomanije. Nepotpune porodice su vid dezorganizacije sa nizom konflikata i nepovoljnog uticaja na potomstvo. Nezrele porodice su sa nejasnim ulogama za identifikaciju potomstva.

Akerman je rekao: „Porodica je osnova kako zdrave tako i bolesne ličnosti.“

Lav Nikolajević Tolstoj ističe da „sve srećne porodice sliče jedna drugoj“, a da je „svaka nesrećna porodica nesrećna na svoj način.“

Iz ovoga proizilazi da poremećeni odnosi u zatvorenim, izolovanim, neintegriranim, nezrelim, devijantnim i konfliktnim porodicama svakako utiču na pojavu raznovrsnih psihopatoloških ispoljavanja kod dece, u koje spada i posezanje za drogom. Ima autora koji misle da uz sve ove negativne forme zajedništva i alkoholizam i prekomerno pušenje bračnih partnera postaju dodatni generatori i induktori daljih poremećaja kod dece. Za pojavu nesigurnosti okriviljuje se nezainteresovanost oca i uskraćena ljubav majke.

## Ličnost

U epicentru ove problematike svakako je ličnost budućeg narkomana, iako je poznato da mnogi pojedinci koji probaju drogu ne postaju odmah

zavisni. Logično se nameće pitanje: koje su to karakteristike adolescenata koji se odaju narkomanskom uživanju? Odgovor se može potražiti za jednu grupu narkomanske populacije u kvalitetu mentalnog zdravlja koje zavisi u dobroj meri osim od nasledno-bioloških faktora i porodične vulnerabilnosti i od harmonične interakcije unutrašnjih komponenti ličnosti u sadejstvu sa socijalnim okruženjem. U brojnim definicijama ličnosti uvek se ističe fakt da je malo potpuno zrelih ličnosti, već da postoje stupnjevi zrelosti i da nema granica ni garancija za punu emocionalnu zrelost čak i tokom života i kod veoma visoko inteligentnih osoba. Usvojena definicija glasi:

„Ličnost je jedinstvena organizacija osobina, koja nastaje uzajamnim delovanjem samog pojedinca, porodice i socijalne sredine, a što sve određuje karakterističan način ponašanja pojedinca.“

Među pedesetak i više teorija o ličnosti pomenućemo Nićeovu, po kojoj je „ličnost put ka autentičnom biću, kroz poznavanje mehanizama identifikacije, potiskivanja, negacije i egofunkcija, ali i put kroz subjektivizam, koji zahteva žrtve zbog sopstvene neiscrpnosti. I dalje, čovek je otvorena mogućnost, neodređena životinja, s tim što životinje ispunjavaju svoj život predodređenim putevima, tj. jedna generacija kao i druga, dотле čoveka ne vodi pravac – tako se mora živeti, njegov put je plastičan i sposoban za preobražaje.“

Isto tako poznato je da polimorfni pojam ličnosti u suštini sadrži tri atributa, tj. osećanje ličnog identiteta, sposobnost da se nezavisno postupa i kontakt sa realnim svetom. Osećanje identiteta je glavni stožer ličnosti, poslednje i najjače uporište koje do kraja odoleva i kada su ova dva potonja narušena.

## Ko postaje narkoman

Psihijatrija i psihologija posebno izučavaju tzv. prenarkomansku ličnost, tj. onu koja sa predispozicijom podleže opojnom dejstvu narkotičke supstance. U tom smislu poznato je da osobe sa neurotičnim tegobama prihvataju drogu kako bi suzbile anksioznost, strepnju i višak emocionalne tenzije. Neke osobe iz kruga psihopatija pribegavaju uzimanju droge da bi zadovoljile svoju impulzivnost i svoje sado-mazohističke pulzije. Radoznalost kao pokretačka snaga je jedna od opšte-ljudskih osobina koja pomaže procesu učenja i sticanja novih iskustava. U jednom broju radoznalost i želja da se bude u trendu uvode u narkomansku zavisnost i zdrave, premorbidno neupadljive adolescente. Iz našeg psihijatrijskog iskustva neke osobe koje podležu uzimanju droge su u stvari latentno depresivne sa osećanjem praznine i potištenosti i shvatanjem života bez smisla.

U Njujorku postoje kvartovi gde se uzimanje droge ne smatra devijantnim ponašanjem, a sa ovim saznanjem i u pojedinim delovima naših velikih gradova narkodileri uspevaju da namame čitave generacije mlađih da prihvate

kolektivno uživanje, kao hit i model ponašanja. Psihološke studije ipak ukazuju da postoje zajedničke prenarkomanske osobine budućih uživaoca opojnih droga. Tu se pre svega ističu osobe sa niskom frustracionom tolerancijom, što označava količinu stresa koja se može podneti pre pojave anksioznosti, strepnje ili psihičke napetosti. Istraživanja pokazuju da se adolescenti značajno razlikuju u pogledu sposobnosti da podnesu stres i frustracije. Kod onih koji ne tolerišu stres dovoljno snažno, želja za bekstvom se javlja kao primamljiva opcija. Isto tako nesposobnost da se podnesu frustracije, sa njihovom učestalošću to postaje navika iz koje se stvara zavisnost.

Adolescenti sa konstantnim osećanjem niže vrednosti putem uživanja droge traže suzbijanje osećanja inferiornosti. Naime, droge i alkohol proizvode osećanje privremenog tj. lažnog pouzdanja. To isto važi i za osobe koje doživljavaju strah, koje su nesnalažljive, uz osećanje neadekvatnosti i nesigurnosti u dodiru sa drugima. Suzbijanje permanentnog osećanja straha vremenom postaje problem i povod za uzimanje droge. Radoznalost je želja za uzbudnjem, misli se da suzbijaju monotoniju života; otuda, konstantno osećanje dosade u životu jedne grupe mlađih može biti podloga za zavisnost. Kada se okolina čini nezanimljivom, rutinski dosadnom, upotreborom brojnih supstanci čini se pokušaj promene realnosti. Ima dosta primera koji potvrđuju da je razlog upotrebe droga upravo očajnička želja da se izbegne dosada. I na kraju, mnogi mlađi u adolescentnom periodu su skloni ka emotivnoj zavisnosti. Takve osobe koje se najviše oslanjaju na druge vremenom se oslanjaju na opojne supstance. I konačno infantilne, hendikepirane i pasivno-zavisne ličnosti lakše se odaju uživanju droga, jer su nesposobne da vole, a ispunjene su zadovoljstvom samo u ulozi primaoca ljubavi.

Narkomanima postaju i osobe koje nisu u stanju da savlađuju životne poteškoće, osobe koje u svakodnevnom životu ne umiju da uživaju u radu, koje nisu u stanju da istrpe period koji bi im doneo zadovoljstva i zadovoljenje ličnih potreba.

Sve ove predisponirajuće karakteristike postaju intenzivnije kada adolescent prolazi kroz krize napetosti i kroz konfliktne situacije unutar porodice ili sa članovima društvenog miljea. A osobe koje su jednom doživele „blaženstvo“ nastavljaju da nabavljaju drogu po svaku cenu i tako rasprodaju sve za sebe, potkradaju svoje roditelje, razbijaju apoteke i na taj način postaju kriminogena populacija koja vrši i druge antisocijalne radnje.

## **Ličnost narkomana**

U ovoj problematici sa trajanjem narkotiziranja postavlja se pitanje: da li se ličnost može razoriti? Odgovor na ovo pitanje je potvrđan. U literaturi engleskog govornog područja opisana je ličnost podlegla bolesti zavisnosti pod

nazivom Skid-row, odnosno – skitnica, latalica, beskućnik. Reč je o pojedincu koji je ispaо iz porodice, ali nije našao adekvatno mesto u realnom svetu.

Prolongirano uživanje droge dovodi do sekundarnog oštećenja ličnosti pod uticajem toksičnog delovanja narkotičke droge. U krajnjem slučaju procesi propadanja ličnosti se sve više produbljuju u pravcu regresije. Dolazi do pada emocionalnih osećanja i gašenja emocionalnih veza sa roditeljima i sa svetom, uz opšti pad moralne svesti. Konzumiranje droge dovodi do potpune razgradnje ranije postignutog nivoa psihosocijalne zrelosti. Gubi se predstava o budućnosti jer postoji samo zastrašujuća i nepodnošljiva sadašnjost. Negiraju se merila društva i standardi i dok je za zdrave: lična higijena, pristojno odevanje i rad, za narkomansku populaciju je vrednost: nerad, zapuštenost i lutanje s ciljem da se nabavi droga. Isto tako dolazi do razgradnje ranije postignutog nivoa seksualiteta, do poptune nesposobosti za seksualne odnose sa hetero partnerom i u pravom smislu reči nastupa gašenje erogenih zadovoljstava.

Ličnost ogrežla u hroničnom drogiranju postaje druga osoba – karakterno izmenjena, manipulativna, nesposobna da voli druge, već teži isključivo ka postizanju sopstvenog zadovoljstva drogom pre nego hranom. Sve veća zavissnost od narkotika uspeva da razgradi nivo postignute psihosocijalne zrelosti. Glad, žudnja za drogom postaje sveto pravo za samouništenje jer je droga jedina potvrda sopstvenog postojanja i sopstvene vrednosti.

Ličnost narkomana odlikuju permanentna unutrašnja napetost, nesigurnost i oštećeno JA, sa degradiranim moralnom cenzurom. Uživanje droge vodi potpunom iskrivljavanju ličnosti i do gubitka samokontrole i smanjenja sposobnosti autonomnog adekvatnog ponašanja u stvarnoj, već u nametnutoj mističnoj realnosti. Da bi došli do droge udružuju se sa drugim narkomanima i trgovcima. Na taj način stvaraju svoju podkulturu kojoj pripadaju sa sopstvenim rečnikom utvrđujući i sopstvena sastajališta, a vremenom pored uživanja droge i sami postaju narko-dileri. Podkulturu održava strah jer moraju biti lojalni grupi u kojoj se osećaju prihvaćeno. Tada su zadovoljni sobom zbog lažne slike o sopstvenoj važnosti, rušeći mitove i tabue postojećeg sveta. U daljem životu ličnost narkomana se brani poricanjem, obezvredživanjem svih vrednosti i negiranjem realnog sveta.

#### LITERATURA

- /1/ Sanders B., Becker-Lausen E., *The measurement of psychological maltreatment*, Child Abuse, Neglect, Vol. 19, 1995, 3:315–323; /2/ Docherty, J.P., Fiesther, S. J., Shea, T., *Syndrome diagnosis and personality disorder*, u Frances A. J.: *Psychiatry update: American Psychiatry Association annual review, personality disorders* (Vol. 5. Sec. III, 315–355, American Psychiatric Press, Washington, DC, 1986; /3/ Jerotić V., *Ličnost mladog narkomana*, Institut za alkoholizam i narkomaniju, Beograd, 1974; /4/ Silove D., Haris M., Morgan A., *A community study*, Psychological Medicine, 25, 1995, 405–411.

## **RANO PREPOZNAVANJE NARKOMANIJE**

### **Kako prepoznati osobu koja upotrebljava marihuanu ili ostale droge**

Nije jednostavno primetiti direktno dejstvo marihuane. Promene ponašanja i izgleda uživaoca nisu tako lako uočljive, jer obično nisu naglašene i nisu specifične samo za upotrebu marihuane. Oči su često zakrvavljenе, zene mogu biti proširene, puls je ubrzan, usta suva, govor je ubrzan, glasan, smeh je neobičan u napadima. Neposredno nakon upotrebe marihuane moguće je hroničan kašalj. U kasnijem periodu se može javiti pospanost. Poremećaji opažanja, halucinacije su retka pojava. Nekad se javlja povećan apetit, potreba za slatkim (koristi se više čokolada, bombone...). Može se primetiti nespretnost u pokretima, u ravnoteži i zaboravnost za skorašnje događaje. Ni jedan simptom nije apsolutno pouzdan za intoksikaciju marihuanom, jer slični simptomi mogu biti posledica umora, emotivnih kriza ili raznih problema u adolescenciji, kao i zloupotrebe drugih psihoaktivnih supstanci. Sigurnost je veća ako se marihuana nađe umotana u celofan od cigareta, najlon kesici ili u vidu cigarete, džointa. Miris zapaljene cigarete marihuane je specifičan i podseća na miris zapaljenog kanapa ili trave. Ako se marihuana izmrvi između prstiju, ostaje specifičan miris koji najviše odgovara mirisu začina origana. Miris dima od marihuane ostaje dugo u odeći, kosi i među prstima. U slučaju da ne prepoznajete marihanu možete je doneti u školu, pedagogu ili psihologu ili u policijsku stanicu... I ako nađete marihanu u džepu ili na nekom drugom mestu to ne znači da je vaše dete nju koristilo, ali je verovatnoća za takvu pretpostavku ipak veoma velika. Heroin se obično nalazi u aluminijumskoj foliji, žućkaste ili bele boje. Tablete Extazija ili LSD tablete se ne razlikuju mnogo od drugih tableta.

Najjednostavnija dijagnostika je detekcija droga putem „urin testova“. Testovi se mogu naći u svakoj apoteci. Problem nastaje kada dete neće da mokri u flašicu. Morate biti uporni, nekad i strogi, koristiti svaku pomoć. Na kraju vam ostaju trikovi koji baš nisu apsolutno pouzdani. Jedna majka je zavrnila vodu u kotliću i uzela urin iz šolje.

## **Poremećaj ponašanja pre formiranja zavisnosti od marihuane i od ostalih droga**

Pre nego što zatražite pomoć psihologa, pedagoga ili psihijatra i pre nego što obavite razgovor sa vašim detetom, razmislite i analizirajte promene u ponašanju deteta. Navedene promene u ponašanju ukazuju na povišeni rizik za zloupotrebu marihuane ili na već formiranu zavisnost od drugih psihoaktivnih supstanci.

Prve pojave simptoma zavisnosti se mogu videti u ponašanju. One u početku nisu toliko izazvane efektima same droge, koliko su posledica ambivalentnih osećanja i griže savesti.

Prvo se zapažaju oscilacije raspoloženja sa manifestnim depresivnim periodima. U apatičnom raspoloženju narkofili se isključuju iz svih zbivanja ili učestvuju u njima pasivno, u stanju su satima da leže u svojoj sobi zagledani u jednu tačku. Ne govore mnogo i nemaju želje za kontaktima sa ostalim članovima porodice. Jedino interesovanje pokazuju za višečasovno slušanje muzike. Iz kuće izlaze na neodređeno vreme i ne žele da govore o svojim izlascima, vraćaju se vrlo kasno. Menjaju higijenske navike, frizuru, način oblačenja, upotrebljavaju sve više uličnih reči. Menjaju društvo, napuštaju stare prijatelje, stiču nove, obično starije, u ponašanju neobične, retko kad dolaze sa njima u kuću. Kada se pojave sa novim prijateljima u kući ovi se obično ne javljaju, pokušavaju da izbegnu svaki duži razgovor sa roditeljima i ukućanima. O njima ne žele da razgovaraju: ko su, šta rade, gde i kako žive, ko su im roditelji itd. Često telefoniraju, obično na telefonu šuškaju, ne govore glasno, spominju mnogo uličnih reči i skraćenica. Prestaju da se bave kreativnim aktivnostima (sportom, kulturom, kućnim poslovima). Preko dana sve više spavaju, a noću gledaju televizijski program ili slušaju muziku (inverzija sna i budnog stanja). Bude se oko podne. Od roditelja sve češće traže novac. Novac i vredne stvari „nestaju“ iz kuće. Sa roditeljima stupaju u verbalne, pa i fizičke sukobe. Naglo popuštaju u učenju, dobijaju slabe ocene. Sve češće izostaju iz škole (ili sa posla), na časovima deluju odsutno i nezainteresovano. Konflikti sa roditeljima su sve teži, u vidu višečasovnih diskusija i intelektualnog nadmetanja na temu nerazumevanja mlade generacije i njihovih potreba. Upadljivo lažu, u početku su ubedljivi pa se to ne primećuje, kasnije lažu kad za to nemaju većeg razloga i potrebe. Menjaju stavove prema sebi i drugima. Sopstvene vrednosti ili precenjuju ili podcenjuju, prema drugima imaju uglavnom negativan i odbijajući stav, a prema porodici ambivalentan ili odbacujući. Poremećaje ponašanja sve češće prate simptomi intoksikacije, znaci apstinencijalne krize, poremećaji raspoloženja, upamćivanja i gubitak motivacije za rad.

## **Kako roditelji treba da se ponašaju kada kod deteta nađu marihanu ili pouzdano saznaju da je koristi**

Prvo se morate savladati da ne reagujete panično. Ako nastupite sa moralističkim stavovima i optužbama: „Obrukao si mene i celu porodicu“ ili sa stavom „Ti si narkoman, sve ćeš nas upropastiti“ – na dobrom ste putu da prekinete svaki koristan razgovor, jer se pojavljujete kao sudija i izvršitelj kazne, što kod deteta stvara bunt i otpor. Ako ste jako uzbudeni i besni, sa paničnim i crnim mislima, morate se smiriti, jer u afektu ne vredi da vodite razgovor sa detetom. Pre razgovora sa detetom saopštite sve svom bračnom partneru kako bi zauzeli zajednički stav. U slučaju da smatrate da ste nedovoljno informisani obratite se školskom psihologu, pedagogu i tražite od njega savet, ili psihološkom savetovalištu koje se nalazi u svim većim gradovima. Da biste vodili konstruktivan razgovor morate da imate dovoljno savremenih informacija o upotrebi i zloupotrebi marihuane i drugih droga jer vaše dete ih ima sigurno više nego vi. Ako ste na selu, procenite ko bi o tome mogao najviše da zna, lekar, učitelj, sveštenik, policajac ...? Vrlo je važno da pre razgovora sa detetom o tome još sa nekim, po mogućnosti stručnjakom, a sa bračnim partnerom svakako, podelite mišljenje i zabrinutost. Ako sa detetom započnete razgovor sa direktnim pitanjem: „Ti pušiš marihanu!“, dobićete uglavnom odgovor: „Ne, to je marihana od moga druge ili to je obična cigareta ... samo sam je jedanput probao“. Nekima će to biti dovoljno i odahnuće: „Hvala bogu, bio sam u zabludi“, ali sumnja će ostati. Bolje je početi indirektan razgovor o tome ko sve puši marihanu ili uzima drogu u društvu i kakvi su njeni efekti. Kako ona izgleda? Kakvi su njegovi stavovi o upotrebi, o mogućim posledicama i opasnostima? Zatim treba preći na pitanje da li je probao marihanu, koliko često je uzima i šta misli o štetnim posledicama i daljoj upotrebi. Ako dobijete pozitivan odgovor o upotrebi, morate strpljivo, mirno i racionalno razgovarati o tome kada je počeo da uzima, koliko često. Potrebno je da saznate da li postoji **zavisnost**, odnosno periodi nekontrolisane zloupotrebe od po nekoliko dana – to se stručno naziva dipsomanija (najčešće u dane vikenda), ili je već razvijena kontinuirana zavisnost, svakodnevna upotreba. Pokušajte da dobijete podatke o zloupotrebi drugih psihоaktivnih supstanci, pušenju cigareta, alkohola, upotrebi tableta i sintetskih droga ili heroina i kokaina. Danas je aktuelna zloupotreba analgetika Trodona, Efedrin kapljica za nos, sedativa, kao što je Bensedin ili Tranex sa alkoholom, halucinogenih droga LSD (na kartonчиću koji se zamoći u čašu) ili Extazi tableta u različitim bojama i šarama.

Jedan broj mladih proba i opijatske droge kao što je heroin, sivkasto braonasti prah koji se obično drži u aluminijumskoj foliji od cigareta (u žargonu se naziva „crta“). Heroin se u početku uzima ušmrkavanjem na cevčiću, kasnije se uzima intravenski. Na ruci se mogu videti ubodi oko vena („štepovi“).

Ako postoje znaci zavisnosti od marihuane sa promenom ponašanja ili zloupotreba više supstanci potrebno je da se obratite nadležnom psihijatru, zajedno sa detetom, a on će obaviti pojedinačne razgovore sa njim i sa vama i dati vam odgovor o daljem tretmanu.

Tokom razgovora dajte do znanja da ste maksimalno spremni da pomognete, nemojte biti preterano sumnjičavi i nemojte uporno insistirati na zastrašujućim i katastrofičnim efektima upotrebe marihuane – jer većina onih koji su probali marihanu su se osećali prijatno i nisu im poznate teže posledice. Ako je Vaša strepnja preterano dramatična ona neće izazvati adekvatan utisak potreban za saradnju i konstruktivan dijalog.

### **Kako preventivno delovati ili šta učiniti da deca ne upotrebljavaju marihanu i druge droge**

Odgovor nije jednostavan, pogotovo ako se postavi pitanje zašto mladi uzimaju marihanu. Pojednostavljenog odgovora nema – jer su uzroci više-struki i međusobno povezani, nalaze se u porodici, ličnosti deteta, vrednosnim sistemima društva, zabludama, pomodarstvu itd.

Roditelji ne smeju da menjaju svoju ulogu, da se prikazuju kao „najbolji prijatelji od poverenja“, oni uvek moraju da ostanu roditelji, zaštitnici i kritičari svoga deteta. Prijatelji se mogu menjati i birati, a roditelji ne. Roditelji moraju da imaju vremena za svoju decu, sa visokom tolerancijom moraju da slušaju decu i da im daju savete. Savete je najbolje da daju kad oni to od njih zatraže. Danas se ne živi u patrijahalnim odnosima gde se izdaju direktive.

Da bi učestvovali u sprečavanju narkomanije roditelji pre svega moraju da imaju savremena saznanja o drogama i problemima koje one izazivaju. Informacije moraju stalno da prate u novinama, televiziji, tribinama, školskim predavanjima, različitoj literaturi. Da učestvuju u preventivnim programima u školi i u društvenoj zajednici. Da razmenjuju informacije sa drugim roditeljima i da usaglašavaju svoje stavove (na primer oko večernjih izlazaka). U slučaju nedovoljne informisanosti nema adekvatne edukacije dece ni konstruktivnog dijaloga. Roditelji prvi treba da daju deci podatke o drogama. Ne treba da žive u predrasudama i zabludama da se to neće i ne može desiti njihovoj deci. Informacije treba da budu tačne i precizne, bez misticizma i nedoumice. One ne treba da se saopštavaju u vidu predavanja, na dramatičan način, već je najbolje u vidu razgovora za stolom u vreme ručka, uz TV emisije, na izletima, u toku rada u kući itd. Jedan od osnovnih ciljeva prevencije je da sve generacije imaju podjednaka znanja o problemima narkomanije. Tako na primer, Švajcarska vlada je nakon dugogodišnje edukativne kampanje raspisala referendum među građanima o načinu lečenja narkomana (pobedila je vlada i uvedena je Metadonska i supsticaciona terapija). Najbolje je detetu postavljati

pitanja o drogama, da se pokaže vaša zainteresovanost, a odgovore dopuniti vašim informacijama. Razgovore treba početi rano, oko 4–5. godine, a najkasnije do desete godine, kada počinje adolescencija i kad su važniji stavovi i mišljenje svoje generacije i drugih ljudi. Prevencija u Novom Sadu počinje u predškolskim ustanovama kada počinje formiranje vrednosnih sistema i predstava i nastavlja se u osnovnim, srednjim školama i na fakultetima. Važno je da deca prihvate pozitivne porodice, društvene sredine i stavove i uverenje da se sa drogom životni problemi ne mogu izbeći i da se sa njom ne može doći do sreće. Deca koja prihvate ove vrednosti imaju već pripremljenju odluku „NE“ na ponudu marihuane ili neke druge droge. Roditelji koji puše i piju alkohol moraju da kontrolišu navedene supstance i da imaju realan kritičan stav, jer će ih deca kasnije najverovatnije imitirati. Kod dece treba razvijati odgovornost ne samo prema školskim obavezama nego i prema domaćim poslovima (snabdevanje, održavanje kućne higijene). Odgovorno ponašanje i uspeh razvija samopoštovanje, samopouzdanje i samosvest – osnovni defekt koji se pojavljuje kod svih narkomana. Decu treba uključivati u što više kreativnih aktivnosti, različite sportske klubove, hor, folklorna i pozorišna društva itd. U svim konstruktivnim aktivnostima ih morate podsticati. Neuspene ne treba prihvati kao poniženja i nesposobnost i nemoć, niti dete prekorevati „ništa ne vrediš“, „ništa ne znaš“, „tvoj brat to ne bi uradio“ i slično. Ako imate problema u komunikaciji sa detetom, osećate nesigurnost, najbolje je da se обратите školskom psihologu, pedagogu ili nekom članu familije koji vam može pomoći.

## Razlozi upotrebe

Teško je reći zašto neko prvi put uzme marihanu. Razloga ima više i nisu za svaku osobu isti, i jedna ista osoba često menja razloge, motive za uzimanje marihuane i drugih psihoaktivnih supstanci. Najčešći razlozi su: do-sada, radoznalost, pritisak od strane drugih da se proba i potreba da se putem marihuane doživi i identifikacija sa grupom. Želja da se popravi loše raspoloženje ili da se pojača već postojeće dobro raspoloženje. Najveći broj onih koji su probali ili puše marihanu su je uzeli pod pritiskom i navođenjem prijatelja ili braće i sestara koji je već koriste. Drugi su je uzeli da bi se osećali „cool“, moderno i aktuelno, jer su to videli na televiziji i slušali u pesmama. Neki droge uzimaju da bi izbegli, odnosno potisnuli probleme u kući, školi ili sa prijateljima. U adolescenciji su česti problemi sa komunikacijom, upoznavanjem i prilaženjem suprotnom polu („ispasću glup, šta da kažem...“).

U osnovnoj školi deca obično probaju marihanu iz radoznalosti i potrebe za imitacijom, pripadanjem grupi. Kod neodlučnih ili onih koji imaju odbijajući stav prema marihanii često prevlada strah da će biti odbačeni od

grupe vršnjaka ako ne uzmu marihanu. Kasnije, u srednjoj školi osnovni motiv je osećanje manje vrednosti, odnosno gubitak samopoštovanja, strah od neuspeha, sopstvene nesigurnosti i potreba za promenom depresivnog raspoloženja. U adolescenciji i u odrasлом добу су, sem potrebe за razonodom, česti psihopatološki poremećaji kao uzroci upotrebe marihuane. Na prvom mestu su depresivna raspoloženja, poremećaji u strukturi ličnosti ili početak društvenih poremećaja. Zavisnost od marihuane je često samo simptom već nastale duševne bolesti.

Prema mnogim autorima sociološke orientacije, zavisnost od marijuane i drugih narkotičkih supstanci predstavlja socijalno patološki fenomen, specifičan oblik otuđenja mladih koji ne uspevaju da se na zadovoljavajući način snađu u svetu koji ih okružuje. Po njima je upotreba marijuane, trodona, extazija u adolescenciji posledica strukturnih društvenih i porodičnih poremećaja, bunt mladih i prkos prema svim autoritetima i bekstvo od savremenog društva, od konvencionalnog stila života. Radoznalost u adolescenciji je velika, a pitanje njene usmerenosti na zdravo društveno ponašanje ne zavisi samo od adolescente već i od porodice, nastavnika – vaspitača u školi i posebno od stava društvene sredine o poželjnem i prihvatljivom ponašanju (danас је aktuelna identifikacija sa negativnim herojima). Kulturni i društveni stavovi mogu da deluju podsticajno ako odobravaju upotrebu psihoaktivnih supstanci, kao što je reklamiranje alkoholnih pića, cigareta, marijuane. Sve je više mišljenja o tome da je pogrešan pristup u traženju glavnih uzroka zavisnosti od marijuane među mladima. Problem je višestruko uslovljen i rešenja su u društvenoj zajednici, u angažovanju celoga društva.

Od posebnog su značaja porodični odnosi. Skoro sva sociopsihološka ispitivanja ukazuju na razorene porodične odnose sa devijantnim ponašanjem ili psihopatologijom njenih članova. U takvim porodicama marijuana može biti zaklon od ambicioznih, preterano strogih, neurotičnih ili čak i teže psihički izmenjenih roditelja. Po sociološkom stanovištu glavni uzroci zloupotrebe marijuane i drugih psihoaktivnih supstanci se nalaze u promenama vrednosnih sistema i dinamike savremene porodice. Savremena porodica se razlikuje od klasične porodice po tome što su njeni članovi u stalnoj trci za zaradom, sticanjem društvenog priznanja i ugleda. Na račun standarda i materijalnih dobara porodični odnosi se dehumanizuju i osiromašuju. Roditelji su sve više materijalni, a sve manje emotivni i moralni oslonac svojoj deci. Zbog emocionalne uskraćenosti, mladi osećaju veliku prazninu u svom duševnom životu i u traganju za smislim postojanja i svojim identitetom. Umesto porodici, okreću se uličnim autoritetima (često negativnim herojima).

Porodični tretman zavisnika od marijuane otkriva disfunkciju porodičnog sistema i nameće zahteve za promenom ponašanja pojedinih članova. Zahtevi najčešće nisu priyatni, jer lišavaju pojedince komformizma i neodgovornog ponašanja i iziskuju trud i napor za zdravo porodično funkcionisanje.

Od porodice se traži poštovanje osnovnih principa fukcionisanja: dogovaranje, planiranje, ravnopravnost u kućnim poslovima, prekid agresivnog ponašanja, jasne komunikcije, ispoljavanje pozitivnih emocija itd.

Rizični faktori za upotrebu droga, marihuane, prema Američkom institutu za prevenciju i istraživanja zavisnosti od droga (NIDA) su:

1. Faktori visokog rizika (problemi u porodici):
  - neuspšno vaspitanje, posebno kod dece sa teškim temperamentom i poremećajem ponašanja;
  - haotično stanje u kući, posebno ako roditelji koriste drogu, nekontrolisano piju alkohol ili pate od nekog mentalnog poremećaja;
  - nedostatak vaspitanja, roditelji se ne angažuju u vaspitanju dece.
2. Drugi rizici, koji se nalaze van porodice, su u školi, među poznanicima, u široj društvenoj zajednici:
  - neusklađeno, nepodesno ponašanje u razredu;
  - neuspeh u školi;
  - slabost u društvenom prilagođavanju i komunikaciji;
  - pripadanje devijantnim grupama, delikventima;
  - stav o prihvatanju i odobravanju upotrebe droga u školi, među poznanicima i u društvu.
3. Faktori koji deluju preventivno, zaštitnički:
  - dobri i snažni porodični odnosi;
  - adekvatan roditeljski nadzor;
  - uspeh u školskim obavezama;
  - društvena aktivnost u školi, sportu, kulturi ili religioznim organizacijama;
  - dobra informisanost i prihvatanje konvencionalnih stavova o upotrebi droge.

Danas u medicinskom pristupu preovladava stav da je glavni etiološki činilac u nastanku zavisnosti od marihuane i ostalih psihoaktivnih supstanci *poremećaj u strukturi ličnosti* (genetska i/ili stečena dispozicija). Jer, neke osobe probaju drogu i postanu narkomani, a druge iz istog socio-kulturnog okruženja probaju i prestanu ili uopšte ne žele da probaju drogu. Isto se događa sa marihanom: 30% onih koji su probali marihanu nastavljaju da je koriste periodično, obično ritualno, u društvu, vikendom. Zbog toga je neki nazivaju „rekreativnom drogom“ (kao alkohol i kokain), a 10% nastavlja da je uzima svakodnevno u vidu „kontinuirane zavisnosti“.

Kod onih osoba koje su nastavile sa uzimanjem droge vodeću ulogu u patogenezi zavisnosti imaju farmakodinamska dejstva droge na centralni nervni sistem i metabolički poremećaji. Istraživanja Kennet Kendletra iz Virdžinije 1988. godine na 1900 ženskih blizanaca su pokazala da je genetski faktor odlučujući u određivanju stepena zavisnosti i da je njegov uticaj od

60% do 80% u odnosu na psihološke i sociološke uzroke, čiji je uticaj znatno manji. Genetska istraživanja nekada deluju obeshrabrujuće na prevenciju zloupotrebe marihuane, jer ako je sve planirano u genima, kao sudbina, kako to možemo da menjamo? Genetika ukazuje na potencijalne mogućnosti, a da li će se one razviti i u kom stepenu veoma zavisi od spoljašnjih okolnosti i psiholoških osobina. Zbog toga je osnovna preventivna poruka: „Nemojte ni probati marihanu, jer ne znate kakva vam je biloška predispozicija.“

Klinička istraživanja pokazuju da preko 40% lečenih zavisnika od marihuane ima izrazite devijacije u strukturi ličnosti. Najčešće dominiraju asocijalne i depresivne crte, zatim shizoidne i histerične, pa paranoidne i narcističke itd. Istraživanja nisu mogla da dokažu da li su navedeni poremećaji prethodili zavisnosti ili su njene posledice.

Svi se danas slažu da je zavisnost od marihuane multifaktorijalno uslovljena biološkim, sociološkim i psihološkim činilocima.

Prema psihijatrijskom stanovištu mogu se grupisati četiri grupe etioloških činilaca (DSM-III-R klasifikacija):

1. **Radoznalost** (kao posledica nesigurnosti i emotivne nestabilnosti):
  - potreba da se smanji disforično osećanje (mrzovoljno-depresivno osećanje);
  - želja da se poboljša funkcionisanje;
  - pritisak sredine da se oseća prijatno i samouvereno (high).
2. **Porodična nesigurnost** (odbacivanje od strane roditelja, preterana očekivanja, nedostatak jednog od roditelja, alkoholizam u porodici itd.).
3. **Psihopatološki poremećaji**. Kad je zavisnost stimptom afektivnih poremećaja, poremećaja ličnosti, neuroza ili težih duševnih oboljenja.
4. **Uslovljeno ponašanje**, ili naučeno ponašanje, navika (habituacija), jer se u početku pri uzimanju droge povećava produktivnost i popravlja raspoloženje.

## LITERATURA

/1/ *Global illicit drug trends*, Unitite Nation Office for Drug Control and Crime Prevention, UN Geneva, 1999; /2/ Vučković, N., *Alkoholizam i narkomanija*, Psihijatrijske osnove i prevencija u školi, Gradska organizacija Crvenog krsta Novog Sada, 1977; /3/ *Rapport mondial sur les drogues*, Program des Nation Unies pour le contrôle international des drogues, Publications dr Nation Unies, 1999; /4/ *Prevention and controlling drug abuse*, World Health Organization, Geneva, 1990; /5/ *Drug money in a changing World: Economic reform and criminal finance*, UNDCP, number 4, New York, 1966; /6/ *Economic and social consequences of drug abuse and illicit trafficking*, UNDPC, number 6, New York, 1966; /7/ *Drug and development*, UNDCP, number 1, New York, 1966; /8/ *The social impact of drug abuse*, UNDPC, number 2, New York, 1966; /9/ *Facing the challenge*, International Drug Control Program, UN Vienna Internationac Centar, 1997; /10/ Stojanović, Z., *Primarna prevencija alkoholizma*, Psihijatrija danas, 1997, 1-2, 243-153; /11/ Bukelić, J., *Droga u školskoj klupi*, Velarta, Beograd, 1997; /12/ Marijanović, R., *Ima ih u klupi 'al u njoj ne rastu*, Viša ekonomksa škola, Valjevo, 1998; /13/ Maremmani, I, *Treating Heroin addicts*, i.e. „Breaking through a Wall

of Prejudices“, Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 1999, Vol. 1, 1, 18; /14/ Dol, V., *Methadone Maintenance Comes of Age*, Heroin Addiction and Related Clinical problems, 1999, Vol. 1, 1, 13–17; /15/ *Addictions in Psychiatry*, N. Miller, W.B. Saunders Company, 1997; /16/ *Kako suzbijati narkomaniju i alkoholizam u zajednici*, Model opštinskog programa, Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Beograd, 1995. (Responding to drugs and alcohol problems in the community, Grand. M. Hodgson, who, Geneva, 1991); /17/ *Adolescent Substance Abuse*, Kaplan and Sadock, Synopsis of psychiatry, Eighth edition, Williams and Wilkins, 1998; /18/ *Religija i duševni život*, Patrijarh Pavle, Pravoslavlje i bolesti zavisnosti, Zbornik radova, Beograd, 1994.

## **SOCIOLOŠKI ASPEKTI ZLOUPOTREBE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI**

Sva istraživanja bolesti zavisnosti zahtevaju sistematizovana ispitivanja koja se sprovode u skladu sa naučnim principima, uz pomoć adekvatnih epidemioloških metoda koje imaju za cilj da dođu do novih saznanja.

Epidemiološka istraživanja bolesti zavisnosti mogu da budu opservaciona i eksperimentalna. Opservaciona istraživanja ili neeksperimentalna istraživanja, a u anglo-saksonskoj literaturi se označavaju kao „observational studies“, se odvijaju bez intervencije istraživača, odnosno zasnivaju se na posmatranju. U okviru opservacionih istraživanja mogu se koristiti deskriptivne (opisne ili „descriptive studies“) i analitičke (etiološke ili „analytic studies“) studije /1-3/.

Deskriptivne studije analiziraju učestalost i distribuciju oboljenja u odnosu na demografske karakteristike obolelih (uzrast, pol, profesiju, rasnu, etničku i versku pripadnost, socijalno-ekonomsko stanje itd.), vreme (hronološka analiza) i mesto javljanja (topografska analiza) bolesti /2/. Drugim rečima, deskriptivne studije daju odgovor na pitanja: ko, kada i gde oboleva ili umire.

U okviru deskriptivnih studija absolutni brojevi obolelih i umrlih retko pomažu da sagledamo pravu veličinu prisutnog poremećaja zdravlja, pa se iz tog razloga najčešće koriste pokazatelji obolenja (incidencija, kumulativna incidencija i prevalencija) i umiranja (mortalitet i letalitet). Uslov za izračunavanje ovih pokazatelia je raspolaganje podacima o stanovništvu (popis stanovništva, procene i projekcije), obolelima (prijava bolesti, registri, hospitalni podaci, podaci ambulantno-polikliničkih ustanova, itd.) i umrlima (prijava uzroka smrti, knjige umrlih) /4-6/.

Rezultati deskriptivne studije izvedene u SAD pokazuju da svake godine umire oko 400.000 ljudi zbog pušenja, 100.000 zbog alkoholizma i još 20.000 zbog korišćenja ilegalnih droga /7/.

Glavni nedostatak deskriptivnih studija, posebno kada se radi o bolestima zavisnosti, je u nepostojanju adekvatnih izvora podataka (registra), a ako oni i postoje mora se voditi računa o njihovom kvalitetu i kompletности.

Međutim, poslednjih godina u svetu se sve veća pažnja posvećuje nadzoru nad nezaraznim bolestima, kao što su bolesti zavisnosti, maligne bolesti, povrede, trovanja, itd. Epidemiološki nadzor predstavlja stalno sistemati-

sko prikupljanje, analizu i tumačenje rezultata u cilju adekvatne prevencije i suzbijanja bolesti. Pre uspostavljanja sistema nadzora neophodno je odrediti populaciju u kojoj će se vršiti nadzor. U mnogim situacijama postoji potreba da se nadzor sprovodi nad osobama koje su dovoljno zainteresovane i pogodne za saradnju (bolesnici određene bolničke ustanove, stanovnici određenih gradova, itd.). U više od 50 država SAD je u toku nadzor nad bolestima zavisnosti /8–14/. Ispitivanja se sprovode pomoću upitnika koji sadrži standardna pitanja vezana za pušenje, upotrebu alkohola i droga. Upitnik se obično popunjava na jedan od sledeća četiri načina: sprovođenjem direktnog intervjuja sa ispitanikom, vođenjem intervjuja telefonski, slanjem upitnika poštom ili unošenjem podataka koje daje ispitanik direktno u kompjuter. U okviru ovih istraživanja obično se izračunava prevalencija („lifetime prevalence“, „last-year prevalence“, „last-month prevalence“) na osnovu određivanja ukupnog broja nekog događaja (ukupan broj konzumenata alkohola ili korisnika droge i duvana) u definisanoj populaciji za određeni period (obično za 7 dana, 30 dana ili godinu dana) koji je prethodio izvođenju studije. Prikupljanjem podataka o uzrastu kada je osoba počela da puši ili da koristi drogu ili alkohol omogućava se izračunavanje incidencije ovih bolesti zavisnosti.

Jedan od vodećih ciljeva javno-zdravstvenog sistema do 2000. godine je redukcija prevalencije pušenja među odraslim stanovništvom na manje od 15% /8/. Centar za kontrolu bolesti iz Atlante (CDC) je analizirao podatke dobijene nacionalnim zdravstvenim istraživanjem (National Health Interview Survey-NHIS) gde su upitnikom prikupljeni podaci o pušenju odraslog stanovništva SAD u 1997. godini /9/.

Ovo vaninstitucionalno istraživanje (NHIS) je bilo bazirano na popunjavanju upitnika od strane nacionalnog reprezentativnog uzorka civilnih lica SAD starih 18 i više godina (N=36.116). Obuhvat je bio 80,4%. Ispitanicima su postavljena sledeća pitanja: „Da li su bilo kada u toku života popušili bar 100 cigareta? Da li puše svakog dana, povremeno ili su nepušači?“ Za sadašnje pušače uzete su osobe koje su pušile 100 ili više cigareta u toku života i koje su pušile svakodnevno ili povremeno u periodu od nekoliko dana pre izvođenja istraživanja. Bivši pušači su definisani kao osobe koje su u toku života popušile 100 i više cigareta, a koje sada ne puše. Sadašnji pušači su davali odgovor i na pitanje: „Da li su tokom poslednjih 12 meseci pokušali da prestanu sa pušenjem?“

Rezultati ukazuju da je u SAD za 1997. godinu prevalencija sadašnjih pušača bila 24,7% (48 miliona ljudi) i da se nije mnogo razlikovala od prevalencije zabeležene u 1995. godini (takođe rezultati NHIS-studije). U 1997. godini, u odnosu na 1995. godinu, je došlo do porasta prevalencije pušenja među osobama uzrasta od 18 do 24 godine (28,7%). Prevalencija ove uzrastne grupe se praktično izjednačila sa prevalencijom pušenja u uzrastnoj grupi od 25 do 44 godine (28,6%) /9/.

U SAD se takođe sprovodi kontrola prenatalne izloženosti alkoholu /10/. Izloženost alkoholu u prenatalnom periodu dovodi do nastajanja defekata na rođenju, mentalne retardacije i različitih drugih neuroloških poremećaja /11/. Jedan od vodećih nacionalnih zdravstvenih ciljeva za 2010. godinu je da se redukuje konzumiranje alkohola među trudnicama /12/. U periodu od 1991. do 1995. godine upotreba alkohola od strane trudnica je značajno porasla, dok je među ženama u generativnom periodu ovaj porast bio beznačajan /13/.

U cilju praćenja kretanja konzumiranja alkohola među ženama reproduktivnog perioda, CDC je analizirao rezultate dobijene od strane Sistema za nadzor nad rizičnim ponašanjem (Behavioral Risk Factor Surveillance System–BRFSS) za period 1991–1999. Ovo vaninstitucionalno istraživanje je bilo bazirano na slučajno izabranim stanovnicima SAD starijim od 18 godina. Podaci su analizirani samo za žene uzrasta od 18 do 44 godine za svih 50 država. Od žena su telefonskim putem uzimani podaci o načinu konzumiranja alkohola (retko, umereno ili često) tokom poslednjih 30 dana pre ispitivanja.

Rezultati studije pokazuju da je u periodu od 1995. do 1999. godine među 107.141 intervjuisanim ženom, uzrasta od 18 do 44 godine, bilo 4,3% (4695) trudnica.

Prevencija onih koji retko konzumiraju alkohol (najmanje 1 piće) tokom trudnoće je opala sa 16,3% u 1995. godini /13/ na 11,4% u 1997. godini i na 12,8% u 1999. godini /10/. Međutim, prevalencija onih koji umereno ( $\geq 5$  pića u bilo kojoj prilici) i često konzumiraju alkohol ( $\geq 7$  pića nedeljno ili umereno konzumiranje u bilo kojoj prilici) u toku trudnoće je i dalje ostala nepromjenjena tokom posmatranog perioda i iznosila je 2,9% u 1995, 1,8% u 1997, i 2,7% u 1999. godini za umereno konzumiranje alkohola i 3,5%, odnosno 2,1%, odnosno 3,3%, za često konzumiranje alkohola /10/.

Međutim, pri tumačenju rezultata ovakvih istraživanja moramo biti svesni njihovih brojnih nedostataka koji se ogledaju u postojanju različitih vrsta pristrasnosti. Tako npr. podaci Sistema za nadzor nad rizičnim ponašanjem su subjektivni podaci, jer ih daju žene – trudnice koje već unapred znaju o štetnom delovanju alkohola na plod (informativna pristrasnost). Takođe, ovo istraživanje je bilo vaninstitucionalno, što znači da nisu obuhvaćene žene koje ređe borave u kući, bez telefona i koje su u nekoj od ustanova - zdravstvene ustanove, starački domovi, itd. (pristrasnost izbora).

Interesantno je i nacionalno istraživanje zavisnosti od droge izvedeno u okviru domaćinstava (National Household Survey on drug abuse) /14/. U ovoj studiji, izvedenoj u SAD, se po prvi put ispituje upotreba nelegalnih droga, alkohola i duvana po uzrastnim grupama, kao i korišćenje različitih vrsta duvana. Istraživanje je prvo izvedeno na reprezentativnom uzorku od 13.000 osoba uzrasta od 12 i više godina, a potom je 1999. godine prošireno na uzorak od 70.000 osoba. U studiju su uključene sve osobe koje žive u domaćinstvu, kao i osobe iz studentskih domova i domova za nezbrinute.

Upotreba droge–kokaina, halucinogena i heroina u 1999. godini nije se značajno razlikovala u odnosu na 1998. godinu. U 1999. godini oko 14,8 miliona Amerikanaca (6,2% populacije uzrasta 12 i više godina) je nelegalno koristilo drogu i to najmanje jednom u prethodnih 30 dana.

Među mladima uzrasta od 12 do 17 godina je bilo 10,9% korisnika droge. U ovoj uzrastnoj grupi tokom 1999. godine nije došlo do izmene u prevalenciji korišćenja kokaina, heroina i halucinogena u odnosu na prethodnu godinu. Drogu su neznatno više koristili dečaci (11,3%) nego devojčice (10,5%). Od svih vrsta droge najčešće je bila korišćena marihuana.

Takođe se procenjuje da je u 1999. godini u Americi bilo 66,8 miliona pušača, što čini 30,2% celokupne populacije uzrasta 12 i više godina. Alkohol u Americi je u 1999. godini konzumiralo oko 105 miliona ljudi tj. 47,3% populacije.

Na osnovu analize učestalosti i distribucije bolesti zavisnosti, kroz navedene deskriptivne studije, može se govoriti o značaju ovog problema i važnosti sprovođenja adekvatnih mera primarne prevencije.

U okviru istraživanja bolesti zavisnosti koriste se, pored deskriptivnih, i analitičke studije. Analitičke studije predstavljaju tip opservacionih studija i sprovode se u cilju testiranja hipoteza dobijenih deskriptivnim studijama. Dok se deskriptivnim studijama analiziraju razlike između posmatranih grupa stanovništva, analitičkim studijama se polazi od pojedinaca koji čine odgovarajuće grupe. Analitičke studije prema vremenu posmatranja mogu biti: 1. longitudinalne studije („follow up studies“), kao što su anamnističke i kohortne studije, kojima se obuhvata period praćenja i 2. transverzalne studije (studije preseka ili „cross-sectional studies“), koje predstavljaju snimak trenutne situacije.

U okviru ispitivanja bolesti zavisnosti često se koriste studije preseka ili transverzalne studije (studije prevalencije). U ovim studijama istovremeno se određuje ekspozicija nekoj naksi i učestalost javljanja neke bolesti /2/. To znači da u studijama preseka možemo da odredimo prevalenciju za eksponirane i neeksponirane osobe ili proporcije eksponiranih među obolelima i neobolelima. Prednosti studija preseka sastoje se u lakoći i brzini izvođenja, malom utrošku sredstava i mogućnosti zaključivanja o populaciji u celini, pošto se obično izvode na celokupnoj populaciji ili njenom reprezentativnom uzorku. Studijama preseka ispituju se prvenstveno hronične bolesti. Glavni nedostatak ovih studija je nemogućnost utvrđivanja uzročno-posledične veze.

**Primer studije prevalencije:** U studiji preseka izvedenoj u Engleskoj i Velsu ispitano je koliko su deca roditelja koji puše pasivno izložena dejstvu duvana /15/. U studiju je uključeno 4034 dece uzrasta od 5 do 7 godina koja su pohađala školu u 10 gradova Engleske i Velsa, od kojih je 5 bilo sa visokom i 5 sa niskom stopom smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti. U okviru studije istovremeno je određivana učestalost pušača među roditeljima i koncentracija

kotinina u salivi njihove dece. Kotinin predstavlja metabolički proizvod nikotina koji služi za kvantitativna merenja pasivne izloženosti duvanu.

Oko 53% dece je bilo pasivno izloženo duvanskom dimu u kući ili vanje. Prosečna koncentracija kotinina je bila 0,29 ng/ml kod dece bez dokazane izloženosti duvanu, a 4,05 ng/ml kod dece čija su oba roditelja pušila. Najveća prosečna koncentracija kotinina od 9,03 ng/ml je zabeležena kod dece čija su oba roditelja pušila više od 20 cigareta dnevno, a najniža među decom čiji su roditelji bili nepušači. Važno je istaći da je visina koncentracije kotinina zavisila i od veličine prevalencije pušača u samoj zajednici.

U istraživanjima bolesti zavisnosti važnu ulogu imaju i anamnističke studije („case-control studies“ ili studije slučaja, kontrolne ili retrospektivne studije) u kojima se uvek polazi od posledice tj. bolesti, pa se zatim identifikuju faktori koji su sa njenom pojmom udruženi /16/. U anamnističkim studijama se prvo vrši izbor grupe obolelih i kontrolne grupe, zatim se epidemiološkim upitnikom prikupljaju upodaci o izloženosti potencijalnim faktorima, a potom se utvrđuje proporcija izloženih osoba u ispitivanim grupama. Hipoteza je potvrđena ako je u grupi obolelih veći broj izloženih ispitivanom faktoru u odnosu na kontrolnu grupu.

Anamnističke studije su u poređenju sa kohortnim studijama jeftinije, lakše izvodljive, kraće traju, obuhvataju manji broj ispitanika, pogodnije su za izučavanje retkih bolesti i mogu se baviti ispitivanjem uticaja većeg broja faktora u nastanku neke bolesti. Međutim, ne smeju se zaboraviti ni njihove mane, koje se ogledaju u teškom izboru adekvatne kontrolne grupe, nepouzdanosti podataka o izloženosti, jer se zasnovaju na sećanju, i u nemogućnosti direktnog izračunavanja relativnog rizika.

**Primer anamnističke studije.** U Xi'an-u, Kina, sprovedena je anamnistička studija sa ciljem da se ispita da li pasivno pušenje predstavlja faktor rizika za nastajanje koronarnog srčanog oboljenja /17/.

Grupu obolelih činilo je 59 osoba sa koronarnim srčanim oboljenjem (incidentni slučajevi sa okluzijom većom od 50% na jednoj od velikih arterija srca), a kontrolnu grupu 126 osoba bez arterijske stenoze. Sve ispitanice su bile žene sa punim radnim vremenom koje nikada nisu aktivno pušile. Upitnikom su od svih ispitanica prikupljeni demografski podaci, podaci o ličnoj i porodičnoj anamnezi, aktivnom i pasivnom pušenju kako na poslu tako i u kući od strane muža, konzumiranju alkohola, fizičkoj aktivnosti i psihosocijalnim faktorima. Pasivno pušenje žena usled izlaganja duvanu u kući je uzeto u obzir samo ako muž puši u kući duže od 5 godina. Pasivno pušenje žena na poslu je definisano kao boravak osobe u kancelariji gde osobe puše duže od 5 godina.

Žene pasivni pušači usled izlaganja duvanu od strane svojih muževa imale su oko 2,2 (95% interval poverenja (IP) = 1,06 – 4,25), a žene pasivni pušači koje su duvanu bile izložene na poslu oko 2,5 (IP = 1,23 – 4,88)

puta značajno veći rizik da obole od koronarnog oboljenja srca nego kontrole. Kontrolom na potencijalne konfaunding varijable (uzrast, pozitivna anamnese za hipertenziju, ličnost tipa A, ukupan holesterol i HDL-holesterol) kao nezavistan faktor rizika za koronarno oboljenje srca je i dalje za žene bilo pasivno pušenje, kako u kući ( $OR = 1,24$ ;  $IP = 0,56 - 2,72$ ) tako i na poslu ( $OR = 1,85$ ;  $IP = 0,86 - 4,00$ ). Rizik od koronarnog oboljenja srca je linearno rastao sa veličinom izloženosti pasivnom pušenju na poslu (tj. sa brojem popušenih cigareta dnevno, brojem pušača u sobi, brojem sati izloženosti duvanu dnevno, kumulativnom izloženošću). Pasivno pušenje predstavlja faktor rizika za nastajanje koronarnog oboljenja srca pa je iz tih razloga neophodna zaštita nepušača od pasivnog pušenja.

Glavni nedostatak navedene studije je postojanje informativne pristrasnosti (prisećanje o izloženosti potencijalnim faktorima rizika – pasivnom pušenju) i pristrasnosti izbora (adekvatnost dijagnostičkog kriterijuma i problem izbora adekvatne kontrolne grupe).

U cilju ispitivanja bolesti zavisnosti, pored studija preseka i anamnestičkih, koriste se i kohortne studije. Kohortne studije („cohort studies“) su studije u kojima se polazi od pretpostavljenog uzroka i posmatra njegova uloga u obolenju /2, 4, 5/. U kohortnoj studiji prvo se vrši izbor kohorte (grupe ljudi sa nekim zajedničkim iskustvom), a po dobijanju informacije o eksponiranosti kohorta se deli na kohortu izloženih i neizloženih. U dobijenim kohortama se potom prati učestalost javljanja bolesti za određeni vremenski period. Veća učestalost pojave oboljenja među kohortom eksponiranih u odnosu na kohortu neeksponiranih ide u prilog potvrde hipoteze. Postoje dve vrste kohortnih studija: retrospektivne i prospektivne. U prospektivnim kohortnim studijama se na obrazovanje kohorte nadovezuje dug period praćenja u cilju utvrđivanja razlika u pojavi poremećaja zdravlja. U retrospektivnim kohortnim studijama problem dugog čekanja se prevazilazi izborom kohorte u kojoj je ne samo agens delovao u prošlosti, već se i njegov efekat ispoljio pre početka istraživanja.

Kohortne studije su u poređenju sa anamnestičkim studijama skuplje, teže izvodljive, duže traju, zahtevaju veći broj ispitanika, ne mogu se koristiti za retke bolesti i u njima dolazi do osipanja podataka tokom posmatranog perioda. Međutim, i pored ovih nedostataka kohortne studije imaju svoje prednosti, kao što su: lakši izbor kontrolne grupe, veća pouzdanost podataka o izloženosti, direktno izračunavanje stope i relativnog rizika i ispitivanje uticaja jednog faktora rizika za više bolesti.

**Primer kohortne studije.** U Stokholmu, Švedska, izvedena je prospektivna kohortna studija /18/ sa ciljem da se ispita uticaj pušenja roditelja na pojavu pušenja kod njihove dece. U studiju je bilo uključeno 2232 adolescenta prosečne starosti 11,6 godina. Adolescenti su praćeni od 5. do 8. razreda školovanja. Podaci o demografskim i pušačkim navikama (bivši ili sadašnji

pušač) prikupljeni su od strane dece i roditelja na početku i na kraju istraživanja. Oko 2,7 puta veći rizik da puše imala su deca čija su oba roditelja pušila (kohorta izloženih) u odnosu na decu čiji roditelji nisu bili pušači (kohorta neizloženih).

Eksperimentalne ili interventne studije su studije koje se takođe koriste u istraživanjima bolesti zavisnosti. Ove studije se odvijaju pod kontrolom istraživača koji svesno manipuliše sredstvom čiju efikasnost ispituje /2/. Eksperimentalne studije u poređenju sa drugim epidemiološkim studijama pružaju najjači dokaz o postojanju uzročno-posledičnog odnosa. U kontrolisanom eksperimentu uvek pored eksperimentalne grupe postoji i kontrolna grupa. Randomizacijom (metodom slučajnog izbora) ispitanici se razvrstavaju u eksperimentalnu i kontrolnu grupu. Postoje tri različite vrste eksperimentenata: klinički, terenski i eksperiment u društvenoj zajednici. U kliničkim eksperimentima obično se nad bolesnicima ispituje efikasnost nekog sredstva u lečenju ili prevenciji recidiva i komplikacija nekog oboljenja /19/. U terenskom eksperimentu ispituje se efikasnost nekog preventivnog sredstva. Eksperiment se izvodi nad zdravom populacijom i to obično onom gde je veća učestalost javljanja bolesti, da bi se efekti ispitivanog sredstva ili postupka što brže ispoljili. Eksperiment u društvenoj zajednici se takođe izvodi nad zdravom populacijom u cilju ispitivanja efekta nekog preventivnog sredstva, s tim što u ovom eksperimentu jedinica ispitivanja nije pojedinac nego grupa ljudi /1, 2, 5/.

U okviru eksperimentalnih studija mogu da se javе sledeći problemi: ograničena izvodljivost, neadekvatan odziv ispitanika, osipanje podataka, etičnost izvođenja i veliki troškovi istraživanja.

**Primeri eksperimentalnih studija.** U studiji Moore-a i Budney-a ispitate su razlike u efektima edukativnog tretmana između sadašnjih i bivših pušača i nepušača /20/. U studiju su bile uključene 174 osobe zavisne od upotrebe marihuane. Rezultati studije ukazuju da su sadašnji pušači imali značajno ređe negativan urin na marihuanu, kao i manji broj nedelja apstinencije nego bivši pušači. Sadašnji pušači zavisni od marihuane imali su i veće psihosocijalne probleme u odnosu na nepušače. I druge studije ukazuju da sadašnji pušači obično ne daju tako dobar odgovor na terapiju kao bivši pušači.

U eksperimentalnoj studiji izvedenoj u SAD ispitana je efektivnost edukativnog porodičnog programa u prevenciji pušenja i konzumiranja alkohola od strane adolescenata /21/. Adolescenti, uzrasta od 12 do 14 godina i njihove porodice su metodom slučajnog izbora odabrani iz celokupne populacije SAD. Nakon sprovedenog intervjua, ispitanici su razvrstani randomizacijom na one koji dobijaju i one koji ne dobijaju izabrani program. Program se sastojao u slanju poštom adekvatnih brošura i telefonskih kontakata sa zdravstvenim edukatorima. Ispitanici su telefonski praćeni i intervjuisani posle 3 i 12 meseci od izvedenog programa.

Pušenje je značajno redukovano za 16,4% za godinu dana, a za 25% kod belaca ne-hispanског porekla. Međutim, dati program nije se pokazao efektivnim za druge rase i etničke grupe.

U Engleskoj je sproveden randomizovani kontrolisani eksperiment sa ciljem da ispita efikasnost edukativnog programa na prestanak pušenja kod osoba sa preležanim infarktom miokarda /22/. U studiju je uključeno 540 pušača hospitalizovanih u 17 bolnica Engleske zbog preležanog infarkta miokarda ili zbog ugradnje bajpasa. Kontrolna grupa je dobijala uobičajene usmene savete o štetnosti duvana i standardnu brošuru „Pušenje i vaše srce“. Eksperimentalna grupa je podvrgavana programu edukacije koji je trajao 20-30 minuta i koji se sastojao od čitanja brošura o ugljen monoksidu, deljenja specijalnih brošura, testiranja znanja o pušenju, diskutovanja sa ljudima koji su prestali sa pušenjem i uzimanja potvrda da osobe žele da prekinu sa pušenjem.

Apstinencija u trajanju od 6 nedelja i 12 meseci je proverena upitnikom i određivanjem biohemiskih parametara. Posle 6 nedelja u kontrolnoj grupi 151 (59%) osoba nije pušila, a u eksperimentalnoj grupi 159 (60%) osoba nije pušilo ( $p=0,84$ ). Posle 12 meseci 102 (41%) osobe u kontrolnoj i 94 (37%) u eksperimentalnoj grupi i dalje nisu pušile ( $p=0,40$ ). Međutim, pacijenti koji su dali izjavu da žele da prekinu sa pušenjem su skoro dva puta češće ostvarili apstinenciju nego oni koji je nisu dali ( $p<0,01$ ). Mala zavisnost prema pušenju i velika motivacija da se prestane sa pušenjem su glavni nezavisni uzroci pozitivnog ishoda edukacije.

Negativan ishod ovog eksperimenta može se objasniti činjenicom da jedna edukativna intervencija u trajanju od 20 do 30 minuta nije dovoljna da pokrene strastvene pušače da prestanu sa pušenjem. I druge studije su pokazale da se rezultati edukativne intervencije mogu očekivati tek posle 8 intervencija sa ukupnim trajanjem od 3½ sata /23, 24/.

U Oregonu, SAD, je sproveden randomizovani kontrolisani eksperiment sa ciljem da se prevenira pušenje kod adolescenata /25/. U osam oblasti Oregona, koje su metodom slučajnog izbora odabrane, sprovedeni su edukativni programi samo u školama ili i u školama i u celoj društvenoj zajednici. Efekti programa su praćeni tokom pet godina tj. praćeni su adolescenti od 12. do 15. godine života. Edukativni program koji se sprovodio u zajednici sastojao se iz medijske propagande, razgovora sa porodicom o pušenju, analizi uloge mladih u borbi protiv pušenja i redukciji pristupa mladih duvanu.

Edukativni program u društvenoj zajednici je značajno redukovao prevalenciju pušača. Ovim programom redukovan je među studentima i broj korisnika alkohola i marihuane. Rezultati ove studije ističu da edukativni programi koji se sprovode u društvenoj zajednici značajno poboljšavaju rezultate koje daju školski edukativni programi.

Na osnovu svih navedenih epidemioloških studija: deskriptivnih, analitičkih i eksperimentalnih može se konstatovati da bolesti zavisnosti pred-

stavljuju veliki društveni problem i da su dalja istraživanja neophodna u cilju pronalaženja adekvatnih mera primarne prevencije.

## LITERATURA

- /1/ Grupa autora: *Metodologija NIR*, Velarta, Beograd, 1999; /2/ Gordis, L., *Epidemiology*, 2nd ed., WB Saunders Philadelphia, 2000; /3/ Radovanović, Z., *Epidemiološki rečnik*, Medicinski fakultet, Beograd, 2001; /4/ Lilienfeld, D.E., Stolley, P.D., *Fondations of Epidemiology*, 3rd edition, Oxford: Oxford University Press, 1994; /5/ Mac Mahon, B., Trichopoulos, D., *Epidemiology – Principles and Methods*, 2nd edition, Boston: Little, Brown and Company, 1996; /6/ Rothman, K.J., Greenland, S., *Modern epidemiology*, 2 nd edn, Lippincot-Raven, Philadelphia, 1998; /7/ McGinnis, J.M., Foege, W.H., *Actual causes of death in the United States*, JAMA 1993, 270:2207–12; /8/ US Department of Health and Human Services, The health consequences of smoking: chronic obstructive lung disease – a report of the Surgeon General, Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public health Service, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1984, DHHS publication no. (PHS) 84-50205; /9/ *Cigarette smoking during among adults-United State*, 1997, MMWR 1999, 48(43):9-93-996; /10/ *Cigarette Smoking During the Last 3 Months of Pregnancy Among Women Who Gave Birth to Live Infants – Maine*, 1988-1997, MMWR 2002, 51(13):273-276; /11/ Jacobs, E.A., Copperman, S.M., Jeffe, A., Kulig, J., *Fetal alcohol syndrome and alcohol related neurodevelopmental disorders*, Pediatrics 2000, 106:3-58-61; /12/ US Department of Health and Human Services, Healthy People 2010. (conference ed, in 2 vols), Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2000; /13/ CDC, *Alcohol consumption among pregnant and childbearing-aged women*, United States, 1991, and 1995, MMWR, 1997, 46:346-50; /14/ NCADI, Report: 1999, *National Household Survey on Drug Abuse*, <http://www.health.org/govstudy/bkld376/tableoffrontents.aspx>; /15/ Cook GD, Whincup, P.H., Jarvis, M.J., Strachan, D.P., Papacosta, O., Bryant, A., *Passive exposure to tobacco smoke in children aged 5–7 years: individual, family, and community factors*, BMJ 1994, 308:384–389; /16/ Schlessman, J.J. with contributions by Stolley, P.D., *Monographs in epidemiology and biostatistics*, Case-control studies, design, conduct, analysis, New York, Oxford University Press, 1982; /17/ He, Y., Lam, T.H., Li, L.S., Li, L.S., Du, R.Y., Jia, G.L., Huang, J.Y., Zheng, J.S., *Passive smoking at work as a risk factor for coronary heart disease in Chinese women who have never smoked*, BMJ, 1994, 308:380-384; /18/ Rosendahl, K.I., Galanti, M.R., Gilljam, H., and Ahlbom, H., *Smoking mothers and snuffing fathers: behavioural influences on youth tobacco use in a Swedish cohort*, Tobacco Control 2003, 12:74–78; /19/ Fletcher, R.H., Fletcher, S.W., Wagner, E.H., *Clinical epidemiology (the essentials)*, Baltimore/London, Williams and Wilkins, 1996; /20/ Moore, B.A., Budney, *Tobacco smoking in marijuana-dependent outpatients*, J. Subst Abuse 2001, 13:583-596; /21/ Bauman, K.E., Foshee, V.A., Ennett, S.T., Pemberton, M., Hicks, K.A., King TS and Koch GG, *The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol use*, America Journal of Public Health 2001, 91:604–610; /22/ Hajek, P., Taylor, T., Mills, P., *Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial*, BMJ 2002, 324:87-89; /23/ Klesges, R.C., Haddad, C.K., Talcott, G.W., *Efficacy of forced smoking cessation and an adjunctive behavioral treatment on long-term smoking rates*, J Consult Clin Psychol 1999, 67:952–956; /24/ Hajek, P., West, R., Lee, A., Foulds, J., Owen, L., Eiser, R. et al., *Randomised controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy*, Addiction 2001, 96:485–494; /25/ Biglan, A., Ary, D.V., Smolkowski, K., Duncan, T., Black, C., *A randomised controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use*, Tob Control 2000, 9:24–32.

## **DUŠEVNI POREMEĆAJI – UZROK I POSLEDICA ZLOUPOTREBE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI**

Sam naslov ukazuje na svu složenost odnosa između duševnih poremećaja, primarno nastalih, koji mogu biti i uzrok, ali i posledica zloupotrebe psihohaktivnih supstanci.

Prava priroda ovih međuzavisnih odnosa, tj. identifikovanje mesta uzroka i posledice može biti od značaja za adekvatnije usmeravanje pravca terapijskog delovanja.

Naš je zadatak da ukažemo na primarne psihiatrijske poremećaje koji mogu da dovedu do zloupotrebe nekih od postojećih droga ali isto tako da ukažemo na psihohaktivne supstance koje nakon predoziranja tj. akutne intoksikacije ili nakon njihove dugotrajne tj. hronične zloupotrebe mogu da proizvedu, pogoršaju ili modifikuju već postojeće oblike psihiatrijskih poremećaja.

U pružanju odgovora na postavljena pitanja pošli bismo od jedne nemile činjenice da je narkomanija izbila po prostranstvu u prvi plan i da danas predstavlja planetarni problem. Uprkos brojnih neslaganja, mišljenja smo da narkomanija treba da bude shvaćena kao specifična nozološka jedinica tj. kao najteži oblik duševnog poremećaja, koji se ego-strukturalno nalazi pored narcističke depresije ili bliže „između magičnog i depresivnog stanja“ (Federn).

Ako se etiologija narkomanije shvati kao oblik patološke strasti onda je razumljivo da između narkomanije i kruga bipolarnih afektivnih poremećaja postoji i genetska sličnost i sličnost mehanizama odbrane. Naime, narkoman se isto kao i depresivna osoba brani euforičnim raspoloženjem.

Znači, narkomanija poput manje psihodinamski treba da se shvati kao trijumf nagonskog dela ličnosti (Ida) nad Super-egom, što se primarno ispoljava kroz dominaciju principa zadovoljstva (I. Nastović).

U daljem tekstu sledi zaključak da svaka patološka strast, pa i narkomanija, predstavlja neuspeli surogat za izgubljenu vezu sa majkom. Međutim, kako taj model dvojnog jedinstva sa majkom deluje i tokom celog života i u isto vreme određuje sve naše interpersonalne komunikacije određene indidue koje nisu u stanju da uspostave libidinozne veze sa drugim osobama predstavljaju predispoziciju za formiranje nekog od oblika patološke strasti.

Uzgred, da podsetimo da ekstremno patološku formu emocionalne vezanosti za majku viđamo kod simbiotičke psihoze – gde dete nije u mogućno-

sti da toleriše i najkraće odsustvo majke, isto onako kao što i narkoman ne podnosi nemanje droge.

Ovakav pogled na problem nas dovodi do zaključka da narkomanska strast (žudnja) nije samo uslovljena spolja već i iznutra kada su u pitanju osobe sa oskudnom ego-kontrolom, tj. slabog ega sa dominirajućim principom zadovoljstva i bez kapaciteta za tolerisanje unutrašnje napetosti.

Iz dosadašnjih razmatranja proizilazi da je bitna ličnost, čije i nasleđe ali i okruženje imaju udela u njenom formiranju. Većina stručnjaka koja se bavi problemom zavisnosti se slaže da postoje izvesne zajedničke karakteristike u strukturi ličnosti sklonih formiranju zavisnosti.

Ove karakteristike kao predisponirajuće obuhvataju:

- nisku frustracionu toleranciju,
- osećanje niže vrednosti,
- osećanje straha,
- osećanje dosade,
- osećaj bespomoćnosti, i
- zavisnost od drugih.

**Frustraciona tolerancija se odnosi na količinu stresa koja se može podneti pre pojave neprijatnog osećanja, ljutnje i anksioznosti.** Poznato je da se ljudi veoma razlikuju po sposobnosti da tolerišu frustraciju i stres. Oni koji ne podnose dobro stres pribegavaju primamljivoj opciji koja se ogleda u želji za bekstvom. Na ovaj način droga i alkohol za neke osobe mogu biti put u bekstvo. Vremenom podnošenje frustracije postaje sve teže, a ovakav vid ponašanja postaje navika iz koje se stvara zavisnost. Osobe sa trajnim osećanjem niže vrednosti, putem zloupotrebe supstanci nastoje da nađu oslobađanje od ovakvog osećanja. Alkohol i droge proizvode osećanje lažnog pouzdanja pa se na ovaj način mogu naći u zamci dejstava arteficijelnih sredstava.

Osobe koje u sebi nose strah, zloupotrebom psihoaktivnih supstanci mogu da umanje strah, a vremenom formiraju zavisnost. Osobe sa osećanjem dosade, u očajničkoj želji da se ona izbegne, pokušavaju da promene realnost putem upotrebe jedne od brojnih supstanci koje izazivaju zavisnost.

Osobe koje se osećaju bespomoćno i slabo imaju potrebu za bekstvom, jer trpe u ličnom životu neuspehe, nezadovoljstva i bivaju frustrirane.

Osobe sklone ka emotivnoj zavisnosti od drugih takođe se oslanjaju na alkohol i droge tj. traže pomoć uvek spolja, a ne iz sopstvenih kapaciteta.

Osnovno pitanje na koje treba da odgovorimo ima u vidu primarne psihijatrijske poremećaje koji mogu biti uzrok konzumiranju droga. Pre svega tu spadaju osobe iz grupe psihopatija odnosno, iz velike porodice tzv. poremećaja ličnosti. Poznato nam je da ove ličnosti u svom trijasu ispoljavaju promene i to konstantno u svakodnevnom emocionalnom životu, bilo kao depresivnost, emocionalna labilnost ili anksioznost. Upravo iz ovih psihopatoloških poremećaja afektiviteta niče i njihova potreba za zloupotrebom alkohola

i opojnih droga. Vodeća kategorija su agresivne psihopate sa antisocijalnim ponašanjem, koje pretežno konzumiraju alkohol u kombinaciji sa stimulativnim sredstvima kao što su kokain i amfetamini. Pasivno-zavisne psihopatske ličnosti sklone su da pribegnu korišćenju heroina, alkohola i steroida. Literatura poznaje tzv. „Bodi bilder“ psihoze nastale prekomernom i dugotrajnom upotreboom steroida.

Tzv. granična stanja (Border-line) koja se karakterišu oscilacijom nivoa svesti ili tzv. mentalnom konfuzijom često pribegavaju upotrebi droge.

Zloupotreba psihоaktivnih supstanci se ređe sreće i kod pojedinih osoba iz drugih kategorija mentalno obolelih. To se u prvom redu odnosi na manji broj shizofrenih. Ima autora koji su naveli i statističke podatke o signifikantnoj razlici o zloupotrebi psihоaktivnih supstanci kod shizofreno obolelih u odnosu na kontrolnu grupu zdrave populacije.

Psihijatrijska praksa koristi antiholinergike kao korektivna sredstva protiv neuroleptičkih sporednih dejstava. Dešava se da lekari ordiniraju visoke doze ovih sredstava ili da sami pacijenti, godinama na neuroleptičkoj terapiji, sami povećavaju dozu antiholinergika. U literaturi su opisani slučajevi prekomerne upotrebe benztropina, triheksifenidila i prociklidina. Upravo ove supstance izazivaju euforiju, relaksiraju i energiziraju. Istoče se da najizraženije euforizantne sposobnosti poseduje triheksifenidil (Artane), ali raspolaže i stimulativnim dejstvom na psihomotornu aktivnost. Praktično potencijal antiholinergika za zloupotrebu centriran je na otklanjanje mogućeg razvoja postpsihotične depresije, disforije ili stanja sa dominantnom negativnom semilogijom. Smith (1980) izveštava o aktivirajućem i pozitivnom efektu triheksifenidila na raspoloženje i kod osoba koje nisu na neuroleptičkoj terapiji.

Odgovor na drugo pitanje glasi – zloupotreba droga u bolestima zavisnosti ne samo da dovodi do karakterističnog izmenjenog ponašanja, nego je veoma često i uzrok oštećenja različitih organa i sistema i njihovog funkcionisanja. Komplikacije zloupotrebe droga zahvataju centralni nervni sistem, što se ogleda u pojavi kortikalne depresije, poremećaja funkcije spavanja tipa diszomnije, a u emocionalnoj sferi razvija se sindrom apatije i poremećaj volje kao hipobolični ili abulični poremećaj.

Na kraju, javljaju se i produktivni psihotički fenomeni tipa halucinacija i sumanutih ideja.

Na ovom mestu treba naglasiti da je uvek prisutna malnutricija, kao značajan činilac u genezi slabljenja imunološkog odbrambenog sistema celokupnog organizma.

U sklopu pomenutih poremećaja na jednoj etapi zloupotrebe psihоaktivnih supstanci javljaju se i kognitivne smetnje: mišljenje postaje konfuzno i usporen, a pamćenje otežano. U pogledu socijalnog funkcionisanja prisutna je opšta psihosocijalna neefikasnost i anergičnost.

Prolongirana zloupotreba hipnotika (deluju na sve stukture CNS) može da dovede do psihotičkih ispoljavanja, zbog čega se ne preporučuje da njihova primena traje duže od dve nedelje.

Predoziranje, tj. prekomerna upotreba stimulativnih sredstava, može da izazove atake hipomanije.

Predoziranje sedativno-hipnotičkih narkotika izaziva depresivne kliničke slike koje se po prestanku dejstva narkotika spontano povlače.

Zloupotreba više psihоaktivnih supstanci kroz određeni vremenski period može da proizvede izolovan amnestički sindrom, pravi psihotični šub, sve do pojave složenijeg organskog mentalnog poremećaja.

Hronična zloupotreba amfetamina izaziva tranzitorne psihotičke manifestacije sa naglašenim paranoidnim sadržajima. Uz to, njihova zloupotreba može da dovede do pojave hipertenzivnih kriza, a ove da izazovu prskanje aneurizmatičnih i fragilnih krvnih sudova mozga, a u psihičkoj sferi uvek nastaju razdražljivost, euforija i apatija.

Halucinogene supstance u većim dozama provociraju psihotične reakcije sa pratećim paničnim atacima. Opisane su i moguće konvulzije i abruptni suicidalni raptusi.

Dugotrajna zloupotreba marijuane, koja se usporeno eliminiše i dugo zadržava u organizmu, kod adolescenata izaziva amotivacioni sindrom ireverzibilne prirode, koji karakterišu: apatija, abulija, aproseksija, oštećeno pamćenje i za okolinu upadljivo njihovo nekonistentno ponašanje.

Zloupotreba inhalanata (lepk), naftne pare i olova izaziva sindrom encefalopatiјe koji se na kliničkom planu ogleda u difuznom defektnom mentalnom funkcionisanju, tj. kao hronični moždani psihosindrom.

Heroin uništava minerale i dovodi do povećanog gubitka natrijuma, što se tumači štetnim delovanjem na funkciju tubularne reapsorpcije. U pitanju je teška zavisnost koja globalno uništava ličnost.

Za praksu je važno znati da naglo nastale kome ili stupori govore za akutnu intoksikaciju tj. predoziranje – namerno ili akcidentalno izazvane.

Akutne intoksikacije drogama na psihičkom planu po pravilu izazivaju:

1. Poremećaje ponašanja,
2. Psihijatrijske različite kliničke slike,
3. Egzarcebacije postojećih psihiatrijskih poremećaja kao, i
4. Združene somato-psihičke poremećaje.

U principu psihоaktivne supstance mogu da izazovu nov, da pogoršaju, prikriju ili ublaže kliničku sliku primarnog duševnog poremećaja, što u praksi otežava snalaženje terapeuta za diferencijaciju duševnog poremećaja koji je u konkretnom slučaju uzrok ili posledica zloupotrebe psihоaktivnih supstanci.

## LITERATURA

- /1/ Laurence R.D., Bennett N.P., *Lijekovi i duševne bolesti, psihotropni ili psihоaktivni lijekovi*, Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb, 1988; /2/ Lokar J., *Psihofarmakoterapija*, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1990; /3/ Kaplan H.I., Freedman A.M., Sadock B.J., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams and Wilkins, New York, 1992; /4/ Milovanović D., *Klinička psihofarmakoterapija*, Bareks, Beograd, 1999; /5/ Pavun S., *Adolescencija, marihuana i dizajnirana droga*, Manuskript, 2003; /6/ Milovanović D., Vesel, *Lečenje i rehabilitacija narkomana*, Zbornik radova Prvog Jugoslovenskog simpozijuma o narkomanijama, Beograd, 1972.

**Prim. dr Dragan Ilić, mr sci. med.**

Direktor Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata, Beograd, Predsednik JAZAS

## NARKOMANIJA I SIDA

SIDA (sindrom stečenog gubitka imuniteta) ili AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) je težak sindrom bolesti prvi put prepoznat 1981. godine. Sida predstavlja krajnji stadijum infekcije virusom humane imunodeficiencije (HIV). Infekcija izazvana HIV-om može godinama da protiče bez znakova i simptoma bolesti, ali od trenutka zaražavanja osoba je nosilac ovog virusa i može ga preneti drugima.

Posle infekcije HIV-om kroz nekoliko nedelja ili meseci (najčešće od tri do šest meseci) kod određenog broja inficiranih osoba dolazi do pojave akutnog oboljenja koje podseća na gripozno stanje sa osećanjem slabosti i traje od jedne do dve nedelje. Posle ovog akutnog perioda znaci ili simptomi se ne moraju pojavljivati mesecima ili godinama. Težina kasnijih oboljenja je uglavnom srazmerna stepenu poremećaja imunog sistema organizma.

Od 5. juna 1981. godine kada je zvanično počela svetska epidemija HIV/AIDS bolesti pa sve do danas, menjale su se terminologija, epidemiološka slika i epidemiološke karakteristike HIV/AIDS-a u svetu i kod nas. Napravljen je veliki napredak u izučavanju etiologije i patogeneze i jasno su definisani uzroci HIV/AIDS epidemije. Osavremenjeni su testovi za detekciju virusa, dobijeni su dokazi o kontaktu virusa i ćelije, a evidentno je da se ulažu veliki napori za otkrivanje novih lekova i poboljšanje antiretroviralne terapije.

Za sve ovo vreme u svetu se beleži porast broja inficiranih i obolelih, tako da HIV/AIDS epidemija dostiže pandemiske razmere.

## NEKE EPIDEMIOLOŠKE KARAKTERISTIKE HIV/AIDS BOLESTI

### Etiologija

Virus humane imunodeficiencije (HIV), uzročnik infekcije, pripada grupi retrovirusa. Identifikovana su dva tipa: tip 1 (HIV-1) i tip 2 (HIV-2). Ova dva virusa su serološki i geografski relativno različita, ali imaju slične epidemiološke karakteristike. Tip 1 je patogeniji.

Iako je AIDS prvi put prepoznat kao poseban klinički entitet 1981. godine, retrospektivno je otkriveno da su izolovani slučajevi prijavljivani tokom sedamdesetih godina u SAD i nekoliko drugih delova sveta – na Haitiju, u

Africi i Evropi. Procenjuje se da je od početka epidemije pa do kraja 2002. godine ukupno u svetu bilo inficirano 70 miliona ljudi. Kumulativni i godišnji broj inficiranih, obolelih i umrlih od AIDS-a najviši je u zemljama podsaharske Afrike.

AIDS je uzrokovao smrt više od 28 miliona ljudi. HIV-1 je češće zastupljen u svetu uopšte, dok je HIV-2 nalažen prvenstveno u zapadnoj Africi i u nekim slučajevima u drugim zemljama, ako su bili epidemiološki povezani sa ovim regionom.

Ne postoji zemlja na našoj planeti koja je „imuna“ na HIV/AIDS bolest. Ubrzo nakon pojavljivanja, HIV/AIDS dostiže epidemijske razmere i postaje jedan od vodećih problema sveta.

Rezervoar zaraze je čovek, zaražen i oboleo.

HIV se može preneti sa jedne na drugu osobu seksualnim kontaktom, zajedničkim kontaminiranim iglama i špricevima, transfuzijom zaražene krvi ili njениh komponenti ili transplantacijom zaraženih tkiva ili organa. Iako se ponekad virus može naći u pljuvački, suzama, urinu i bronhijalnim sekretima, nisu opisani slučajevi prenošenja nakon kontakata sa ovim izlučevinama. Rizik prenošenja HIV-a seksualnim odnosom je manji od rizika prenošenja drugih seksualno prenosivih agenasa. Ipak, prisustvo druge seksualno prenosive bolesti, naročito neke ulcerativne, može znatno olakšati prenošenje HIV-a. Glavne determinante seksualne prenosivosti HIV-a su oblik i prevalenca seksualnog rizičnog ponašanja, kao što je seksualni odnos bez zaštite i sa više partnera.

Prepostavlja se da rizik prenošenja infekcije oralnim seksom nije veliki.

Nema laboratorijskih ni epidemioloških podataka da su ubodi insekata preneli HIV.

Oko 15% do 30% odojčadi HIV pozitivnih majki zarazi se pre, tokom ili ubrzo nakon rođenja. Lečenje trudnica antiretrovirusnim lekovima, doveđi do znatne redukcije infekcije odojčadi. Dojenjem se, takođe, može preneti HIV infekcija i tako nastaje do 50% HIV transmisije sa majke na dete.

Posle direktnog izlaganja zdravstvenih radnika krvi HIV inficirane osobe preko povreda iglama i drugim oštrim predmetima, stopa serokonverzije je ispod 0,5%, znatno niža od rizika nastanka hepatitis B infekcije (oko 25% nakon slične izloženosti).

Inkubacioni period može biti različit. Mada je vreme od infekcije do detekcije antitela u principu jedan do tri meseca, vreme od infekcije do dijagnoze AIDS-a kreće se od manje od godinu dana do 15 i više godina. Bez efikasnije anti-HIV terapije, polovina zaraženih odraslih osoba će razviti AIDS za 10 godina od infekcije. Prosečan inkubacioni period kod dece je kraći. Od kako je sredinom devedesetih efikasnna anti-HIV terapija postala pristupačnija inficiranim u razvijenim zemljama sveta, značajno je usporen razvoj AIDS-a u tim sredinama.

Period zaraznosti počinje vrlo brzo nakon infekcije i traje tokom čitavog života. Epidemiološki podaci sugerisu da je infektivnost veća sa većom imunondeficijencijom, pojmom kliničkih simptoma i prisustvom drugih seksualno prenosivih infekcija (SPI). Epidemiološke studije ukazuju da je infektivnost visoka i na samom početku infekcije.

Pretpostavlja se da je prijemčivost opšta: izgleda da rasa, pol i trudnoća nemaju uticaja na prijemčivost infekcije niti AIDS-a. Prisustvo drugih SPB, kao i odsustvo cirkumcizije kod muškaraca mogu da pospeše infekciju. Moguće je da je uticaj odsustva ili prisustva cirkumcizije povezan sa nivoom higijene penisa uopšte. Jedino uzrast u vreme infekcije utiče na brzinu progresije HIV infekcije u AIDS. Adolescenti i odrasli koji su zaraženi HIV-om u mlađem uzrastu, sporije napreduju do AIDS-a od inficiranih u starijem uzrastu.

Praktično sve zemlje sveta su razvile program prevencije AIDS-a i program zaštite. Programi prevencije HIV/AIDS-a su najefikasniji kad postoji puna politička i društvena odlučnost da se oni zaista u praksi i sprovedu.

Nakon infekcije HIV-om, za nekoliko nedelja ili meseci, kod jednog broja (oko 35%) inficiranih osoba nastaje akutno oboljenje nalik gripoznom stanju ili mononukleozi koje traje od jedne do dve nedelje. Posle toga inficirani mogu biti bez kliničkih znakova ili simptoma bolesti mesecima ili godinama. Težina kasnijih oportunističkih infekcija ili kancera vezanih za HIV infekciju, u principu je direktno srazmerna stepenu poremećaja imunog sistema.

Procenat HIV pozitivnih osoba kod kojih će se na kraju razviti AIDS ukoliko ne uzimaju antiretrovirusne lekove, procenjuje se na preko 90%. U odsustvu efikasne terapije, smrtnost od AIDS-a je vrlo visoka: u razvijenim zemljama većina obolelih (80% do 90%) umre tri do pet godina nakon postavljanja dijagnoze. Međutim, rutinskom primenom profilaktičkih lekova protiv *Pneumocystis carinii* pneumonije i drugih oportunističkih infekcija, npr. u SAD-u i većini zemalja, odlagan je razvoj AIDS-a i smrtni ishod. Koncept savremene kombinovane antiretrovirusne terapije poslednjih godina u potpunosti je potisnuo terapiju jednim lekom, tako da se najčešće koristi kombinacija tri leka istovremeno. Uz pravovremenu i dovoljno dugu kontrolu virusne replikacije, posle oko godinu dana lečenja, moguća je izvesna imunska rekonstrukcija i remisija.

Seroški testovi za antitelu na HIV dostupni su komercijalno od 1985. godine. Najkorišćeniji skrining test, EIA (enzyme immunoassay) ili ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) je visoko senzitivan i specifičan. Ipak, kada je ovaj test reaktiv, mora se potvrditi dodatnim testom, kao što je Western blot ili IFA (test indirektne imunofluorescencije antitela). Nereaktivni dopunski test negira početni reaktivni EIA test, reaktivan ga podržava, a neodređeni rezultat Western blot testa zahteva dalja ispitivanja. Zbog izuzetnog značaja pozitivnog HIV testa, preporučuje se da se on potvrdi i iz drugog

uzorka iste osobe, kako bi se isključila moguća greška pri obeležavanju ili prepisivanju podataka.

Većina inficiranih HIV-om razvije antitela koja se mogu detektovati jedan do tri meseca nakon infekcije; ponekad je taj interval produžen do šest meseci, a veoma retko i posle šest meseci. Postoje i drugi testovi kojima se može utvrditi HIV infekcija pre serokonverzije, i to su testovi za cirkulišući HIV antigen (p24) i PCR (Polimerase Chain Reaction – tehnika umnožavanja nukleinskih kiselina) testovi za otkrivanje sekvenci virusne nukleinske kiseline. Kako je „prozor“ između najranije moguće detekcije virusa i serokonverzije kratak (manje od dve nedelje), dijagnoza HIV infekcije ovim testovima je retka. Oni su, međutim, veoma značajni za dijagnozu HIV infekcije kod beba HIV pozitivnih majki. Naime, majčina anti-HIV antitela pasivno se prenose i mogu dati lažnu anti-HIV (EIA) pozitivnost kod ovih beba i do 15 meseci života. Određivanje apsolutnog broja ili procenta T helperskih ćelija (CD4-) se najčešće koristi za procenu težine HIV infekcije i kao pomoć kliničarima pri određivanju terapije.

Najveći broj inficiranih HIV-om u našoj zemlji pripada grupi intravenskih korisnika droga.

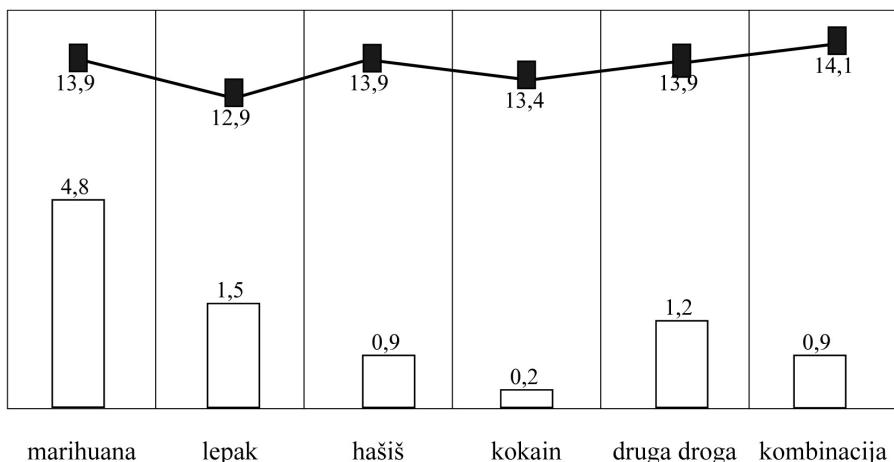
Od ukupnog broja inficiranih, od početka epidemije, oko 55% se inficiralo putem nesterilnog šprica i igle. Takođe, značajan procenat infekcija se dešava u ovoj populaciji i putem seksualnog, nezaštićenog odnosa, s obzirom na često menjanje seksualnih partnera kao i prodaju seksualnih usluga radi sticanja novca za nabavku droge.

Zloupotreba droga među mladima u našoj sredini predstavlja sve veći problem i u tome se približavamo svetskim trendovima. Mladi najčešće stiču svoja prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama u periodu adolescencije. Adolescenti često počinju da koriste alkohol i drogu u pokušaju da savladaju teškoće u postizanju razvojnih zadataka. Ako se mlada osoba nađe u grupi koja koristi droge trebaće joj mnogo sigurnosti u sebe i samopouzdanja da izdrži odbacivanje ako odbije ono što joj se nudi.

Istraživanje koje je tokom 2000. godine radio Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata Univerziteta u Beogradu, među mladima (učenicima i studen-tima) na uzorku od 12.000 ispitanika sa cele teritorije republike Srbije, po metodologiji i uz korišćenje standardizovanog upitnika SZO, koji je korišćen u 28 evropskih zemalja, je pokazalo da:

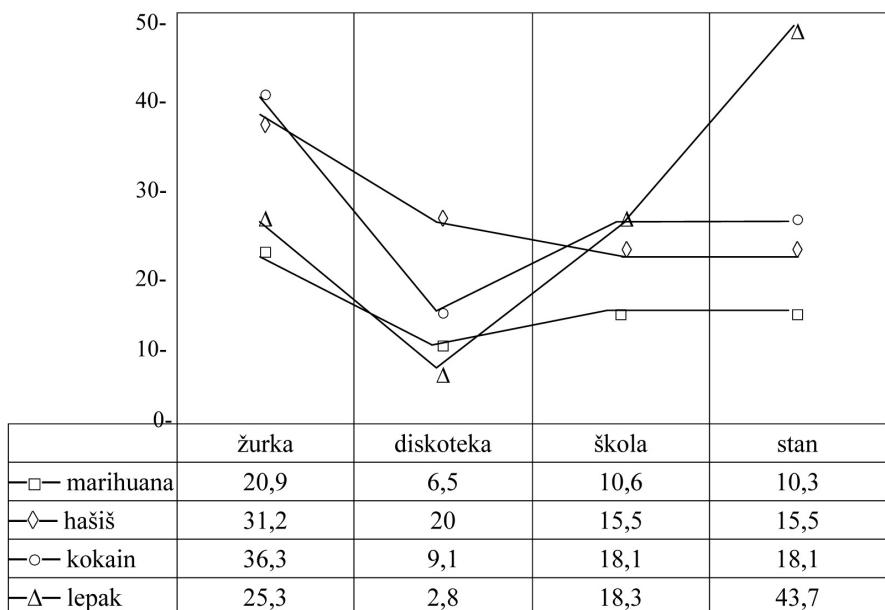
U periodu između 13. i 15. godine oko 10% adolescenata ima neko isku-stvo sa drogom. Najzastupljenija je marihuana sa 5%, hašiš i kokain manje od 1%, neka druga droga 1,2%, a kombinacija droga 1% (grafikon 1).

**Grafikon 1.**



Preko 28% ispitanika koji su imali iskustvo sa drogom, prvi susret ostvaruje na žurci, u školi 15%, u diskoteci 10% ili u svom stanu 22% (grafikon 2).

**Grafikon 2.**



U proseku, prvo iskustvo sa drogom stiče se u 13. godini života.

Sve aktivnosti na prevenciji i suzbijanju narkomanije u značajnoj meri predstavljaju i doprinos smanjivanju širenja infekcije HIV-om.

Pored ostalih programa koji doprinose smanjenju rizika za HIV infekciju, kao veoma efikasni programi pokazali su se i Programi smanjenja štete ili „Harm reduction“ programi. Oni podrazumevaju obezbeđivanje i besplatnu distribuciju sterilnih špriceva i igala na mestima gde se intravenski uživaoci droga skupljaju. Tom prilikom se distribuiraju i drugi lifleti, agitke, kondomi sa ciljem približavanja toj populaciji i njihovog sticanja poverenja u ono što im mi govorimo.

## LITERATURA

- /1/ Centers for disease Control, Pneumocystic pneumonia, Los Angeles, MMWR, 1981, 30:250-2; /2/ Gallo, R.C., Montagnier, L., The chronology of AIDS research, Nature 1987, 326 (6112):435-6; /3/ Barre-sinoussi, F., Chermann, J.C., Rey, F., Hugueny, M.T., Chamaret, S., Gruest, J., et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS), Science 1987, 220 (4559):868-71; /4/ Montanje, L., SIDA Čovek protiv virusa, Paideia, Beograd, 1996; /5/ Kuljić-Kapulica, N., Dujić, A., Virus humane imunodeficijencije (HIV) – 15 godina posle, u: Marković, A. i Filimonović D. (urednici), Zbornik XLIII Ginekolosko-akušerska nedelja SLD, Beograd, 1999, 21–22. oktobar, Ginekolosko-akušerska sekција SLD, Sava Centar, Beograd, 1999, p. 589-99; /6/ UNAIDS, World AIDS Campaign: Men Make a Difference, (cited 2001, December 1), Available from URL: <http://www.unaids.org/wac/2000>; /7/ Cavert, W., In vivo detection and quantification of HIV in blood and tissues, AIDS, 1998, 12 (Suppl A): S27-34; /8/ Carpenter, C.C., Fischl, M.A., Hammer, S.M., Hirsch, M.S., Jacobsen, D.M., Katzenstein, D.A., et al., Antiretroviral therapy for HIV infection in 1998. updated recommendations of the International AIDS Society-US Panel, JAMA 1998;280:78-66; /9/ Leake, H., Horne, R., Optimising adherence to combination therapy, J HIV Ther 1998, 3:67-71; /10/ Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection, The use of antiretroviral agents in HIV infected adults and adolescents, J Int Assoc Physicians AIDS Care, 1998, 5 (Suppl 1):4-26; /11/ Pantaleo, G., Perrin, L., Can HIV be eradicated? AIDS 1988, 12 (Suppl A):S175-80; /12/ Autran, B., Carcelain, G., Gorochov, G., Successes and limits of immune reconstitution, HIV Advan Res Ther, 1998, 8:3-8; /13/ Kassler, W.J., Wu, A.W., Addressing HIV infection in office practice, Addressing HIV infection in office practice, Assessing risk, counseling, and testing, Prim Care, 1992, 19(1):19-33; /14/ Chin, J., Acquired immunodeficiency syndrome, In: Chin, J., editor, Control of Communicable Diseases Manual, 17th ed., Washington (DC): American Public Health Association, 2000, p. 1-9; /15/ Levin, B.R., Buil, J.J., Stewart, F.M., Epidemiology, evolution, and future of the; /16/ HIV/AIDS pandemic, Emerg Infect Dis 2001, 7 (3 Suppl):505-11; /17/ C.D.C. Prevention, 1995, Update: acquired immunodeficiency syndrome, United States, 1994, Morbid, Mortal, Wkly. Rep, 44:64-67; /18/ Republički Institut za zaštitu zdravlja Srbije, Izveštaj o kretanju bolesti HIV u SR Jugoslaviji u periodu od 1985. do 31.6.2002. godine, Beograd, 2002. godina; /19/ Holtgrave, D.R., Qualis, N.L., Curren, J.W., Valdiseri, R.O., Guinan, M.E., Parra, W.C., 1995, An overview of the effectiveness and efficiency of HIV prevention programs, Public Health Rep. 110:134-146; /20/ Dragan, I., Zdenka, J., Mila, P., Zdravstveno ponašanje studentske i srednjoškolske omladine, Stručno-naučni skup, Zbornik, 2000, 34-39.

**Prof. dr sci. Dimitrije Milovanović**

Institut za psihijatriju, Medicinski fakultet, Beograd

## FARMAKOTERAPIJA BOLESTI ZAVISNOSTI

*„Zaglušujuću larmu oko neslaganja o drogama možda bi trebalo utišati da bismo se međusobno mogli bolje čuti.”*

T.H.Bewley

Istorijski gledano upotreba droge kroz vekove imala je svoju ushodnu evoluciju. Najpre, kod starih kultura i primitivnih plemena droga je obično imala funkciju rituala, ne dovodeći nikada do patološke zavisnosti, niti je predstavljala socijalni problem. Zatim sledi upotreba droge kao vid klasične narkomanije odraslih koja je nastajala iz terapeutskih razloga. To je oblik tzv. medicinske narkomanije, pa je vladalo mišljenje da nje ne bi ni bilo kad ne bi bilo lekara. Treći nivo predstavlja narkomanija mlađih, adolescentna narkomanija koja se pojavljuje početkom pedesetih godina prošlog veka po prvi put u SAD, da bi se ubrzo proširila skoro u sve zemlje sveta. Ona je povezana sa tzv. hipipokretom. Četvrti nivo je aktuelna epidemija narkomanije koja ne predstavlja više medicinski, psihološki i socijalni problem već poprima karakteristike planetarne ekspanzije.

Otkriće psihofarmaka je od velikog značaja za psihijatriju i u pogledu terapije predstavlja isto ono što su i antibiotici u somatskoj medicini. Taj doprinos psiho-farmakoloških lekova pokriva danas sva područja psihopatoloških entiteta, a ogleda se dobrim delom i u tretmanu narkomanske populacije.

Integralni pristup kao i opšteprihvaćena strategija u lečenju svih vidova psihičkih poremećaja ima svoje mesto i od jednak je važnosti i u stavu prema bolestima zavisnosti.

Nekadašnji obrazac podele narkomanija na terapeutske i neterapeutske počinje se menjati 1954. godine i koincidira baš sa procvatom psihofarmakološke ere.

U tom periodu se menja i obrazac narkomanija u tom smislu što se umesto zavisnih od jedne droge sve više razbuktava pojave politoksikoma.

Prateći izmenu obrasca narkomanija sledi i izmena u strukturi zavisnika u pogledu životnog doba. Naime, povećava se naglo procenat narkomana baš iz redova adolescentne populacije.

Izmeni obrasca narkomanije pogodovala je i prvo bitna shema psihotropnih supstanci iz kategorije psihodizleptika. I sama terminološka prome-

na naziva narkomanije i toksikomanije savremenim terminom psihoaktivne supstance proizašla je iz nicanja nove discipline, tzv. psihofarmakologije ili psihofarmakoterapije kao dominantne poslednjih pola veka.

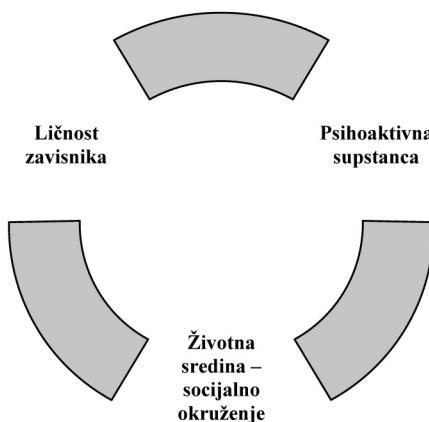
Nepobitni i svekoliki njen progres pomračuju poslednjih godina zloupotrebe tzv. sintetičkih-dizajniranih droga, koje se veštački proizvode, a koje mladi sve češće i sve više koriste. Činjenica je da je u naše vreme porastao broj ilegalnih laboratorija za njihovu proizvodnju naročito u zemljama centralne i istočne Evrope, a nedavno je jedna takva otkrivena i u blizini Beograda.

Karakteristika je novodizajniranih supstanci da su jeftinije i na taj način sve više dostupne i najmladim adolescentima, pretežno učenicima srednjih škola, jer se reklamiraju i kao afrodizijaci i kao sredstva za poboljšanje pamćenja.

Producija velikog broja sintetičkih droga poželjnih karakteristika prirodnih analoga uz znatno njihovo pojačanje i eliminisanje neželjenih efekata daje im popularnost, omogućuje nekontrolisano širenje, a sa sve većom zlouprebom dolazi i do porasta procenata intoksičacije.

Ovom prilikom podvlačimo još jednu razliku od klasične zavisnosti, koja je nosila pečat sporadične individualne i izolovane pojave. Nasuprot tome, u ovo vreme u porastu su bolesti zavisnosti u čijim osnovama stoji asocijacija društvenih grupacija sa određenim konceptom i osmišljenim ritualom drogiranja.

Dinamika savremene zloupotrebe psihoaktivnih supstanci odvija se u interakciji trojstva: ličnost zavisnika–psihoaktivna supstanca (droga) i životna sredina, odnosno socijalno okruženje.



Lečenje lekovima zavisnika ima svoje nivoe u celokupnoj raznovrsnosti psiho-patologije bolesti zavisnosti tj. od faze apstinencije zaključno sa produžnim socio-rehabilitacionim tretmanom.

Skidanje fizičke zavisnosti od opijata morfinskog tipa (heroin), kao najčešće manifestacije kod opijatskih zavisnika, poslednjih godina u mnogome je olakšano primenom medikamenata iz nekoliko kategorija različite hemijske strukture.

Kod naglog prestanka uzimanja opijata morfinskog tipa može da se pojavi apstinencijalni sindrom posle desetak sati i da traje 2–4 dana kada se postepeno povlače tegobe u periodu od 7 do 10 dana. Za procenjivanje težine kliničkog ispoljavanja opijatskog apstinencijalnog sindroma neki se kliničari služe HIMMELSBACHOVOM SKALOM. Po svemu, praktičniji je Ginzburgov vremenski redosled pojavljivanja simptoma i znakova opijatskog apstinencijalnog sindroma.

Prema Ginzburg-u, nekoliko časova od poslednjeg uzimanja droge javljaju se anksioznost, razdražljivost i kompulzivna žudnja za drogom. Posle oko 8–15 časova nastaje suzenje, rinoreja, zevanje i preznojavanje. Posle oko 16–24 sata javljaju se muka, povraćanje, abdominalni i bolovi u krstima, premor, slabost i moguć kardiovaskularni kolaps. Farmakoterapijski tretman podrazumeva primenu opioida, sintetske narkotičke supstance-metadona (heptanona) u trajanju od 3 do 6 nedelja, uz postupnu redukciju, počev od doze pomoću koje su redukovani ili bitno ublaženi simptomi, do daljeg postupnog smanjivanja metadona do njegovog potpunog ukidanja. Prema različitim autorima, različita su i iskustva i stavovi. Pristalice ove metode ukazuju na postupnu redukciju opijata koja dovodi do smirenja pacijenta, dovodi do saradnje i povećava broj zavisnika koji prihvataju „skidanje“. Terapeuti koji ne prihvataju ovaj metod smatraju da ovo nije lečenje već produženje zavisnosti nešto blažom drogom, a pacijent stalno insistira na produženju tretmana uz povećanje doze.

### Farmakoterapijski tretman

#### *Metadon*

potpuni supstitut morfina  
jači analgetik i sedativ  
opioid dugog delovanja  
u dozama od 10 do 80 mg  
u trajanju od 3 do 6 nedelja  
uz postupnu redukciju

Simptomatska terapija se sprovodi davanjem nesteroidnih antireumatika, spazmolitika, blagih sedativa i hipnotika uz primenu specifične klonidinske sheme tj. antihipertenziva alfa 2 antagonista sa centralnim dejstvom na vegetativnu hiperekscitabilnost. Klonidin se daje per os šest puta dnevno po 0,75 mg, postupno redukujući dozu do desetog dana. Apstinencija se kupira za 7–10 dana da bi se započelo sa specifičnom averzivnom terapijom naloreksom.

*KTP (klonidinski terapijski protokol)*  
obuhvata per oralno 6 x na dan davanje po  
0,75 mg i to:

2 dana 6 x 0,75 mg naredna  
2 dana 4 x 0,75 mg naredna  
2 dana 3 x 0,75 mg naredna  
2 dana 2 x 0,75 mg

uz adjuvantnu terapiju blagih sedativa i  
hipnotika, spazmolitika i nesteroidnih antireumatika.

Danas se primenjuju različite metode farmakoterapijskog tretmana u početnoj fazi poznate pod imenom metode ubrzane detoksikacije: a) metod brze detoksikacije koji se sastoji od kombinovane primene klonidina i opioidnih antagonista, naltreksona, uz simptomatsku terapiju sa ciljem uspostavljanja apstinencije za 3–4 dana i nastavka lečenja uz averzivnu terapiju per os opioidnim antagonistima; b) metod ubrzane detoksikacije korišćenjem metoda anestezije, uz parenteralno uvođenje averzivne terapije bez prethodno uspostavljenje apstinencije, te izmenu stanja svesti i ubrzanje apstinencijalnih dešavanja u istom, sa trajanjem od nekoliko časova i lakim apstinencijalnim tegobama po buđenju, uz već započet tretman opioidnim antagonistima. Ovaj metod se ne savetuje ukoliko ne postoji kompletan tim i adekvatna opremljenost moguće kardiopulmonalne reanimacije.

Tretman psihičke zavisnosti i proizvedenih psihopatoloških manifestacija ostaje dugotrajan i dubiozan proces. U principu, tu je neodvojiva paralelna primena farmako i psihoterapije.

U ovom referatu usredsredićemo se na paletu farmakoloških sredstava koja na različitim etapama ovog tretmana obezbeđuju savladavanje različitih psihopatoloških ispoljavanja.

## **Terapija psihopatoloških ispoljavanja**

- *Psihomotorni nemir*  
opšti neuroleptici (*promazin, hlorpromazin*)  
snažni neuroleptici (*haloperidol, risperidon*)
- *Psihotična ispoljavanja*  
antipsihotici (*haloperidol, fenotiazin, klozapin, risperidon*)
- *Dominantna anksioznost*  
benzodiazepinski anksiolitici (*diazepam, lorazepam, alprazolam, klonazepam*)
- *Dominantna depresivnost amitriptilin, mianserin i dr.*
- *Inverzija sna*  
infuzije 0,8 sol, Hemineurina, ili per os 3+3+4 caps. Hemineurina  
hipnotici: Stilnox, Flormidal, Lendormin

Prema psihijatrijskom redosledu najpre ćemo ukazati na današnje mogućnosti suzbijanja psihomotornog nemira, psihotične uzbudjenosti i upadljivog neadekvatnog ponašanja. U tom smislu neophodna je primena neuroleptičkih sredstava iz grupe opštih ali i specifičnih novijih antipsihotika. U manjim do srednjih doza aplikuju se promazin hidrohlorid (Prazine), hlorpromazin, haloperidol i risperidon. Prazine u dozama od 100 mg je sigurniji ispred hlorpromazina, jer manje destabilizuje neurovegetativni sistem. Haloperidol se daje u dozama od 3 do 12 mg dnevno, a zbog bolje podnošljivosti sve više je u praksi primenjivan rispolept u dozama od 2 do 6 mg pro die. Halucinatorna doživljavanja i sumanute sadržaje, tzv. produktivne psihotične fenomene, suzbijaju fenotiazini flufenazin (Moditen, Metoten, Lyogen), butirofenoni (Haldol), a na rezistentne i produktivne fenomene pouzdanije rezultate daje klozapin (Leponex), koji ne izaziva ekstrapiramidne sajd-efekte, ali zahteva povremenu kontrolu bele krvne loze.

Uvek prisutna anksioznost jednim delom biva kupirana neurolepticima, ali je uvek obavezna dodatna aplikacija anksiolitika benzodiazepinskog porekla, najčešće diazepamom, alprazolama ili lorazepamom.

Depresivnost u kliničkoj slici zavisnika nosi u sebi potencijalni rizik od suicida te se prednost daje sedativnim antidepresivima, u prvom redu amitriptilinu (Amyzol, Saroten itd.). Ovaj tretman nikako ne bi smeо biti subdoziran, uz obavezno vođenje računa o njihovim neželjenim efektima.

Inverzija sna i veoma prisutni poremećaji spavanja predstavljaju ozbiljan problem, koji samo donekle bivaju pogođeni sedativnim dejstvom i neuroleptika i antidepresiva. Prema našem iskustvu, prvih nedelju dana najbolje je primeniti infuzije – 0,8 % infuzije hemineurina. Ako nema gotove solucije treba dati 3+3+4 tablete hemineurina. U nedostatku ovog leka primenjuju se hipnotici kojih ima na tržištu kao što su: Stilnox, Flormidal i Lendormin.

Iz dosadašnjeg izlaganja proizilazi da se u lečenju pacijenata iz svih kategorija zloupotrebe bolesti zavisnosti praktično koriste svi lekovi iz savremenog psihofarmakološkog arsenala. Oni su sposobni da suzbiju simptomatologiju uslovljenu zloupotrebotom opojnih i drugih droga, alkohola i duvana.

Ono što ostaje to su pretoksikomanske osobine ličnosti i nove ličnosti degradirane zloupotrebotom psihootaktivnih supstanci.

#### LITERATURA

- /1/ Zuardi A.W., Antunes Rodriues J., Cunha J.M., *Effects of cannabidiol in animal models predictive of anti-psychotic activity*, Psychopharmacology, 104, 260–264, 1991; /2/ Milovanović D., *Dometi i rizici u oblasti psihofarmakoterapije*, Zbornik radova psihijatrijskog kongresa, Niš, 1998; /3/ Petrović D., *Psihički poremećaji i poremećaji ponašanja izazvani drogama*, Odabranog poglavljia iz psihijatrije, ZEKS, Beograd-Kragujevac, 2000, 156–167; /4/ Dimitrijević I., *Bolesti zavisnosti*, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 2000; /5/ Kaličanin P., *Klinička psihijatrija*, Elit&Medica, Beograd, 2002.

## **ULOGA INDIVIDUALNE PSIHOTERAPIJE U TRETMANU BOLESTI ZAVISNOSTI**

### **Uvod**

Psihoterapijske metode su se u lečenju bolesti zavisnosti ranije shvatale prilično široko, zapravo kao primena grupno-terapijskog, porodično-terapijskog ili individualno-terapijskog tretmana zavisnika tj. alkoholičara (Hudolin 1989). U novije vreme u lečenju bolesti zavisnosti se pojам psihoterapija gotovo i ne pominje (Vučković, 2003), ili se kao izraz navodi samo uzgred, bez detaljne razrade tog pojma (Stojković, Sedmak, 2003). To je donekle razumljivo, budući su izrazi porodična terapija i grupni tretman u praksi lečenja zavisnika u potpunosti zamenili termin psihoterapija, mada su i porodična terapija i grupna psihoterapija, psihoterapija u užem smislu par excellence (Stumm, Pritz, 2000).

Istini za volju, svaka psihijatrijska intervencija ima svoj psihoterapijski aspekt. To je više nego očigledno onda kad zavisnika i njegovu porodicu treba motivisati za lečenje, kada se stvara terapijska atmosfera u individualnoj relaciji sa pacijentom, u maloj ili velikoj grupi u kojoj se on leči. Reč je o atmosferi podrške, razumevanja, uz već klasične zahteve prema zavisniku, čiji je cilj jačanje ega pacijenta, granica porodičnog sistema i uopšte vežbanja testiranja realnosti u životu zavisnika.

Izraz psihoterapija u lečenju toksikomanije mlađih, međutim, nije redak (Tomori 1992), iz jednostavnog razloga što su svi poremećaji u razvojnom dobu, naročito dece, teško sagledivi izvan problema sazrevanja i psihičke zavisnosti mlađih od značajnih lica iz njihove okoline. U razvojnom periodu dete ili adolescent su prosto „gladni“ neretko protivrečnih potreba, s jedne strane potrebe za razumevanjem i za slobodom, a sa druge potrebe za orijentacijom i podrškom u životu.

Primenjujući psihoterapiju i sam sam se sretao sa zavisnicima, pretežno alkoholičarima – kad su odrasli u zreloj dobi u pitanju i politoksikomanima – kad je reč o adolescentima. Što se alkoholičara tiče, obično se radilo o sekundarnom alkoholizmu kod pacijenata sa primarno neurotičnim poremećajem (depresivno ili anksiozno stanje ili struktura ličnosti), ili o Border-line strukturi ličnosti, u kojoj se zavisnost od supstanci javila u nekoj od faza poremećaja (neurotičnoj najčešće).

Individualni psihoterapijski stav, u svakom slučaju, sastavni je deo kompleksnog tretmana politoksikomana u različitim fazama lečenja, nekad na samom početku, pre svega u toku motivacije pacijenta za lečenje zavisnosti uopšte, ponekad u središnjoj fazi, kao podrška pacijentu da izdrži konfrontacije i ne napusti tretman, ali najčešće posle detoksifikacije tj. rešavanja problema vezanih za apstinencijalnu krizu, kad su samci u pitanju, odnosno nakon intenzivnog (obično na nivou dnevne bolnice) porodično-terapijskog lečenja zavisnika, kada u prvi plan stupaju emocionalni i slični problemi pacijenta nerešivi tokom prethodnog tretmana.

U lečenju zavisnika psihoterapeut se angažuje, najčešće, u dve faze lečenja:

- 1 - motivacionoj i
- 2 - rehabilitacionoj ili fazi resocijalizacije.

Što se tiče prve faze psihoterapeuta se obraćaju neretko mladi politoksikomani, njihovi roditelji ili narkomani sa kraćim zavisničkim stažom da im pomogne „samo ili isključivo psihoterapijom“, budući da, kako oni tvrde, „nisu zavisnici“, ili ako već jesu, psihijatri koji leče ovaj problem su „nedostupni, rigidni“, ukratko „neadekvatni“ za njih. Obično tvrde da im je potreban „terapeut koji će ih slušati i razumeti“, a ne „strogi, besmisleni režim odvikanja“, koji je uz to neretko „nehuman“, „agresivan“, njima u svakom slučaju momentalno neprihvatljiv.

Problem je nešto jednostavniji kad su u pitanju hronični alkoholičari ili toksikomani recidivisti, budući da se oni u ovakvim prilikama lako konfrontiraju se svojom osnovnom bolesku (na podacima iz anamneze, a uz podršku članova porodice ili bliskog prijatelja) i relativno brzo prihvataju tretman (detoksifikaciju, potom lečenje apstinencijalnih sindroma i najzad ukupan porodični program lečenja zavisnosti) (Gačić, 1978). Kad je ova kategorija zavisnika u pitanju, na samom startu se napravi neka vrsta terapijskog ugovora, da će pacijent biti prihvачen na psihoterapiju tek posle kompletног programa porodične terapije. Što se on kasnije relativno retko uistinu pojavi u individualnoj psihoterapiji, drugi je problem. Traženje psihoterapije neretko je i kod ovih pacijenata sastavni deo otpora lečenju zavisnosti.

## **Specifičnosti i načela individualno-psihoterapijskog tretmana mladog zavisnika**

Kad je u pitanju mladi zavisnik, po pravilu politoksikoman, psihoterapijski zadatak je složeniji od prethodnog. Na samom početku lečenja pravi se terapijski ugovor, da bi se sprovedla kratka psihoterapija, čiji je krajnji cilj rešenje psihičkog problema ili kroz razgovor u dvoje, ili prihvatanjen kompletног tretmana pacijenta i članova njegove porodice. Neretko je neko od

roditelja (otac najčešće) takođe zavisnik, ili je u pitanju nepotpuna porodica (bez jednog roditelja) (Mićović, Stanković, Potrebić, Nastasić, 1992), tako da individualna psihoterapija može da utre put porodičnoj terapiji.

Psihoterapija ove vrste se inače aranžira u vezi sa crtama ličnosti, simptomima, porodičnom situacijom mladog zavisnika i naravno kapacitetima za psihoterapiju (introspektivnost, stepen patnje, inteligencija, verovanje u psihoterapijski postupak itd.). Psihoterapijski pristup je u ovom slučaju više nego elastičan, pri čemu se teorijska orientacija koju sami primenjujemo, egzistencijal-analitička (Opalić, 1988), pokazala pogodnom, budući da maksimalno uvažava individualnost zavisnikovih smetnji odnosno psihodinamike, kao svoje suštinsko obeležje. Kako su često u pitanju primarno ili sekundarno izazvana depresija, kao i prelazna stanja između stanja straha i neraspoloženja ili osećanja praznine, bitno je da se brzo osvetli u kojem emocionalnom stanju je zavisnik došao do supstance i koju ulogu je ona imala u tom momentu u njegovom životu, tj. kakav je smisao rituala i situacija prvog iskustva zloupotrebe supstance. Nije isto, ako je on to učinio iz znatiželje, eksperimentišući i tražeći nova uzbudjenja, ili zbog očaja, ili u opštoj praznini življenja, ili je pak to radio iz inata nekom drugom. Nekad je u pitanju prava noogena neuroza, neuroza besmisla u Franklovom smislu, nekad nešto sasvim treće proizašlo iz Mi-bića mladog čoveka, tj. iz njegovih relacija sa značajnim licima iz života (imitacija ponašanja roditelja, idola, beg od porodične situacije, autodestruktivno reagovanje na sukob, odbijanje od voljene osobe ili trenutni neuspeh itd.).

Cilj psihoterapije mladog zavisnika je da se proširi njegova svest, da mu se izoštire opažanja, da se nauči da prihvati sve što se događa u njemu i svetu koji ga okružuje, konkretnije, da prepozna i prihvati svoju nesigurnost i osećanje manje vrednosti, ako su oni bili podloga za početno posezanje za supstancu, a oni su to najčešće. On započinje u psihoterapiji da stiče navike koje će mu obezbediti dobro raspoloženje, opuštenost i osećanje sigurnosti bez droge. Bežeći iz neurotičnog raspoloženja u poremećaj ponašanja pri posezanju za supstancu, mladi politoksikoman izbegava zapravo suočavanje sa svojim neprijatnim tj. nepodnošljivim osećanjima, zamenujući ih manje bolnim, ali neprikladnim antisocijalnim ili asocijalnim ponašanjem, podržanim docnije od grupe zavisnika, što sve skupa može da učini psihoterapijski proces komplikovanijim, ponekad i nemogućim.

Tokom individualne psihoterapije terapeut treba da ima na umu sledeće:

Mladi pacijent mora izgraditi realne stavove, nasuprot dotadašnjim – uglavnom idealizovanim stavovima, prema supstancama koje je uzimao.

On treba da postane svestan stepena svoje zavisnosti, kao i kardinalnih posledica koje je ona proizvela u njegovom životu.

Treba da je svestan nemoći da sam reši svoje psihičke probleme.

Da prihvati da je u stanju da reši probleme uz pomoć stručnjaka, bilo psihoterapeuta, bilo onih koji se bave bolestima zavisnosti u širem smislu.

Da usvaja norme društvenog ponašanja kao objektivni orijentir spoljne kontrole vlastitog ponašanja, odnosno neposrednog pokazatelja sopstvenog psihičkog integriteta, tj. da prihvati povremenu saradnju roditelja i tokom psihoterapije.

Da ulaze stalni napor, energiju i vreme u psihoterapiju i lečenje zavisnosti, a s tim u vezi i u aktivnosti van terapijske situacije, koje ga učvršćuju u zdravlju.

Psihoterapeut treba da zna da se svi ovi zahtevi treba da ostvare, koliko u realnom, toliko i u fantazmatskom svetu mladog zavisnika, koji je vrlo prisutan u subjektivnom svetu mladog čoveka.

Kada je reč o ulozi individualne psihoterapije u lečenju bolesti zavisnosti mlađih polovina posla je urađena ako pacijent uopšte započne lečenje, budući da vrlo brzo doživi prednosti sazrevanja bez supstance (manje patnje, ređe odbacivanje od okoline, više slobodnog vremena, povećano samopoštovanje).

U individualnom psihoterapijskom radu sa mladim zavisnikom potrebno je klijentu stalno ponavljati prethodne preduslove, naročito onaj da je individualna psihoterapija nezamisliva bez uspešne apstinencije i bez spoljne kontrole iste. Ako ti uslovi nisu ispunjeni, ne može se na duže vreme nastaviti ni individualna psihoterapija, pa i kad se prekine, računa se na neke njene, najčešće dugoročne, psihoterapijske efekte.

Od početka se gradi poverenje pacijenta u terapeuta, u lečenje uopšte, tačnije izgrađuje se, kako se to kaže u egzistencijal-analitičkoj psihoterapiji, uspešan terapijski susret (Opalić, 1988), kao nova i neponovljiva veza pacijenta sa nekim ko se o njemu brine (agape), na realan, stručan i podržavajući način. Adolescent voli i očekuje tu specifičnost i izuzetnost odnosa, budući da on zadovoljava njegov početni narcizam i umanjuje strah od etiketiranja dijagnozom narkomana ili alkoholičara.

Potrebno je u svakom momentu registrovati i uvažiti sve nijanse stresnje ili neraspoloženja pacijenta, zbog nekog, za njega bolnog ili ponižavajućeg aktuelnog događaja u okolini, ili zbog sadržaja sećanja sa sličnim emociонаlnim nabojem, ili naprosto, radi slučajne asocijacije u toku terapije, koja bez odlaganja treba da postane predmet razgovora u seansi, tako da se prekine lanac rešavanja psihičkog problema pomoću fantazmatskog ili realnog posezanja zavisnika za supstancama.

Treba postepeno pripremati pacijenta za svako suočavanje sa neprijatnim istinama o njemu samom, a da pri tom ne razvije nepodnošljivo osećanje krivice ili da to ne izazove narcističku uvređenost i bes, odnosno ne izazove strah (najčešće od duševne bolesti), što sve može da postane razlog da on iznenada prekine terapiju. Naročito je rizična početna konfrontacija pacijenta sa oprštanjem od prijatnosti izazvanih olakšanjem koje je, istina privremeno, izazivalo uzimanje supstance.

U analitičkom psihoterapijskom pristupu (Tomori, 1992), a posebno daseins ana-litičkom (Opalić, 1999), rekonstrukcija značenja ili smisla droge, alkohola i sl. u životu pacijenta (dakle ne samo na početku zavisnosti) je od ključnog značaja. Pri tome, terapeut uvek računa na one delove ličnosti pacijenta koji nisu načeti zavisnošću kao takvom, koji predstavljaju tzv. zdrave aspekte ega, kao i na potrebu traganja za novim i realnijim smislim življenja (uspeh u sportu, školovanju, heteroseksualnim vezama, a u skladu sa ranijom intencijom postojanja tj. sa egzistencijalnim projektom).

Kraći recidivi tj. sporadična iskustva uzimanja supstanci u mladim se tokom psihoterapije ne kažnjavaju drastično (prekidom lečenja), kao u porodičnom tretmanu, nego se koriste kao materijal za konfrontaciju sa lošim posledicama ponovnog uzimanja droge, kao i povod za učvršćenje terapijskog ugovora, tj. za precizno definisanje odgovora na pitanje, koliko dugo će se tolerisati slični „izleti“, koji kompromituju celokupnu psihoterapiju. Blaži recidivi se analiziraju u sklopu intrapersonalnih neurotičnih simptoma (straha, depresije i sl.), ili kao deo aktuelnog međuličnog konflikta sa okolinom.

Kao što odluku o lečenju treba da donese sam mladi zavisnik (za razliku od odraslih, koji započinju lečenje kada „dodirne dno“, ili pod snažnim pritiskom uže ili šire okoline), on treba da je isto tako aktivni saučesnik u donošenju niza odluka tokom psihoterapije, naročito u njenoj završnoj fazi.

I toksikomani u srednjoj fazi zavisnosti mogu se primiti na psihoterapiju, ali uglavnom kao uvod u celokupni tretman. Pri tom se mora računati na veće probleme tokom psihoterapije, budući da su u pitanju izraženije strukturi-sani poremećaji ličnosti i rigidnije zavisničko ponašanje. U tome nam istina mogu pomoći roditelji zavisnika, koji još nisu uključeni u porodični tretman u užem smislu reči. Zapravo, roditeljima se posle dovoljno dugog i strpljivog slušanja daju signali razumevanja i saosećanja, kako sa njihovim ličnim tako i sa problemima sa zavisnikom u roditeljskim ulogama. Međutim, stav prema njima je u načelu nedvosmisleno direktivan, sa savetima usmerenim na poboljšanje poremećene komunikacije, na uklanjanje dvostrukih poruka, na jačanje funkcionalnosti porodičnog sistema uopšte (ojačanje granica unutar porodičnog sistema i van njega, podrška u vršenju diferenciranih porodičnih uloga i slično). Pri tome treba naći meru između toga da se roditelj potpuno oslobodi obaveze da sarađuje u lečenju s jedne, i preopterećenja osećanjem da je on najodgovorniji tj. „kriv“ za zavisnost deteta sa druge strane. Roditelji se ohrabruju da budu otvoreniji, opušteniji i realniji u komunikaciji sa mlađim politoksikomanom, tj. prepoznaju tzv. neprincipijelne porodične dijade, trijade ili koalicije i slično, ali pre svega, da se pripreme za porodični tretman zavisnika.

Psihoterapija u maloj grupi, kao nekoj vrsti zamene za sazrevanje u porodici, može u celini da nadoknadi individualnu psihoterapiju. Zato treba imati u vidu da se isključuje paralelna psihoterapija zavisnika u maloj grupi

i individualno, jer ona može da izazove osećajnu i kognitivnu zbrku u glavi mladog zavisnika.

## **Individualna psihoterapija neurotičnih i srodnih poremećaja sekundarnih alkoholičara**

O psihoterapiji neurotičnih ličnosti, neuroza ili eventualno Border-line ličnosti, koje su prošle program lečenja zavisnosti, malo se piše, iako se o ovom problemu zna i naslućuje podosta. Razlog za to je stav alkohologa da je hronični zavisnik, naročito onaj iznad 40 godine života, psihički izmenjena ličnost, nepodobna za psihoterapiju, pri čemu gube iz vida njegove premorbidne crte ličnosti. Ponekad se smatra da je hronični alkoholičar trajno smanjenih kognitivnih sposobnosti, iako takav može da bude i mlad i obrazovan pacijent.

Zavisnici sa relativno manjim stažom, čija se bolest brzo razvila upravo na podlozi prethodne psihopatološke dispozicije, nezavisno od njihove starijosti, pravi su pacijenti za individualnu psihoterapiju, ukoliko su, naravno, dovoljno motivisani za psihoterapiju. Tako, kad završe porodični tretman zavisnosti, oni nekad traže sami, a nekad bivaju upućeni od drugih terapeuta na psihoterapiju,<sup>6</sup> bilo radi dominantnog straha, neurotičnog tremora, bilo zbog trajno lošeg raspoloženja, bilo radi nepredvidivih ataka panike, ekstremnih somatizacija ili nemira uopšte.

U individualnoj psihoterapiji bivših zavisnika sa navedenim problemima nema određenih specifičnosti u odnosu na psihoterapiju neuroza uopšte, izuzev posebne egzistencijalne situacije bivšeg zavisnika, tačnije realne mogućnosti recidiviranja osnovne bolesti. Terapijski odnos sa ovim pacijentima gradi se kao i sa svakim drugim tokom analize.

Zavisno od težine psihičke smetnje i drugih činilaca (Opalić, 1999) traje i psihoterapija. No, najčešće se ona svodi u formalno metodološkom smislu na savetovanje odnosno suportativnu psihoterapiju (Meves, 1985). To zapravo znači da pacijenta treba uporno slušati i prihvратi ga u njegovoj neurotičnoj patnji, tačnije, pokazati razumevanje i empatiju za njegove subjektivne tegobe, koliko god ruminira svoje smetnje, što ponekad može da aktuelizira negativni kontratransfer terapeuta, naročito ako naslućuje recidiv sekundarne zavisnosti. Treba imati na umu da je neprikosnovena njegova sloboda da izlaže šta, kako i koliko god dugo želi tokom razgovora. Pacijentu se mora priznati nesavršenstvo terapeuta, odnosno značaj zajedničkih napora u rešavanju problema koje ima. Pri tome mu treba jasno staviti do znanja, da mu terapeut u svakom trenutku služi kao oslonac, kao osoba od poverenja, ali i kao izvor korisnih informacija. Ovo je utoliko važnije budući da pacijent, kao i svi zavi-

<sup>6</sup> Ja sam imao naročito dobru saradnju u tom pogledu svojevremeno sa prim. dr Pavlom Kastelom, poznatim alkohologom IMZ-e.

snici, „koristi“ terapeuta na način kako je upotrebljavao i supstancu, u velikim količinama, kratkotrajno, nepredvidivo i impulsivno, nastavljajući da rešava subjektivne probleme, izbegavajući napor da donosi odluke sa dugoročnim posledicama. Zbog toga njegovi dolasci na seansu nisu tako redovni kao kod „običnog“ neurotičara. Bez jasnog ispoljavanja etos therapeuticusa (ljubavi i brige terapeuta za pacijenta) teško će se ostvariti pozitivni transfer pacijenta prema terapeutu, poželjan u kratkotrajanoj psihoterapiji, odnosno autentični i plodotvorni terapijski susreti (Condrau, 1992), bez kojih nema dobrih rezultata u ovom obliku lečenja.

Zbog sklonosti ka stvaranju odnosa zavisnosti prema terapeutu sa jedne i mogućnosti recidiviranja osnovne bolesti sa druge strane, mora se više nego li kod drugih neurotičnih pacijenata voditi računa o, više ili manje, svesnoj mogućnosti zloupotrebe moći od strane terapeuta (mislimo pre svega na usluge pacijenta van terapije), odnosno sklonosti toksikomana (narkoma-nja posebno) da sve svoje relacije doživljava i meri novcem, kao materijalnim ekvivalentom ljubavi i brige.

Kao i obično, naročito se obraća pažnja na snove (one iz prošlosti koji se još pamte, kao i one novijeg datuma, koji su neprijatni ili se ponavljaju). Kad je zavisnik u pitanju, poseban predmet obrade su snovi koji se tiču tzv. suvog recidiva (sanjanje uzimanja supstance). Predmet obrade su svakako nemir i napetost (moguće i posledica organskih promena izazvanih uzimanjem štetnih supstanci), koji zahteva od terapeuta još više kontrole njegove vlastite opuštenosti, naročito agresivnog verbalnog nastupa s jedne, i prepoznavanja mazohističkih kao i pseudopsihopatoloških formi ponašanja pacijenta u terapijskoj situaciji i van nje sa druge strane. U jednoj vrsti radnog koegzistiranja, neponovljivog za svakog, i za pacijenta i za terapeutu, otkrivaju se i analiziraju neretko različiti strahovi pacijenta (Yalom, 1980). Reč je o strahu od smrti, od usamljenosti, od etiketiranja, strahu od besmisla življenja i strahu od nedostatka čvrste egzistencijalne orientacije (u profesionalnom, heteroseksualnom i opšte ljudskom smislu), koji kod lečenog zavisnika sa neurotičnim smetnjama, biva uočljiv tek posle duže apstinencije.

Individualno-psihoterapijski tretira se neretko i bračni partner zavisnika, žena hroničnog alkoholičara, u pravilu zbog depresivnih smetnji. Razlog za to nije samo stepen njene patnje, koji je istini za volju vrlo visok, do suicidalnosti ponekad, nego i dugo trajanje simptoma, koji ometaju porodični tretman. Depresivna supruga alkoholičara se, naime, teže uklapa u sveukupni tretman zavisnika i lošiji je saradnik u lečenju u odnosu na, nazovimo to zdravije, saradnike. Ona može da razvije negativan transfer prema bračnim terapeutima odnosno prema terapiji supruga uopšte, budući da biva preplavljeni osećanjem krivice, naročito onda kad se konfrontira sa mogućnošću da izgubi ulogu heroja, kontrolora ili paćenice u porodici (Mićović, Stanković, Nastasić, 1992).

Naravno da se svi pomenuti slučajevi u kojima se primenjuje individualna psihoterapija zavisnika mogu rešiti „u hodu“ i tokom bračne terapije, ali suportativna individualna psihoterapija je gotovo nezaobilazna makar za jednog člana porodice zavisnika, a kad je mladi čovek u pitanju i za rešavanje problema samog zavisnika.

Da zaključimo:

Individualna psihoterapija, najčešće kratka i suportativna, može da bude korisna podrška terapiji izbora, porodičnoj terapiji zavisnika; ali, takođe, može da ima istaknuto mesto kada se primenjuje individualizovano u trajnom rešavanju psihičkih problema zavisnika, naročito onih mlađih i zavisnika sa stažom koji su pre razvijanja zavisnosti imali problem neurotične prirode.

## LITERATURA

- /1/ Condrau, G., *Sigmund Freud und Martin Heidegger – Daseinsanalytische Neuroselehre und Psychotherapie*, Universitätsverlag-Freiburg, Huber, V., Bern, Stuttgart, Toronto, 1992; /2/ Bergantino, L., *Warum heilt Psychotherapie, Edition Humanistische Psychologie*, Köln, 1992; /3/ Gačić, B., *Porodična terapija alkoholizma*, Rad, Beograd, 1978; /4/ Hudolin, V., *Ovisnost o alkoholu i drugi alkoholom izazvani poremećaji*, u: Kecmanović, D. (ur.): Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb; Svetlost Sarajevo, 1989, 1367-1451; /5/ Meves, Ch., *Kleines ABC für Seelenhelfer (Grundregeln) für die Begegnung mit Ratsuchenden und Patienten*, Herder V., Freiburg/B, 1985; /6/ Mićović, R., Stanković, Z., Nastasić, P., *Transfer i kontratransfer u grupnoj terapiji alkoholizma*, Psihijatrija danas, 1992, 24 (1-2), 165-170; /7/ Mićović, R., Stanković, Z., Potrebić, J., Nastasić, P., *Teškoće u lečenju alkoholizma mlađih u dnevno-bolničkim uslovima*, Psihijatrija danas, 1992, 24 (1-2), 157-163; /8/ Opalić, P., *Untersuchung zur Gruppenpsychotherapie*, Psychosozial V., Giessen, 1999; /9/ Opalić, P., *Egzistencijalistička psihoterapija*, Nolit, Beograd, 1998; /10/ Stojković, Lj., Sedmak, T., *Alkoholizam – teorijski koncepti i praksa*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2003; /11/ Stumm, G., Pritz, A. (Hrsg), *Wörterbuch der Psychotherapie*, Springer, V., Wien-New York, 2000; /12/ Tomori, M., *Psihoterapija toksikomanija*, u: Tadić, N. i saradnici: Psihoanalitička psihoterapija dece i mlađih, Naučna knjiga, Beograd, 1992, 376-379; /13/ Vučković, N., *Savremeni tretman narkomanije*, Zbornik radova, ECPD međunarodna postdiplomska škola primarne prevencije bolesti zavisnosti, Beograd, 2003, III, 6; /14/ Yalom, I.D., *Existential Psychotherapy*, Basic Books, New York, 1980.



# ALKOHOLIZAM



## **SAVREMENO LEČENJE I REHABILITACIJA ALKOHOLIČARA (MODELI)**

Lečenje alkoholičara je složeno i dugotrajno. Savremeno lečenje je sveobuhvatno i multidisciplinarno. Uključuje psihološki, socijalni i medicinski tretman. Aktivno su angažovani: terapijski stručni tim, alkoholičar i koterapeuti (bračni partner, rođaci, prijatelji, kolege, socijalni radnici iz radne organizacije).

### **Osnovni principi**

1. Suštinski, lečenje nikad nije dobrovoljno, nego uslovljeno, jer je alkoholičar primoran da prihvati lečenje zbog spoljašnjeg pritiska:
  - a) porodice – bračni drug je napustio bračnu zajednicu, pokrenuo brakorazvodnu parnicu, a dalji zajednički život uslovio lečenjem od alkoholizma
  - b) radne organizacije – zbog pretećeg otkaza
  - c) sudske organa – zbog kršenja zakona u alkoholisanom stanju i
  - d) nagomilanih zdravstvenih problema – usled dugogodišnje intoksikacije alkoholom.
2. Neophodno je uključivanje saradnika iz porodice i socijalne sredine, koji su od značaja za njega i koji su učestvovali u nastanku i održavanju alkoholizma. Aktivna participacija i zajednički rad na promenama vodi uspešnom ishodu.
3. Mehanizmi razvoja alkoholizma su isti, ali nema identičnih alkoholičara. Osnovni principi lečenja su isti, ali između alkoholičara postoje razlike po starosti, obrazovanju, socio-kulturnom miljeu, zanimanju, oštećenju, motivaciji i uvidu, tako da se izdvajaju posebne kategorije. Terapeut treba da se prilagodi ovakvim specifičnim razlikama i da za svakog pacijenta ima poseban program.
4. Terapija je jedinstvena po sveobuhvatnosti, intenzitetu, kontinuiranosti i dugotrajnosti. Obuhvaćen je i somatski i psihološki i socijalni aspekt bolesti. Intenzivno se radi na kreiranju novog života. Svaka faza lečenja je značajna.

## Ciljevi lečenja

Ciljevi moraju biti realni, jasno definisani, dugoročni i postupni, po faza. Nerealnost u ciljevima vodi gubljenju pacijenata.

Cilj je uspostavljanje zdravog modela življenja, što podrazumeva promene na svim životnim planovima. Ovo podrazumeva menjanje i pacijenta i okoline.

- 1) Apstinencija je nužan preduslov, neophodan, ali ne i dovoljan.
- 2) Poboljšanje fizičkog i psihičkog zdravlja.
- 3) Poboljšanje porodičnog funkcionisanja.
- 4) Poboljšanje profesionalnog funkcionisanja.
- 5) Poboljšanje šireg socijalnog funkcionisanja.

## Metode

- Medikamentozna terapija (detoksikacija, averzivna terapija, sedativi, anksiolitici, po potrebi simptomatska terapija).
- Psihoterapija može biti grupna i individualna, a po primenjenim metodama površinska – suportna (u cilju otklanjanja simptoma) i dubinska (razrešavanje osnovnih konflikata i geneze nastanka simptoma). Dubinska psihoterapija se nikad ne primenjuje u lečenju alkoholizma.

Grupna psihoterapija je metoda izbora za lečenje alkoholizma. U grupi se anksioznost ublažuje, isprobava, modifikuje i transformiše pacijentov uobičajeni način ponašanja i omogućuje mu da sagleda kako to drugi prihvataju. Postoji i druga perspektiva problema. Nauči se kako se postaje drugačiji i razvijaju se novi odnosi prema ljudima, nema kažnjavanja.

Grupa se okuplja spontano ili veštački, prinudno. Zbog zajedničkog interesa, svaka grupa ima svoj sistem vrednosti, cilj, pravila. U grupi se zadovoljava osećaj pripadnosti, zajedništva, sigurnosti.

- Socioterapija – čiji je cilj socijalna integracija ličnosti i kojom se utiče na ponašanje bolesnika prema okolini. Podstiče se saradnja sa okolinom, aktivno učešće u sopstvenom lečenju i povećanje odgovornosti (terapijska zajednica, okupaciono-rekreativna terapija, klubovi lečenih alkoholičara).

## Osvrt na pristupe u lečenju

Alkoholizam je vekovima smatran porokom, rđavom navikom, pa su alkoholičari i kažnjavani. Vladalo je mišljenje da alkoholičar može svojom voljom prestati da piye, a da piye zbog bezobzirnosti. Pritisnuti moralističkim sagledavanjem alkoholizma, alkoholičari se organizuju u grupe sa ciljem pru-

žanja samopomoći, te se tako formiraju grupe trezvenjaka. Jedna od najpoznatijih je grupa samopomoći anonimnih alkoholičara (AA), osnovana tridesetih godina 20. veka u Americi. Zahvaljujući samopomoći oni su održavali apstinenciju.

**Individualni medicinski model:** Vek i po je prošao od 1778. godine, kada je objavljena prva medicinska studija o alkoholizmu, pa do 1951. godine, kada je SZO prihvatile alkoholizam kao bolest. Međutim, prelazak na medicinski model, koji uključuje samo uspostavljanje apstinencije i poboljšanje zdravlja, nije dao značajne rezultate.

**Sociomedicinski model:** Uključivanjem i socioterapije, korišćenjem iskustva anonimnih alkoholičara i lečenjem, koje nije uključivalo samo bolnički tretman nego i rad u dnevnoj bolnici i potom produženo lečenje u klubovima, rezultati se poboljšavaju.

**Porodični sistemski model:** Ovaj model bazira se na stavu da je alkoholizam problem porodice i šire socijalne grupe. Koncepti opšte teorije sistema, ekosistema, informacione teorije, osnova su za ovaj model.

*Sistem* je skup međuzavisnih delova koji čine celinu. Delovi su u uzajamnom odnosu, u odnosu sa celinom, a celina (sistem), koja ima jasno definisanu granicu, u odnosu je sa okruženjem. Osobine sistema nisu prost zbir osobina njegovih delova. Promene delova utiču na celinu i obrnuto. Otvoreni sistem razmenjuje resurse (materija, energija, informacija) sa okolinom, stvara i svoje depoe resursa, a zatvoreni sistem ne. Kroz kontinuirani prolaz materija, energije i informacija on je u interakciji sa okruženjem. Otvoreni sistem je u dinamičkoj ravnoteži – homeostazi sa okruženjem uz pomoć dva mehanizma: održavanja i prilagođavanja. Mehanizmom održavanja umanjuje se dejstvo spoljnih i unutrašnjih nepoželjnih dejstava, a mehanizmom prilagođavanja prihvataju se i prilagođavaju svojim potrebama spoljna i unutrašnja nepoželjna dejstva. Mehanizmi održavanja i prilagođavanja su preduslovi opstanka otvorenog sistema.

*Ekologija* je nauka koja istražuje i opisuje uzajamni odnos između organizma i njegovog okruženja.

*Ekološki sistem* je celovitost organizama koji su u odnosima među sobom i sa okruženjem. Živi sistem je otvoreni sistem, on se razvija (evoluira), ima mehanizme samokontrole, obrade i skladištenja materije, energije, informacija.

Individua se ne može posmatrati van konteksta u kome živi. Zdrav ekosistem je fleksibilan, adaptibilan, u njemu članovi imaju osećanje zajedništva. Ako su uloge rigidne, kada postoji neslaganje, nestabilno ponašanje i kada nema osećanja pripadnosti, sistem je disfunkcionalan.

*Komunikacija* se definiše kao prenos informacija. Svako ponašanje je vid komunikacije, a ona može biti verbalna i neverbalna. U komunikaciji je sadr-

žana i relacija između komunikatora (npr. ako je poruka naredbodavna, vidi se ko određuje pravila).

Komunikacija alkoholičarskog para bila je predmet istraživanja mnogih autora. Pijenje je komuniciranje bez odgovornosti. Sam postupak pijenja je nameran, ali odgovornost za ovaj postupak ne postoji. Istovremeno se šalju poruke suprotnog značenja. Tako se stvara konfuzija u primanju poruka.

U porodici alkoholičara postoji bolesna ravnoteža – patološka homeostaza, poremećeni su odnosi, uloge, komunikacije.

Cilj porodične terapije je kreiranje novog načina života, popravljanje komunikacije, izmena stavova, uloga i pravila. Fokus je na porodičnom sistemu, cela porodica je pacijent, jer svaki član doprinosi disfunkcionalnom ponašanju alkoholičara. Terapijom se modifikuje porodični sistem koji je u patološkoj ravnoteži. Podstiču se pozitivne snage prema emocionalnom zdravlju. Pri tome se ne istražuju uzroci u prošlosti, već terapija leži na principu ovde i sada za pozitivne promene.

Terapija porodice se može proširiti na druge značajne osobe za pacijenta. Uključuje se čitava mreža (network) osoba iz okoline pacijenta: familija, srodnici, prijatelji, komšije, kolege i rukovodioci s posla, zdravstveni radnici, socijalni radnici. Socijalna mreža ima moć da leči. Bolest se tretira kao rezultat alienacije, sloma u tradicionalnim mrežama, kod koga se gubi osećaj pripadnosti. Network terapija je jedan od rutinskih oblika rada.

### **Prvi kontakt i motivacija**

Savetovalištu se obraćaju članovi porodice i socijalnog okruženja pacijenta u cilju njegovog dovođenja na lečenje. Često ovo nije lako izvesti i potrebno je razraditi čitavu strategiju. Pravilo je da se sa identifikovanim pacijentom razgovara o lečenju isključivo dok je trezan i da razgovoru prisustvuju više osoba iz pacijentovog network-a.

Pacijent dolazi prinudno na lečenje, bez uvida u sopstveni alkoholizam i sa potajnim nadama da će umereno piti ili pak piti kao i pre, a lečenjem treba da zadovolji formu i izvuče se iz gužve.

Prepušta se terapeutu ili traži da mu se svi problemi odmah reše, bez ikakve sopstvene odgovornosti.

Nasuprot medicinskom modelu, pacijent snosi deo odgovornosti i aktivno učestvuje u procesu lečenja i terapeut mora to isticati.

Terapeut konfrontira pacijenta sa realnošću, prepoznaće i demaskira njegove otpore i odbrambene mehanizme. Ukazuje mu na perspektive u apstinenciji i podržava ga. Kod pacijenta stvara odnos poverenja i zavisnosti od procesa lečenja.

Paralelno se radi i sa porodicom i radnom sredinom, koje su svojim tolerisanjem i negovalе pacijentov alkoholizam.

## Faza intenzivnog lečenja

Faza intenzivnog lečenja obuhvata dispanzersko lečenje, lečenje na kliničkom odeljenju i u Dnevnoj bolnici.

Faza intenzivnog lečenja započinje **dispanzerskim lečenjem**, kada se utvrđuje zdravstveno stanje pacijenta, uspostavlja kontakt sa porodicom i radnom sredinom, daje medikamentozna terapija i averzivna terapija i obavlja procena za nastavak tretmana. Ukoliko pacijent ima ozbiljnije psihofizičke komplikacije zbog zloupotrebe alkohola ili ne može da uspostavi apstinenciju u dispanzerskim uslovima, pribegava se lečenju na **kliničkom odeljenju**.

## Dnevna bolnica

U Dnevnu bolnicu se uključuju:

1. Zavisnici od alkohola koji su uspešno prošli pripremnu fazu u dispanzerskim uslovima (uspostavljena apstinencija i saradnja sa network-om).
2. Pacijenti po završenom hospitalnom tretmanu, po proceni tima.

Neophodan uslov za uključivanje u rad Dnevne bolnice je odsustvo kognitivnih oštećenja koja bi ometala praćenje programa Dnevne bolnice.

## Ciljevi

- a) Potpuna i kontinuirana apstinencija od alkoholnih pića;
- b) Potpuna reintegracija na psihičkom, socijalnom, profesionalnom nivou, uz modifikaciju porodičnog sistema.

Program Dnevne bolnice odvija se u nekoliko faza. Težište je na porodičnom sistemu. Redefinišu se porodična pravila, uloge i raskida se sa patološkom homeostazom. Grupe su otvorenog tipa, traju 180 minuta.

## Faze

- 1) Informativno predstavljanje – posle nekoliko dana od ulaska u grupu pacijent sa saradnikom (bračni drug, roditelj, brat ili sestra, rođak, kolega s posla, socijalni radnik, prijatelj) priprema usmeno izlaganje o početku i razvoju svog alkoholizma i sagledavanju posledica. U ovoj fazi pacijenti manifestuju najsnažnije otpore, koji se delimično prevazilaze konfrontacijom kako terapeuta tako i članova grupe pacijenata ranije uključenih u lečenje.
- 2) Ispit iz alkoholizma – posle 21 dan svakodnevne edukacije i aktivnog učešća pacijent i saradnik u lečenju polažu ispit sa ciljem kompletne edukacije i lakšeg sagledavanja razvoja, održavanja i posledica sopstvenog alkoholizma.

- 3) Veliko predstavljanje – obavlja se posle mesec dana rada u programu. Očekuje se potpuna otvorenost u sagledavanju sopstvenog alkoholizma, autentični doživljaj težine posledica i razlika u prethodnim i sadašnjim pogledima, dolazi se do zdravog objašnjenja i pravog značenja problema. Označava definitivni raskid sa alkoholizmom. Aktivno učestvuju bračni partneri, deca, rođaci, prijatelji, kolege s posla, socijalni radnici.
- 4) Rezime – obavlja se posle 6 do 8 sedmica. Analiziraju se: tok sopstvenog lečenja, otpori, ključni momenti koji su doveli do uvida. Pravi se plan rehabilitacije, sa terapijskim ciljem, koji obuhvata sve promene na ličnom, profesionalnom, porodičnom i širem planu.

### **Rehabilitaciona faza lečenja**

Nastavak intenzivne faze traje jednu do dve godine, sa ciljem održavanja i daljeg poboljšavanja postignutih promena (rehabilitacija, resocijalizacija i adekvatna reintegracija u društvo). Dva su vida nastavka intenzivnog programa: stabilizacione grupe i klub lečenih alkoholičara.

#### *Stabilizacione grupe:*

- a) Grupe bračnih partnera odvijaju se jednom nedeljno, vodi ih porodični terapeut, otvorenog su tipa, a svrha im je porodična rehabilitacija.
- b) Grupe samaca (pacijenata koji nisu oženjeni ili su razvedeni) lečenih alkoholičara.
- c) Grupe žena.

Klub lečenih alkoholičara, čiji je osnovni zadatak trajna apstinencija, sprečavanje recidiva i maksimalna rehabilitacija. Osim terapeuta angažovan je i jedan broj iskusnih pacijenata, a u okviru kluba formiraju se manje grupe. Na sastancima se članovi okupljaju, imaju tematski deo i na kraju je završni zabavno-rekreativni deo. Aktivnost kluba se odvija po principu grupnog rada. Akcenat je i na postizanju aktivnih veza sa različitim institucijama društva, na taj način se lečenom alkoholičaru olakšava povratak u društvo. Klub ima i edukativnu i preventivnu funkciju.

### **Zaključak**

Savremeni pristup lečenju bazira se na uključivanju i aktivnom učešću što većeg broja osoba iz okruženja pacijenta. Počev od prvog koraka, motivacije za lečenje gde se angažuju kako članovi porodice, tako i članovi radnog i socijalnog okruženja, preko faze intenzivnog lečenja, kao i rehabilitacije i resocijalizacije gde je takođe neophodno učestvovanje pacijentovog network-a. Na kraju, blagovremeno lečenje u čvrstoj je sprezi sa prethodnim fazama prevencije.

## LITERATURA

/1/ Damjanović, M., *Menadžerska revolucija*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1990; /2/ Gačić, Branko, *Porodična terapija alkoholizma*, Rad, Beograd, 1978; /3/ Kecmanović, Dušan, *Psihijatrija*, Medicinska knjiga, 1989; /4/ Nikolić, Dragoslav, *Bolesti zavisnosti: alkoholizam, narkomanija, pušenje: uzroci, razvoj, dijagnostika, lečenje, prevencija*, Socijalna misao, Beograd, 2000; /5/ Popović, Dragomir, *Alkoholizam – bauk ili rešiv problem*, Savremena administracija, Beograd, 1998; /6/ Stanković, Zoran i Begović, Dejan, *Alkoholizam od prve do poslednje čaše, terapiski priručnik*, Kreativni centar, Beograd, 1995; /7/ Štambuk, Vladimir, *Kibernetika, informatika, internet*, Čigoja štampa, Beograd, 2001.

## **ALKOHOLIZAM I PORODICA**

Ranije je porodica, u kojoj je postojao problem alkoholizma, posmatrana na dva načina:

- kao glavni uzrok za nastanak alkoholizma, i
- kao žrtva i pačenik alkoholičara.

Oba pomenuta stava imaju vrednost, jer ukazuju na to da je porodica alkoholičara u svakom slučaju poremećena, bilo primarno, tj. da ima određenu ulogu u razvoju alkoholizma, ili sekundarno, tj. da trpi zbog alkoholizma jednog od svojih članova.

Dugo je alkoholičar posmatran odvojeno od svoje porodice. Pomoć i lečenje su pružani ili alkoholičaru ili njegovoj porodici, a ne oboma istovremeno. Porodica je sistem samostalnih pojedinaca od kojih svako trpi i reaguje u skladu sa ponašanjem ostalih članova.

Alkoholizam, kao treća bolest u svetu, teško oštećuje sve organe i funkcije ljudskog organizma. Nema nijedne oblasti u ljudskom delanju koja nije pogodjena alkoholizmom. Sasvim je sigurno da alkoholizam, više nego bilo koja druga hronična psihijatrijska bolest, utiče na porodicu. Ponašanje alkoholičara glavni je činilac koji stvara teškoće u funkcionisanju porodice i izaziva lančano reagovanje svih članova (žena, deca, rođaci), dalje se razvijajući u „bolesnu spiralu“, sa vrhom okrenutim nadole.

### **Osnovni psihološki i sociološki pojmovi o porodici**

Porodica je osnovna društvena zajednica, koja kroz istoriju menja svoje oblike i funkcije, nastaje kao zakonita veza između muškarca, žene i njihove dece. Ona predstavlja osnov za formiranje ličnosti. Istorija promena porodice kretala se od najprimitivnijih oblika do porodica savremenog tipa. Najsporije se menjaju odnosi unutar porodice. Kod nas postoje dva osnovna tipa porodice:

- Velika, patrijarhalna porodica, sa jasnom hijerarhijom. Ona se još zove i autoritativna porodica. Karakteristična je za seoske i primitivnije sredine, gde deca i unuci ne odlaze iz porodice, već ostaju u porodici na okupu.

- Mala, nuklearna porodica, gde postoji ravnopravnost između supružnika. Ona se još zove i demokratska porodica. Karakteristična je za urbane gradske sredine i emancipovanije kulture.

Glavne funkcije koje porodica treba da obavlja su: reproduktivna, ekonomска (obezbeđivanje materijalne sigurnosti), pravna (pružanje pravne i druge zaštite), kulturna (aspitanje i obrazovanje), psihološka (pružanje i učeње emocionalnosti), socijalizacijska (uklapanje u širu društvenu sredinu).

Uzajamni odnosi i emocionalna klima čine dinamiku porodice. Jasno je da porodični sistem zavisi od svojih članova, koji svojom međusobnom povezanošću održavaju emocionalno i socijalno jedinstvo. Porodična homeostaza (uravnoteženost) je vitalan princip, koji omogućava efikasno i koordinisano funkcionisanje porodice, u stalno promenljivim životnim uslovima. Dručiće rečeno, to je uravnoteženje biološkog, psihološkog, ekonomskog i sociološkog funkcionisanja. Homeostaza omogućava dinamičan odnos između pojedinca i šire društvene zajednice.

Sa psihijatrijske tačke gledanja, ne postoji idealno zdrava porodica. Porodice su ili pretežno zdrave, ili pretežno bolesne. Bolesna porodica (koja je neusklađena, nesređena, neuravnotežena, nefunkcionalna) postepeno gubi sposobnost da obavlja svoje osnovne dužnosti. Kod nje je poremećena dinamika i funkcionisanje. Naočiglednije se to ispoljava kroz emocionalno razdvajanje članova i slabljenjem porodičnih veza. Nefunkcionalnost porodice se ispoljava ili unutra u porodici, ili spolja prema široj društvenoj sredini.

### **Osobine alkoholičarskog ponašanja koje utiču na formiranje alkoholičarske porodice / braka**

Većina alkoholičara ima određene zajedničke osobine koje, udružene sa stalnim ekscesivnim pijenjem, igraju značajnu ulogu u porodičnom funkcionisanju. One se ispoljavaju u različitom intenzitetu, zavisno od ličnosti alkoholičara i više ili manje su očevideće u raznim stadijumima bolesti. Međutim, prisutne su kod svih alkoholičara u toksikomanskoj fazi bolesti. Najčešće karakteristike alkoholičarskog ponašanja, koje najviše pogađaju porodični život su sledeće:

a) Izbegavanje odgovornosti – normalna zaduženja u okviru domaćinstva (porodični budžet, briga o deci, obezbeđivanje materijalnih sredstava, zaštita članova porodice i dr.) prepustaju se npr. ženi. To kod nje može da dovede do pojačanog nezadovoljstva, ili do toga da „preuzme sve u svoje ruke“ i alkoholičaru oduzme i nekoliko zaduženja koja bi mogao da izvršava.

b) Nezrelost – manifestuje se u nerealističnom pristupu prema uobičajenim životnim aktivnostima. Nezrelost može biti emocionalna i socijalna. To alkoholičara onemogućava da obezbedi uslove za normalan porodični život.

On ne može na adekvatan način da zadovolji stvarne potrebe članova svoje porodice (supružnika, dece, roditelja, rođaka) u mnogim dimenzijama življenja.

c) Neadekvatnost u ulogama – neadekvatan je u određenim vitalnim oblastima porodičnog života. Ima poremećene bračne, roditeljske, rođačke i druge uloge. To praktično znači da je nesposoban za egalitarni partnerski odnos sa suprugom, da održava normalne seksualne odnose, da participira u vaspitanju i stvaranju autoriteta kod dece, da održava stara i stiče nova kvalitetna prijateljstva, da zadrži zadovoljavajući posao, da se uključi u neke društvene aktivnosti itd.

d) Nedostatak samodiscipline – ispoljava se u nestalnom, impulsivnom, nedoslednom, popustljivom ili krutom stavu prema ostalim članovima porodice. To veoma razorno deluje na porodični život, jer, porodična atmosfera je opterećena nesigurnošću, neizvesnošću, stalnim iščekivanjem nečega i lažnom nadom.

e) Samoživost – preokupacija sobom i svojim problemima onemogućava alkoholičara da prihvati ili prizna normalne potrebe ili teškoće drugih članova porodice, kao što su: povreda dece, bolest u kući, loš uspeh ili nedisciplina dece u školi, premor supruge, polaganje prijemnog ispita dece, problemi supruge na poslu ... Takve situacije često razdražuju alkoholičara i paradoksalno pokreću konflikt, svađu, a kod članova porodice izazivaju pojačano nezadovoljstvo, nesigurnost, odsustvo podrške, jer dotični ne saoseća i ne uključuje se u zajedničke ili pojedinačne probleme.

f) Negativan ili ambivalentan stav prema autoritetima – sprečava alkoholičara da uspostavi zdrav autoritet „glave porodice“. Ovo obično dovodi do nedostatka discipline ili pak preterano stroge discipline prema deci, što u oba slučaja u porodici dovodi do neprijateljstva, nezadovoljstva i konfuzije. U slučaju nedostatka autoriteta, njega preuzima ili majka ili najstarije dete.

g) Površnost – naročito u odnosu sa drugim ljudima, onemogućava alkoholičara da iskaže i prenese osećanja (ljubav), kako u porodici, tako i u široj sredini. To može stvoriti neurotičnu međuzavisnost članova porodice, koji pokušavaju da razreše alkoholičarevu usamljenost i osećanje praznine. Dete, koje u takvoj porodici ne dobija dovoljno ljubavi i topline, može postati mrzovljivo, slabo socijalizovano, povučeno. Takva deca postaju emocionalno nezrela, hladne ličnosti, veoma netolerantne tj. isključive, nespremne za kompromis.

h) Ograničenost interesovanja – prete da alkoholičara, ali i članove njegove porodice izoluju iz normalnih životnih tokova. On je često strastveni gledalac TV programa, sportskih utakmica, ... svih aktivnosti pri kojima ne mora da se ulaže nikakav intelektualan napor. Normalna interesovanja članova njegove porodice, žene, dece, doživljava ugrožavajuće i izazivaju veliku ljutnju kod njega. To može da dobije tolike razmere da alkoholičar počinje da zabranjuje normalne aktivnosti ostalim članovima porodice. Trudi se da se

članovi porodice ograniče samo na njegova interesovanja. To, pak, dovodi do postepene izolovanosti cele porodice.

i) Emocionalna zavisnost – koju ne mogu zadovoljiti ni prihvati ostali članovi porodice. Ona, pak, onemogućava alkoholičara da se stara kako o sebi, tako i o drugim članovima porodice. U nekim slučajevima, ova zavisnost može da bude toliko izražena, da alkoholičar doživljava ugroženost rađanjem svog deteta. Emocionalna zavisnost može se odnositi i na bračnog partnera i dovesti do trajnog nezadovoljstva kod oboje. Tada se svako od njih „okreće“ nečem drugom, u potrazi za zadovoljenjem – alkoholičar piću, a supruga npr. deci.

Nabrojane karakteristike su najpatogenije za porodicu. Postoje i druge osobine, koje takođe utiču na poremećaj porodičnog funkcionisanja: nesposobnost adekvatnog izražavanja emocija, niska frustraciona tolerancija, visok nivo anksioznosti u interpersonalnim relacijama, nedovoljno samopoštovanje, osećanje odbačenosti i usamljenosti, grandomanije, konfuzija seksualne uloge...

Smatra se da ove osobine alkoholičara ograničavaju i remete porodični život više nego samo pijenje. One mogu da postanu izvor raznoraznih porodično-bračnih nesuglasica, još pre nego što pijenje postane ekscesivno. Epizode ekscesivnog pijenja često stvaraju krize i razdore između članova porodice i pružaju im opravdanje za nesuglasice u porodičnom životu.

## Supruge alkoholičara

U alkoholičarskim brakovima „zdravi“ bračni partner je u 4 od 5 slučajeva supruga. Preovlađuje mišljenje da je supruga alkoholičara hrabra, tražićna i napačena žrtva, koja nipošto nije odgovorna ni za pijenje muža, ni za poremećaj porodičnog života. Većina žena, koje su pristupile organizovanom lečenju, priznaje da su do izvesnog stepena i same bile poremećene ličnosti pre braka, ili da su to postale tokom dugogodišnjeg muževljevog alkoholizma. Tako su doprinosile nastavljanju pijenja muža i, što je značajnije, poremećaju porodičnog života. Iz ovoga može da se izvede zaključak da supruga alkoholičara nije nevina žrtva „brutalne i impulsivne piganice“. Ovo saznanje je od kapitalnog značaja jer supruge, prema savremenim shvatanjima, moguigrati odlučujuću ulogu u lečenju alkoholizma i ozdravljenju porodičnog života. Opisane su četiri vrste žena alkoholičara:

a) Žena paćenica – ona se predstavlja kao mučenica koja je stalno maltretirana od muža pijanca. U svemu tome ima dosta mazohizma, tj. takve žene pate jer žele da budu jadne.

b) Žena kontrolor – ona sve kontroliše, naređuje, „komanduje u kući“. Ona bira za muža čoveka nad kojim će da komanduje. To je superiorna žena koja se udaje za inferiornog muža.

c) Žena majka – ona se povremeno ljuti, ali sve brzo opršta i spremna je da po hiljaditi put „veruje“ obećanju muža da više neće piti. Ona se stalno koleba između ljubavi i odbacivanja. To je nesigurna žena sa promenljivom tolerancijom.

d) Žena moralista – ona se stalno poziva na moralna načela, koja beskočno dugo očekuje da će muž alkoholičar da ispunji. Kada se to ne dogodi, spremna je da kažnjava prekidom komunikacija, zabranom seksa itd.

Postoje i drugi tipovi žena: primerna žena, lakomislena, neodlučna i plasljiva, žena koja ne zna šta hoće, žena oportunistica, žena koja stalno raskida, žena koja je stalno za sporazum, kruta, žena koja prezire itd. U principu, srećemo se sa svim tipovima žena. Žena koja se prilagođava alkoholizmu svog muža, vremenom menja i stil svog ponašanja. Tako se ista supruga najčešće javlja u tri tipa – prvo kao paćenica, zatim kao kolebljivica i konačno kao kontrolor.

Interesantno je u kojoj meri neki tipovi žena biraju alkoholičare za muževe. Nije redak slučaj da su žene u trenutku venčanja svesne prekomernog pijenja svog budućeg muža. Međutim, ne odustaju od udaje, nadajući se da će ga brak „uozbiljiti“ i „popraviti“, naročito rađanjem deteta.

Većina modernih autora stavlja naglasak na seksualnu nezrelost alkoholičara, a to se zapaža i kod njihovih supruga. Alkoholičari imaju ograničen, jednoličan seksualni život, u kome je prisutno malo zadovoljstva za oba partnera. Mnogo se govori o smanjenoj seksualnoj moći, impotenciji kod alkoholičara. Kod supruga se često sreće frigidnost, sa kategoričkim odbijanjem svakog seksualnog odnosa.

Zapazili smo interesantnu pojavu kod nekih supruga alkoholičara. U trenutku kada njihov muž prestane da pije i eventualno počinje sa terapijom, kod njih se primećuju psihičke smetnje. Obično se radi o glavobolji, nesanici, lošem raspoloženju, slaboj koncentraciji, razdražljivosti, anksioznosti itd.

Utišak koji stičemo pri prvom kontaktu sa suprugom alkoholičara, često nam nameće podelu na negativne (štetne) i pozitivne žene, u odnosu na dalji tok lečenja njihovih muževa. U stvari, „štetna supruga“ ne postoji. Realno je očekivati da će žena koja je dugo trpela pijanog muža učiniti maksimalan napor da ga prihvati treznog i uključi se u terapiju. U početku lečenja, može da se javi nesnalaženje u novoj terapijskoj situaciji. Neke supruge teže odustajanju od starih obrazaca ponašanja, koji mogu biti uslovljeni i izvesnim kulturološkim nasleđem. Druge, pak, teško se odriču dobiti koje su imale muževljevim pijenjem alkohola. Treće imaju problem uspostavljanja bliskosti sa mužem, dugo zadržavajući distanciran odnos. Četvrte se teško odriču svoje dominantne uloge u porodici, veoma teško prepuštajući određene funkcije svom mužu, itd.

## Muževi alkoholičarki

Za razliku od žena čiji muževi piju, muževi, čije žene piju, mnogo češće napuštaju svoje supruge. Malo je brakova koji „prežive“ do prvog pokušaja lečenja supruge. Glatt navodi tri tipa muževa, čije su žene alkoholičarke:

a) Muževi koji su i pre braka bili svesni da im žena preterano pije. Razlozi stupanja u brak sa takvom osobom su: takvi muškarci imaju neurotične ili neke druge psiho-patološke probleme, ili su i sami bili alkoholičari (i svoju suprugu su i upoznali u kafani), druga mogućnost stupanja u brak sa takvom ženom je zbog njenog solidnog materijalnog stanja.

b) Muževi koji su više godina stariji od svojih supruga. To su obično uspešni poslovni muškarci, koji dominiraju nad svojim ženama, tretiraju ih kao dete i obezbeđuju im materijalnu sigurnost. Obično, ovakvi bračni partneri nikada nisu ni imali mnogo zajedničkog.

c) Muževi koji su inteligentni, obrazovani, krutog i povučenog ponašanja, koje je veoma korektno. Obično su veoma opsesivni. Oni su najčešće pod uticajem svojih žena alkoholičarki, koje svoju dominaciju iskazuju i kroz preterano pijenje. Ovakvi muškarci trpe svašta, ponekad do neverovatnih razmera. Veoma su nekorisni u terapiji, jer teško menjaju svoju poziciju.

## Deca iz alkoholičarskih brakova

Uticaj alkoholizma na decu je snažan i kompleksan. Većina autora se slaže da alkoholizam negativno utiče na psihički (emocionalni) i socijalni, a često i na fizički razvoj. Porodici alkoholičara svojstvena je nestabilnost u odnosima alkoholičar-deca. Zavisno od toga da li je pod dejstvom alkohola ili nije, otac reaguje različito. Obično je to u ekstremima, iz krajnosti u krajnost. U periodima apstinencije ne ponaša se loše, čak može pokazivati veliku zainteresovanost za decu. To je obično kompenzacija za totalnu nezainteresovanost u pijanom stanju. Deca obično žive između nade i razočarenja, najčešće zanemarena i odbačena, i od roditelja koji pije, i od roditelja koji ne pije. Oba roditelja su okupirana ličnim problemima i potrebama. Majka koja ne pije „nema snage“ da se dovoljno brine o deci, jer svu svoju energiju troši u sukobu sa mužem alkoholičarem. Deca se obično „stavljaju“ na stranu jednog od roditelja i rivalizuju sa drugim.

Roditeljstvo sa svim svojim obavezama i odgovornostima, može da bude nepodnošljiv teret za alkoholičara. Plaši se povećane odgovornosti, i mogućnosti da bude lišen pažnje svoje supruge. Zato alkoholičar često odbacuje svoju decu. Istovremeno, majka ih preterano vezuje za sebe i prezaštićuje, i deca se obično stavljaju na njenu stranu. Okretanjem supruge deci, nezadovoljstvo kod alkoholičara se povećava i on postaje ljubomoran na sopstvenu decu. Prisustvo dece iz drugog braka, još više komplikuje situaciju.

Napomenuli smo da je stanje u porodici izrazito nestabilno. Psihološka atmosfera je nestalna i nepredvidiva, obojena stalnim sukobima i emocionalnim preokretima. Postoji stalno osećanje opšte nesigurnosti, čak se i formalne veze svakog trenutka dovode u pitanje. Deca, kao i roditelji, mogu postati previše sklona konfliktima, mogu reagovati u međusobnim odnosima na destruktivan način. U takvoj porodičnoj atmosferi, osnovne potrebe deteta za sigurnošću i ljubavlju nisu zadovoljene. Detetu su potrebna oba roditelja, a ono ih praktično nema. Roditeljski model i standardi ponašanja su krajnje nepouzdani. Smatra se da su za porodicu alkoholičara specifični: poremećaj uloga, način odlučivanja i manipulacija decom. Dete je zbuljeno i ne zna kako da se ponaša, ne zna ko je, šta je, i šta se od njega očekuje, kao i šta ono može da očekuje od drugih. Dečak ne može da nauči da se ponaša kao budući muškarac, a devojčica formira iskrivljenu sliku o ženskoj ulozi u porodici. U ovakvoj porodici osnovne potrebe za sigurnošću i ljubavlju nisu zadovoljene, pa deca postaju preosetljiva, nesigurna, nesamostalna, neusklađena. U jednom trenutku, kod starije dece alkoholičara, gubi se svako poštovanje prema ocu pijancu i javlja se totalni nedostatak autoriteta.

Posledice alkoholizma jednog od roditelja, kod dece su različita i zavise od uzrasta.

a) Mala deca – pokazuju pretežno psiho-somatska reagovanja i razne oblike poremećaja navika i ponašanja, kasniji psiho-motorni razvoj, duže mokrenje u krevetu, strah od mraka ili životinja, grickanje noktiju, preterana stidljivost ili su veoma nemirna deca, nemogućnost uspostavljanja kontrole od strane oba roditelja... Posledice u ovom dobu mogu da budu slabije uočljive, i manifestuju se tek u starijem dobu života.

b) Veća deca (adolescenti) – pokazuju upadljive poremećaje. U ovom periodu postojeći nemanifestovani konflikti iz ranijeg perioda se aktiviraju intenzivnije i postaju manifestni. Poremećaji kod adolescenata mogu se podeliti u tri kategorije:

- Psihički poremećaj u užem smislu – teškoće u pronalaženju sopstvenog identiteta (kriza identiteta), nisko samopoštovanje, stalni nemir, osećanje beskorisnosti, anksioznost, preosetljivost, emocionalna labilnost, neodlučnost, pasivnost, niska frustraciona tolerancija, neistrajnlost... Posebno je značajno bazično nepoverenje, nesigurnost i nesamostalnost, koji kasnije mogu da dovedu do formiranja poremećene ličnosti (psihopatije). Problem autoriteta koji se javlja, često ostaje za ceo život.
- Školski uspeh – može da bude pozitivan i negativan. Najčešće se radi o neuspehu u školi. Ali, ređe dete može da bude veoma uspešan đak, kao kompenzacija i potreba da se bar u nekoj životnoj dimenziji do kaže. U svakom slučaju ovo je važan pokazatelj funkcionisanja deteta.

- Problem socijalnog prilagođavanja – koji je i inače pratilac adolescentnog perioda, naročito u odnosu na porodicu, školu i grupu vršnjaka. Prilagođavanje može ići po ekspanzivnom tipu (agresivno i antisocijalno ponašanje) ili po inhibiranom tipu (mirno, povučeno i izolovano).

Ozbiljnost ovih problema može oscilirati od tranzitorne adolescentne krize, do ozbiljne psihoze i socijalne patologije. Mada se u ovom dobu treba čuvati generalizacije i donošenja konačnih zaključaka, teško je zamisliti da dete koje raste i razvija se u alkoholičarskoj porodici, može da bude psihički, emocionalno i socijalno usklađeno.

### **Porodično prilagođavanje alkoholizmu jednog člana**

Prema američkom sociologu Jackson-u, postoji sedam sukscesivnih faza u prilagođavanju na alkoholizam člana (muža). Mi smo ga prilagodili našem folklornom obeležju:

1. Anulacija problema – pokušaj da se problem izbriše. Ekscesno pijenje sa problemima, smenjuje se sa periodima nepijenja. U „treznoj“ fazi bračni par izigrava primerne supružnike. Žena je spremna na razne manevre (čak i zajedničko „kontrolisano“ pijenje alkohola), samo da zadrži privid mirne porodične atmosfere. Spremna je da se srodi sa ovakvim stanjem. Problemi koji nastaju zbog pijenja minimiziraju se, zanemaruju se do skotomiziranja. Prema široj socijalnoj sredini, još uvek uspevaju da zadrže iluziju savršenog braka.

2. Eliminacija problema – pokušaj da se problem potisne. Akumulacija ekscesa u pijanom stanju prisiljava porodicu da „mora“ da konstatiše probleme. Ali, još uvek uspevaju da ga „stave u drugi plan“. Ipak, to prisiljava porodicu da počinje da menja svoje funkcionalisanje, da ga prilagođava pijano/treznim periodima i da se postepeno izoluje. Problem pijenja postaje centralna tema, ali pokušava da se „sakrije“ od dece, prijatelja, komšija ili na radnom mestu. Supruga još uvek ne traži pomoć od drugih, jer bi takav korak značio priznavanje ličnog neuspeha. Alkoholičar se oseća neshvaćenim, a supruga je u poziciji „paćenice“. Nezadovoljstvo u porodici postepeno raste.

3. Dezorganizacija – kompletan haos u porodici. Supruga ne ulaže više napore da bi uticala na ponašanje svog muža. Smatra da je alkoholizam problem koji će večito trajati. Deca se sve više uvlače u bračne svađe i počinju da pokazuju sve očiglednije psiho-somatske smetnje. Supruga odbija seksualne odnose. Alkoholičar se kompletno oseća odbačenim. U ovom stadijumu teško je prići rešavanju problema na konstruktivan način. Obično okolina još uvek ne smatra alkoholičara bolesnikom i stavlja mu na teret punu odgovornost za njegovo stanje. Supruga je obično u poziciji „kolebljivice“.

4. Reorganizacija – pokušaj ponovne organizacije i pored očiglednog problema. U fazama pijenja i krize, supruga pokušava da deluje energično. Preti razvodom, čak povremeno i napušta muža na kraći period, ali uvek iz nekog sudbonosnog razloga ili muž uspe po ko zna koji put da je ubedi, vraća se sa idejom da pokuša još jednom. U granicama mogućnosti, potpuno preuzima upravljanje porodicom. Supruga pokušava da kombinuje ulogu oca i majke. Svi članovi porodice uključuju se u pokušaje kontrole ili rešavanja problema zbog pijenja (grdnjom, izolacijom, omalovažavanjem, ismevanjem, svađama...).

Ovaj stadijum se često sreće u našim uslovima. Uspostavlja se patološka homeostaza. U izvesnoj meri porodica se reorganizuje i može nastupiti relativna „stabilnost“, smanjujući porodično funkcionisanje na minimum, a shodno tome i uticaj alkohola na porodicu. U tom periodu žena, obično uz pretnju mužu da će da ga napusti, preduzima i neke korake: traženje saveta stručnjaka, advokata do ponošenja tužbe za razvod braka. Pod ovolikim pritiskom, alkoholičar često kapitulira i prihvata lečenje. To može da bude pravi čas za započinjanje lečenja, sa velikim izgledima na uspeh.

5. Bežanje od problema – ako ne usledi lečenje u prethodnoj fazi, supruga definitivno napušta muža (ako joj materijalne mogućnosti dozvoljavaju). U to vreme, ona dobija različite savete, zavisno od toga da li se obraća pažnja na spasavanje porodice (tada je savetuju da napusti muža), ili alkoholičara (tada je savetuju da zbog dece treba da trpi i nada se da će se problem rešiti). Kada alkoholičar zaista ozbiljno shvati da njegova žena razmatra mogućnost konačnog razlaza, ponekad čini veliki napor i apstinira jedan period. Posle apstinencije može da usledi ponovni pokušaj zajedničkog života, koji obično ima ograničeni rok do novog propijanja. Neki put ovaj trenutak može da se iskoristi za započinjanje lečenja. Nakon ove faze moguća su dva ishoda:

a) Reorganizacija jednog dela porodice – ako lečenje ne usledi ni nakon prethodne faze. Obično supruga sa decom reorganizuje život bez muža alkoholičara. On tada počinje da ih uznemirava, da im preti, decu sačekuje pred školom ili suprugu bruka na radnom mestu. Čak i u ovoj fazi, posle izvesnog vremena, alkoholičar može da prihvati lečenje. Međutim, stav supruge može da bude dvojak. Ona ne želi više nikakve pokušaje zajedničkog života uključujući i lečenje, jer je u novoj reorganizaciji uspostavila zadovoljavajući mir za sebe i decu. Druga mogućnost je da supruga konačno shvati da je njen muž bolesnik i zbog osećanja krivice spremna je za saradnju u lečenju. Obično je lečenje poslednja šansa koju je spremna da pruži mužu.

b) Reorganizacija i stabilizacija čitave porodice posle lečenja – članovi porodice imaju teškoću da prihvate treznog alkoholičara i vrate mu mesto i ulogu koja mu pripada u porodici. Porodica je već više puta do tada doživela mnoge periode apstinencije i ponovnog propijanja. Nema baš mnogo poverenja u ovaj novi eksperiment. Supruga veoma teško prepušta upravljanje po-

rodicom, tj. podelu vlasti sa mužem. Deca su nepoverljiva, jer su mnogo puta izneverena i teško prihvataju očev autoritet. Po navici nastavljaju da imaju glavnu relaciju sa majkom, i dalje zanemarujući oca. Ponekad, supruga oseća ljubomoru prema terapijskoj ustanovi, jer je uspela da stabilizuje njenog muža, dok njoj samoj to nije uspelo. Bojazan od recidiva dugo se zadržava, sve do tada dok se ne uspostave i ustale novi obrasci ponašanja, viši nivo funkcionalnosti i ravnoteže u porodičnim odnosima. Tada se menja kompletan odnos subsistema u porodičnom sistemu i porodičnog sistema u odnosu na suprasistem. Smatra se da je kompletan uspeh terapije ako se postigne promena drugog stepena.

## **UMERENO PIJENJE I PRIKRIVENI ALKOHOLIČAR**

Mnogo pre razvoja nauke čovek je otkrio efekte izvesnih tečnosti koji su mu prijali. Zatim je počeo da proizvodi tečnosti ili pića koja su imala veoma prijatne efekte na njega. Ne zna se kada je čovek shvatio da su ti prijatni efekti izazvani prisustvom alkohola u tim tečnostima. Imenovanje te dejstvene supstance je povezano sa duhom ili sa dušom. Kada bi šaljivo pristupili jezičkoj osnovi onda bi duh nacije (spirit of the nation) moglo da se prevede i kao alkohol nacije. Neki stručnjaci kažu: kada bi se danas otkrio alkohol, verovatno bi postao uspešan lek protiv depresije ili nesanice.

Izučavanje starih zakona ukazuje na teške kazne koje su se izvršavale u slučaju utvrđenog pijanstva povezanog sa krivičnim delom. I danas su alkoholna pića, njihova proizvodnja, kvalitet, prodaja, pijenje i ponašanje osoba koje imaju određene koncentracije alkohola u krvi, tj. ponašaju se pod uticajem alkohola, ubedljivo povezani sa mnogobrojnim zakonima. Na taj način savremena društva pokušavaju da smanje štetu koja je povezana sa ponašanjem pod uticajem popijenog alkohola. Oslanjajući se na ubeđenje da je alkohol štetan, izvesna društva su pokušala da potpuno isključe i zabrane proizvodnju i potrošnju alkoholnih pića. Smatra se da je pokušaj prohibicije veoma neuspeo i da je doprineo razvoju organizovanog kriminala u SAD. Posle ovog iskustva savremena društva zapadne hemisfere uglavnom pokušavaju da primene delimične zabrane i povećanu kontrolu proizvodnje, potrošnje i ponašanja povezano sa alkoholom.

Znači, alkoholna pića su ne samo neizbežna u svakodnevnom životu, već su i poželjna. Činjenica je da 95% odrasle populacije piće alkoholna pića. Zahvaljujući broju ljudi koji piju alkoholna pića, očigledno je da ne bi uspeo nijedan referendum koji bi tražio izjašnjavanje o potpunoj zabrani alkoholnih pića. Očigledno je da ovolika zastupljenost „korisnika“ alkoholnih pića ukazuje na prijatnosti koje se postižu pijenjem. Ljudi piju, ili počinju da piju uz puno ubeđenje da će im uz pomoć efekata alkohola biti prijatnije, da će se bolje osećati, da će se opustiti, da će lakše razgovarati, da će biti slobodniji, sigurniji, hrabiji, čak i uspešniji. Mnogo čašica se popije da bi se otklonile želudačne tegobe ili da bi se lakše svarila hrana, da bi se otklonio umor, da bi se otklonio osećaj hladnoće, da bi se otklonilo trpljenje letnje žege, da bi se

bolje zaspalo. Poslednjih decenija se sopstveno pijenje alkoholnih pića često opravdava i potrebom da se prošire krvni sudovi u organizmu.

Mnoga od ovih tumačenja ili opravdanja alkoholozi ubrajaju u zablude. Ali, i u ovom slučaju „najlepše pevaju zablude“. Međutim, mora se reći da su savremena, veoma utemeljena naučna istraživanja na velikom broju ispitanika, u mnogim oblastima, utvrdila povoljne efekte alkoholnih pića. Čak, nauka podržava i primenu malih količina alkoholnih pića. Osobe koje piju umereno duže žive od onih koji uopšte ne piju. Pošto je kriterijum kvaliteta savremenog društva i dužina života stanovništva, proizlazi da svakodnevno pijenje malih količina alkohola potvrđuje kvalitet društva u celini, jer se obezbeđuje duži život. Još u XIX veku je lekar, Ainstie postavio granicu bezbednog, svakodnevnog pijenja. Po njegovoj proceni, to je 42 ccm apsolutnog alkohola u obliku različitih pića. To je približno dve čašice ljute rakije, pola litre vina, četiri čaše piva (ne znam veličinu tih čaša).

Izvesna podrška ovako postavljenoj granici bezbednog pijenja je istraživanje u Francuskoj, gde je utvrđeno da ciroza jetre počinje da se javlja kod onih koji piju preko pola litre vina dnevno. Uzgred, ne treba zaboraviti da Francuzi, kao ubedljivi potrošači vina, pomeraju granicu i na litar dnevno (preobraćaju to u preporuku: ne više od jednog litra dnevno).

Očigledno je da ova istraživanja ne idu u prilog onih koji uopšte ne piju alkoholna pića. A tako lepo bi mogli da produže život kada bi svakodnevno pili do postavljene bezbedne granice. Uopšte, čudna je ta „fela“ ljudi, tih 5% koji odbijaju sve prijatnosti koje proizvodi alkohol, pa i produženje života. Očigledno se radi o ličnom svesnom izboru pojedinaca, koji ne prihvataju da rade ono što „svi rade“ pa čak ni ono što podržava ozbiljno naučno istraživanje. Prihvataju da budu „bele vrane“ i da im se onih 95% odraslih čudi. Poslednjih decenija obično se smatra da su apstinenti lečeni alkoholičari, pa ne smeju da piju i zato što uzimaju tetidis. Posle ovako utvrđenih činjenica došlo je do vidljivih promena u opštem društvenom, pa i naučnom pristupu pijenja alkoholnih pića. Takoreći, ne samo da se dopušta, već se i podstiče svakodnevno bezbedno pijenje. Naravno, pošto ubedljiva većina odraslih pije, očigledno je da i nije potrebno nekakvo organizovano podsticanje.

Ipak, alkohol se smatra neizbežnim faktorom bolesti koja se zove alkoholizam, zajedno sa faktorom ličnosti i faktorom socijalne sredine. Nema alkoholizma bez alkohola. Ne treba zaboraviti da mnoge računice ukazuju da je alkoholizam treća bolest po šteti koju nanosi društvu u celini (posle kardiovaskularnih i malignih bolesti). Međutim, ovih decenija se alkoholizam našao u senci drugih adikcija–narkomanija i pušenje, koje privlače veću pažnju mnogih društvenih i državnih ustanova. Kao da je došlo do izvesne ravnoteže u odnosima društva i alkoholičara, ili potrošača alkoholnih pića. Najviše društvene pažnje privlače oni koji u pijanom stanju, ili pod uticajem alkohola oštetečuju druge i sebe. Na primer, mladić u pijanom stanju izazove „saobraćajku“

u kojoj pogine svo četvoro u kolima, a samo on ostane živ. Naravno, on nije alkoholičar. Ali je više nego očigledna šteta koju je izazvao. Ipak treba ukazati da praktično ne postoji alkoholičar (koji dolazi na psihijatrijske preglede i/ili lečenje), koji istovremeno i ne puši. Takođe, čak i među „narkofilima“ i ubeđljivim adiktima mlađih godina ima mnogo budućih zavisnika od alkohola.

Populacija „problem drinkera“, korisnika alkohola koji svojim postupcima i ponašanjem čine štetu i ugrožavaju svoje i tuđe živote, sastoji se od mlađih ljudi, od 15–16 do 25–26 godina. Savremena društva pokušavaju da zakonski zabrane prodaju alkoholnih pića mlađima. Negde se zabranjuje prodaja pića mlađima od 18 godina, negde mlađima od 21 godine. Postoje silna stručњačka preganjanja oko toga da li ima ikakvih povoljnijih rezultata ovakvih zabrana. Oni koji ukazuju da nema vidljivog efekta ovakav oblik zabrana i zakona, nikako da se izjasne da li to podrazumeva da treba uopšte ukinuti zabranu točenja i prodaje pića mlađima. U ovoj oblasti dolazi do paradoksa, obzirom da savremeno društvo podstiče sve ranije sticanje slobode u opštessocijalnom funkcionisanju, a da, eto, pokušava da im zabrani pijenje alkoholnih pića do pune 18. i 21. godine.

Pošto ova populacija uglavnom učestvuje u šteti kroz alkoholičarsko ponašanje, onda je došlo do uбеђenja da je neophodno da određene ustavne obezbede sve naučne informacije o šteti koju može izazvati alkohol i šteti koja proizlazi iz ponašanja pod uticajem alkohola, pa da, u skladu sa individualnim slobodama savremenih demokratskih društava, pojedinac izabere. Istovremeno, ako je već izabrao da pije alkoholna pića, onda postoji obaveza ustanova da nauče posebno mlađe korisnike kako da koriste alkoholna pića sa što manje štete. S obzirom da mlađi koriste alkoholna pića za sticanje samopouzdanja, sve više se primenjuju programi u kojima se mlađi ljudi uče socijalnim veštinama, prikladnim obrascima ponašanja, pa i povoljnog sistema vrednosti i kvalitetnijim ciljevima u životu, što se sve više smatra obaveznim delom prevencije svih oblika opasnih i socijalno nepovoljnih obrazaca ponašanja. Istovremeno, u ovakvim programima i „radionicama“ odvijaju se i slobodne diskusije o ličnim iskustvima i o nepovoljnim obrascima ponašanja, bez zabrane i bez zahteva za tzv. „nultom pozicijom“ tj. za potpunom apstinentijom.

Ovako usmeren rad sa mlađima proizlazi i iz činjenice da se u ovom dobu života oni odvajaju od porodice, pristupaju grupi vršnjaka i ostvaruju širu socijalizaciju. Ove radionice doprinose da oni kroz socijalnu individualizaciju ostvare i povoljne uslove za odvajanje od primarne porodice. Međutim, ogromna većina dece i mlađih počinje da pije alkoholna pića u porodicu. Mnogi mlađi imaju roditelje alkoholičare, još više njih ima roditelje koji su „laki“ ili „teški“ socijalni potrošači. Time se naravno otklanja mogućnost porodične zabrane, a povećava se mogućnost veoma ranog sticanja iskustva vezano za pijenje i prva opijanja. Stabilnost savremene porodice i neophodna

prisutnost biološke majke i oca čak nisu dovoljni za ostvarenje povoljne klime za prikladni razvoj deteta, kako prema stvaranju sopstvenog identiteta, tako i prema povoljnoj socijalnoj usmerenosti. Čak ni takoreći idealna porodica, bez obzira na nepouzdanost teorijske postavke, nije dovoljna da ostvari povoljne preduslove za osamostaljenje i ulazak odrastajućeg potomka u društvo vršnjaka i društvo odraslih. A po mnogim pokazateljima i porodica i roditelji su daleko od idealizovane pretpostavke (zaposleni i odsutni roditelji, razvodi i nova zamena za roditelje, roditelji alkoholičari i nasilnici, čak i narkomani i usvojitelji homoseksualci). Nasilje, koje je veoma aktuelizovano, često je povezano sa alkoholizmom roditelja. Otac daje detetu od 18 meseci pivo, tako da dete plače kad mu ga uzmu, i bira pivo kad mu se nudi mleko. Savremena porodica je odustala od tradicionalnih rituала, često i pod pritiskom društvenih promena koje se zovu napredak. Generacijski razmak, koji je moguće u prethodnim generacijama bio prenaglašen, sada se kroz demokratizaciju gubi. Sve to isključuje mogućnost da dete u okviru porodice ima „objekat za identifikaciju“, da uči od nekoga, da se poistoveti sa nekim. Čak i kada bi do identifikacije unutar porodice i došlo, to nikako ne bi predstavljalo uspešnu identifikaciju.

Umereno pijenje poslednje tri decenije postaje osnova za brojne rasprave, od kako su neki programi lečenja postavili takav cilj umesto potpune apstinencije. Pre svega, epidemiološka istraživanja su pokazala da izvesni pojedinci u različitim intervalima tokom višegodišnjih anketiranja mogu postati umereni u pijenju, iako su u prethodnoj anketi bili ubedljivi zavisnici od alkohola. Zatim su se javili i izveštaji da poneko iz programa lečenja koji zahteva potpunu apstinenciju, posle nekoliko godina može piti umereno, bez obeležja zavisnosti. Zatim se prešlo na istraživanje rezultata lečenja u kome se jedna grupa leči sa ciljem potpune apstinencije, a druga grupa sa ciljem umerenog pijenja. Ovo istraživanje Marka i Linde Sobel podvrgnuto je brojnim, često surovim, kritikama i neutralnim, stručnim procenama, koje su dokazale da njihov program ispunjava sve principe naučnog istraživanja.

Osnovna postavka alkohologije je bila da je alkoholizam hronična, progredirajuća bolest, koja bez lečenja i apstinencije neizbežno dovodi do smrti. Ovi nalazi su ukazivali da zavisnost od alkohola ne mora biti kontrolna, da su moguća poboljšanja i pogoršanja alkoholizma, tj. stepena zavisnosti. Životno iskustvo ukazuje da među nekada lečenim ljudima, za koje se može reći da su bili i u stanju pune ispoljene zavisnosti, ima onih koji postepeno mogu preći na umereno pijenje, sve do potpune apstinencije. Za ovakve alkoholičare se obično kaže da su „popili svoju porciju“, ili da su „dopijeni“. Proizlazi da alkoholizam ne mora biti hronično progredirajuća bolest kod nekih, što ipak ne isključuje neopozivu činjenicu da je alkoholizam hronično progredirajuća, pa i smrtonosna bolest kod mnogih. Naravno, ostaje logički nedorečeno pitanje: ako neko sam sebe zapali ili ga u pijanom stanju zgazi auto, posle dve-tri

decenije alkoholizma, da li je i to smrt uzrokovana ovom bolešću. U oblasti alkoholizma, kao i u mnogim drugim oblastima medicine, postoji neuhvatljivo neslaganje između teorije, nauke i prakse, pa i između selekcioniranih naučnih uzoraka i kliničkih uzoraka, posebno između viđenih (na lečenju) i „vidljivih“ alkoholičara s jedne strane i „nevidljivih“ alkoholičara, kojih je većina, s druge strane.

Za mene je od velikog značaja navedeni podatak da je eksperimentalno lečenje primenjeno na pacijentima za koje je procenjeno da imaju dobru prognozu. Proizlazi da u lečenju pacijenata sa lošom prognozom i ne dolazi u obzir kontrolisano ili umereno pijenje kao cilj.

U našim psihijatrijskim ustanovama se pretežno leče alkoholičari sa ubedljivo ispoljenim obeležjima zavisnosti, te već po tome bi bilo veoma neodgovorno prepostavljati dobru prognozu na početku lečenja. To je već dovoljna osnova da cilj lečenja u našim ustanovama bude potpuna apstinencija. Smatra se da jednom ukorenjena zavisnost otklanja mogućnost umerenog i kontrolisanog pijenja bez štete po organizam i bez nemerljive verovatnoće i ponovnog uspostavljanja zavisnosti od alkohola. Međutim, po završetku programa lečenja, jasno je da se lečenim alkoholičarima prepušta mogućnost ličnog izbora. U našim ustanovama se suviše često suočavamo sa alkoholičarima koji su posle čak i duge apstinencije, pa i posle izvesnog perioda umerenog ili kontrolisanog pijenja, u potpunosti obnovili zavisnost i praktično sve posledice najtežih oblika alkoholizma. Pošto se ne zna ko će od onih koji po preporuci lekara piju umereno preći na štetno pijenje sa zavisnošću, psihijatri se ne slažu ni sa internistima koji preporučuju čašicu-dve-tri viskija pacijentima sa kardio-vaskularnim smetnjama. Mi smo lečili profesora univerziteta od teškog oblika alkoholizma kome je hirurg preporučio pola litre crnog vina dnevno posle resekcije želuca.

Uprkos ovakvim tendencijama, uspostavlju se društvene ustanove koje podstiču povoljne odnose roditelja u cilju održavanja i poboljšanja pripreme deteta za socijalizaciju i pristup u sredini van porodice. Uspešne porodice ipak su one koje, uz uspešnu preraspodelu uloga i odnosa, preuzimaju puniju odgovornost prema rođenoj deci. Ovako uspostavljene porodice mogu imati i izvesna obeležja asocijalnosti, sa određenim granicama prema socijalnoj sredini, ali to je često način kako pružiti podršku nastajućem odraslomu čoveku, muškarcu i ženi, koji imaju snage da ostvare lični sistem vrednosti, da prihvate pozitivne podsticaje iz socijalne sredine, ali i da odbiju brojne nepovoljne imitacione obrasce koji uključuju i sve oblike zavisnosti i nesamostalnosti. Pojedinac koji ostvari svest o sebi, o sopstvenim izborima, o sistemu vrednosti kojim obogaćuje sopstvenu ličnost, kao i svoje bližnje, može održati umereno, bezbedno pijenje. Tako se umereno pijenje alkoholnih pića, uz sve navedene povoljne komponente ličnog izbora i ličnog doživljaja, može prihvatiti i održati.

Podaci o količinama popijenih alkoholnih pića „po glavi stanovnika“ ukazuju na ogromnu potrošnju u svim društвima u kojima se ostvaruje izvesna kontrola proizvodnje i kupoprodaje alkohola. Epidemiološka istraživanja i vešta primena statistike (na primer na osnovu broja obolelih od ciroze jetre), ukazuju na ubedljivu prisutnost ljudi koji mnogo piju, pa se, na osnovu količine pića u određenom intervalu vremena, zaključuje da ima 2–4% alkoholičara u opшtoj populaciji ili oko 15% u populaciji odraslih. Ako bi uzeli u obzir najnižu moguću granicu za broj alkoholičara, na primer 1% od opшte populacije, dobijaju se brojevi koji bi mogli izazvati paniku. Istovremeno, u grupi odraslih, među njih deset jedan je sigurno alkoholičar, a najmanje još jedan je na granici da postane.

Spas za zdravstvene ustanove koje se na bilo koji način bave alkoholičarima je u tome što se alkoholičari veoma retko javljaju na lečenje zbog alkoholizma. Pretpostavka je da se najviše 5% alkoholičara leči zbog alkoholizma. Međutim, istraživanja pokazuju da se među bolesnicima internih i hirurških odeljenja nalazi najmanje 23% alkoholičara, koji se nikada nisu i neće lečiti od alkoholizma. Ovakva zastupljenost alkoholičara među bolnički lečenim telesnim bolesnicima potvrđuje činjenicu da alkoholičarski nivo potrošnje alkohola pouzdano ugrožava telesno zdravlje i doprinosi ne samo bolesti, već i težim oblicima tih bolesti. Još kada se na sve ove podatke doda i činjenica o složenosti i dužini lečenja alkoholičara, pa i o nedovoljno optimističkim rezultatima lečenja, onda proizlaze bezbrojna pitanja vezana za osmišljeni stav prema alkoholizmu kao tipičnoj psihosocijalnoj bolesti sa jasno oblikovanim alkoholičarskim ponašanjem. Na primer, da li su zaista alkoholičari samo oni koji se posle 2–3 decenije javljaju na psihijatrijsko lečenje zbog alkoholizma i psihijatrijskih posledica, ili su alkoholičari oni koji u pijanom stanju postaju ubedljivo socijalno „vidljivi“ zbog nasilničkog ponašanja i krivičnih dela. Postoji još jedan, veoma vidljiv, ali veoma mali deo opшte populacije alkoholičara, koji predstavljaju socijalni talog, beskućnici potpuno zapuštenog izgleda, koji spavaju ispod stepeništa, u podzemnim prolazima, pod mostovima. Ovакvi alkoholičari, i kada stignu na lečenje, samo zahtevaju produženje života da bi odmah nastavili da piju. Oni spadaju među najskuplje pacijente na osnovu troškova za njihova brojna lečenja.

Pitanje je: otkud toliki nesklad između vešto utvrđenog broja alkoholičara i malog broja viđenih, registrovanih alkoholičara. Ubedljivo objašnjenje je da najveći broj, većina alkoholičara spadaju u „nevidljive“. I pored ubedljivih pokazatelja njihovog alkoholizma, na osnovu količine pića i dugog alkoholičarskog staža, pa i ispoljenog alkoholičarskog ponašanja, oni uspevaju da prikriju svoj alkoholizam i uglavnom bezbedno godinama piju. U njihovom prikrivanju takoreći organizovano učestvuje njihova porodica, a često i radna sredina.

Američki autori ukazuju da samo 3,5% od ukupne populacije odraslih alkoholičara žive sami, što znači da svi drugi žive u porodici. Porodica obezbeđuje uslove da alkoholičar bude prikiven, da živi u zaštićenim uslovima, obezbeđujući povoljne uslove za dugotrajno održavanje alkoholizma. U našim uslovima, među alkoholičarima koji su ubedljivo oštećeni, pa se leče u psihiatrijskoj bolnici, preko 80% su u braku, u svojoj porodici, sa suprugom i decom, sinovima i kćerima, koji mogu biti i odrasli. Zanimljivo je da u tom uzorku 12% žena se razvede, nadajući se da će takav postupak „otrezniti“ alkoholičara, da će se on uplašiti i da će prestati da pije ili bar smanjiti količinu pića. Međutim, i uz ovakve uslove muž nastavlja da pije, a supruga nastavlja da živi sa njim, ne menjajući ništa u svom ponašanju niti u odnosu prema pijanom mužu.

Alkoholičarski brak, koji doprinosi trajanju alkoholizma supruga, ostvaruje ubedljivu lojalnost članova porodice, kao i nerazrešivu uzajamnu zavisnost i povezanost. Za prikrivene alkoholičare, one koji bivaju otkriveni posredno, anketama, ili lečenjem telesnih bolesti, ili tek na osnovu oštećenja prikladnog razvoja dece, od značaja su porodice sa održanom fasadom, sa ubedljivom izdvojenošću iz socijalnog okruženja. Takvih porodica je mnogo više nego onih u kojima se vidljivost alkoholičara potvrđuje stravičnim nasiljem, izbacivanjem supruge i dece iz stana na ulicu, usred noći. Prikriveni alkoholičar jeste sramota za porodicu, ali istovremeno je i središnji princip za organizovanje porodičnog života. Kroz decenije opijanja i psihosomatskog oštećenja ovakve porodice obezbeđuju alkoholičaru optimalnu negu i staranje. Takvi alkoholičari uvek imaju spremljenu hranu na stolu, čist veš za jutarnje odevanje, umrtvljenu porodičnu atmosferu, da bi se izbegle nepovoljne reakcije. Često ni najbliža rodbina, ni najbliži susedi ne znaju šta se odigrava unutar hermetički zatvorene porodice. Ponašanje majke i supruge je često veoma neobično i nije moguće razumeti ga primenom uobičajenog načina razmišljanja ili prosečnog standarda. Majka sa svoje strane preuzima ulogu žrtve i spasioca. Žrtvuje se za svoju decu i muža, trpi i podređuje se do savršene usklađenosti u ponašanje muža u različitim fazama pijanstva (pijan, agresivan, mamuran, prekomatozan, delimično trezan). Takva majka često podmeće očevu miljeniku da ga smiruje, time što mu vadi pivo iz frižidera, što mu sedi u krilu da bi otac mirno otišao u postelju. Često poučavaju svoje sinove da se ne suprotstavljaju ocu, da ga poštuju, da bi u odsustvu oca tražile razumevanje i zaštitu od sina. U takvoj porodičnoj dinamici sin biva potpuno zarobljen porodičnom dinamikom i indukcijom majke. Onda veoma patološki zvuči iskaz sina koga je otac napao do vitalne ugroženosti: „Pa moram da ga volim kad mi je otac“. Sinovi i kćerke tokom odrastanja shvataju ugrožavajuću atmosferu i ponašanje oca alkoholičara, pa savetuju majku da se razvede, ali bez ikakvog rezultata. Za takve porodice nije iznenadenje čak ni kada kćerka, sportiskinja, konačno dođe do revolvera i ubije oca u samoodbrani. Mogu se predvideti nepovoljne

posledice ovakvog završetka homogenosti i lojalnosti alkoholičarske porodice. Psihijatrijska praksa svakodnevno obezbeđuje delimične uvide u zbivanja u porodicama sa prikrivenim, zaštićenim alkoholičarem. Majka i otac zaposleni, fakultetski obrazovani, imaju jednog sina. Tokom adolescencije, kada je očevo nasilno ponašanje počelo da ugrožava majku, ona se razvela. Međutim, posle nekog vremena, koje je muž proveo van porodice, ona se „sažali“ i ponovo ga primi u svoj stan. Sin u adolescentnim godinama traži oca da bi ostvario neophodnu maskulinu identifikaciju, ali nailazi na oca koji ga potpuno oma-lovažava, psuje, vredža, vezujući ga za sebe. Sin se sve više povlači, ne druži se ni sa kim. Počinje da doživljava neprijatnosti van kuće, javlja mu se utisak da ga drugi gledaju, da mu se podsmevaju, da ga vredžaju, sve to naslućujući da ti muški glasovi liče na očev glas. Pojačavaju se strahovi, ne sme da izlazi, biva primljen na psihijatrijsko odjeljenje. Lečenje postupno uspeva, on se slobodno kreće, polaže ispite, druži se, prilazi devojkama. Međutim, pijani otac ga doče-kuje u kući teškim vređanjem: „Vrećo govana, nikakav nisi, nizašta nisi .. pi... jedna, nikad nećeš postati muško...“. Majka sina poučava da se ne sukobljava sa ocem dok je pijan, da ispolji razumevanje kao i ona, a da se trudi da razgo-vara sa ocem kada je smiren, eventualno trezan, uz onu poznatu poruku: „On je dobar čovek kad je trezan, samo da ne pije ...“.

Ovaj otac me je zapanjio svojom alkoholičarsko-narcističkom logikom kada sam pokušao da ga suočim sa njegovim destruktivnim porukama sinu, koji se upravo oporavlja od paranoidno-depresivne psihoze: „Ja se uvek izvinim kada pogrešim, ali ja nikada ne grešim“. Alkoholičari sa manje nasilničkog ponašanja u alkoholičarskim porodicama produžavaju svoj život i alkoholizam zahvaljujući uspešnom održavanju porodične celovitosti. Po ulasku u kuću obezbeđuje mu se hrana, održavanje higijene i postelja, uz puno podnošenje njegovog stanja. To je tipični obrazac „mrtvog alkoholičarskog braka.“ Kad ovakav muž i otac umre od telesnih posledica alkoholizma, po-jave se posmrtni oglasi puni hvalospeva o kvalitetima pokojnika. Postoji ubedljiva potvrda da velikom broju alkoholičarskih porodičnih sistema ne smeta roditelj alkoholičar za održavanje porodične celine. To se najbolje vidi kada alkoholičar bude prisiljen da se leči da ne bi izgubio posao. Supruge se zapanje da je njihov muž alkoholičar. Kroz razgovor se utvrdi da su deca mnogo ranije nego majka shvatila da im je otac (ili majka) alkoholičar. Deca već sa 7–8 godina, uz pomoć podataka od svojih drugova, saznaju da im je roditelj alkoholičar, dok majka o tome još „pojma nema...“. Ako se kao pozitivan cilj postavi održavanje porodice kao biopsihosocijalne zajednice, koja se održava u cilju uzajamne podrške i stabilizacije ličnosti, onda alkoholičarska porodica može biti ubedljivi primer. Poznati istraživač alkoholičarskih porodica S. Tellinglass ispoljio je čuđenje i divljenje koliko ove porodice ispoljavaju toleranciju za stresove, kao i inventivnost za prilagođavanje. Postoji konačni zaključak njegovog istraživanja koji otežava određenje alkoholizma kao bolesti u celini.

Smatra se da je alkoholizam kao bolest neposredno povezan i sa količinom popijenog pića u vremenu. Njegovo istraživanje je pokazalo da količina popijenog pića nema nikakav asocijacioni odnos sa nivoom psihiatrijske simptomatologije.

Pretpostavka je da je alkoholizam zastavljen u svim socijalnim slojevima. Neka istraživanja ukazuju da čak veći broj ljudi iz viših socioekonomskih slojeva pije, nego iz nižih slojeva. Zahvaljujući obrascima ponašanja, pa i strukturama ličnosti, alkoholičari iz viših slojeva duže ostaju prikriveni, pa čak nikada i ne budu obeleženi etiketom alkoholičara. Oslanjajući se na opsesivne osobenosti i na mogućnost prikivanja svog pijanog stanja i ponašanja, oni uspevaju da se održe i pred javnošću. Jedno od mučnih iskustava sam stekao kada sam pozvan da pregledam suprugu ambasadora jedne države, koja je ispoljila psihotičnu recidivantnu dekompenzaciju. Suprug, ambasador je bio u potpuno pijanom stanju, bez mogućnosti govora, „opredmećen“, odsutan iz realnosti, bez ikakve mogućnosti da uspostavi i održi kontakt samnom, a još manje da išta učini za svoju bolesnu suprugu. Rekli su mi da je on inače veoma poznat književnik u svojoj zemlji. Opsesivnost i odgovornost prema obavezama i radu često obezbeđuju kontrolisane obrasce pijenja i opijanja. Otišao sam na razgovor sa profesorom univerziteta, vrhunskim stručnjakom u svojoj oblasti. Odmah posle pozdrava me je ponudio pićem, zatim je posle petnaestak minuta ponovio ponudu, da bi posle nekoliko minuta rekao: „Ja moram da popijem. Ovo je moj najbolji lek protiv depresije...“. Oslanjajući se na sistem opsesivnog dolivanja, pretpostavljam da ovaj profesor nikada neće biti psihiatrijski dijagnostikovan kao alkoholičar, iako su očigledno prisutni svi znaci telesne zavisnosti i očigledne psihičke zavisnosti.

„Pravi“ prikriveni alkoholičari nikada neće pristupiti psihiatrijskom lečenju alkoholizma, jer uspešno održavaju sopstveni alkoholičarski sistem, imaju saučesnike u trajnom prikivanju njihovog alkoholičarskog ponašanja, pa čak i u tolerisanju. Treba se samo prisetiti koliko miliona ljudi je gledalo pijano ponašanje prvog čoveka jedne od najvećih nacija na svetu i pitanje je da li se iko usudio i da pomisli da mu kaže da je bolestan i da mora da se leči od alkoholizma.

U mnogim radnim sredinama veliki broj alkoholičara su veoma vidljivi, ali socijalna sredina, posebno oni koji takođe piju, čine da taj alkoholičar bude i toleriran i prikriven. Pomažući mu da održava svoj alkoholizam, ispoljavaju lažno humanističko ponašanje i produženo samouništenje i oštećenje članova porodice. Alkoholičaru se dopušta da odspava u nekoj sobici ili da ode kući da se ispava, čak mu obezbeđuju i materijalnu pomoć za osiromašenu porodicu. U jednoj ekipi od tri člana, koja je na kraju dnevnog rada prevozila novac u centralu, jedan od njih je mesecima dolazio pijan na posao i drugari su ga ostavljali da spava u sobici dok se oni ne vrate po njega. To je otkriveno tek kada je jednom nestala jedna cela vreća novca pa je pokrenuta istraga. Naše

istraživanje u jednoj velikoj radnoj organizaciji utvrdilo je, na osnovu anketе, da praktično trećina terenaca ispoljava znakove alkoholičarske zavisnosti. Niko od njih se nije nikada lečio. Posebnost njihovog radnog mesta je u tome da oni po obavljenom terenskom radu i ne dolaze na svoje radno mesto da se javе.

Savremena koncepcija individualnih sloboda i prava na sopstveni stil života je osnova za suprotstavljanje bilo kakvom obliku prisilnog lečenja. Unutar ovako organizovanog demokratskog društva, psihijatrija, kao socijalna institucija prihvata ograničeni značaj i mogućnosti terapijskog delovanja. Ipak, ostaje zadatak psihijatrije da ulaže napore da se što više alkoholičara, vidljivih i prikrivenih, što ranije leči u skladu sa patologijom ponašanja i psihosocijalnih posledica alkoholizma.

**Prim. dr Petar Nastasić, dr sci.**

Koordinator bloka za bolesti zavisnosti, Institut za mentalno zdravlje, Beograd

## **SINDROM ZAVISNOSTI / ZLOUPOTREBE VIŠE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI KOD ADOLESCENATA I MLADIH**

Ovim kliničkim sindromom obuhvaćeni su poremećaji ponašanja i emocija kod adolescenata i mladih u uzrastu od 12 do 18 godina, koji su povezani sa unošenjem više psihoaktivnih supstanci. U ovaj sindrom se ne uključuje „čista“ zavisnost od heroina, jer to podrazumeva potpuno drugačiju simptomatologiju i drugačiji način lečenja, pošto se najčešće radi o osobama starijim od 20 godina. Izdvajanje ovog sindroma nužno je, pre svega, zbog neophodnosti specifičnog terapijskog pristupa.

### **Klinička slika**

Početak kliničke slike je sasvim nespecifičan i teško prepoznatljiv, jer se prepliću simptomi poremećaja ponašanja kod dece i omladine sa simptomima zloupotrebe psihoaktivnih supstanci.

### **Nespecifični poremećaji ponašanja**

Roditelji stiču utisak da se dete nekako promenilo, ili je postalo bojažljivo, tužno, uplašeno, nepoverljivo i vrlo često promenljivog raspoloženja bez jasnih razloga, ili umorno, bezvoljno, apatično, nema energije niti interesovanja, neuspešno u školi, beži sa časova, želi da napusti školu, napušta svoj hobi ili započeto bavljenje sportom, napušta ranije prijatelje i drugove, stalno menja poznanike, a novi poznanici izgledaju „sumnjivo“ – ako roditelj saopšti svoju sumnju, dete se uvredeno buni: „ne možeš mi ti birati drugove“.

Menja navike oko izlazaka i mesta na koja izlazi, pesimistički „filosofira“, omalovažavajući sve priznate društvene i životne vrednosti, iznoseći nihilističke ideologije, grdi društvo, obezvredjuje budućnost, negira moral, „prezire materijalizam i trku za novcem“, odbija da uči i da radi, češće se tuče. Sve više usmerava ponašanje sa porodice na vršnjake koji se isto ponašaju i postaju sve više tajanstveni i nejasni, skloni lažima i manipulaciji.

Neuobičajeno drsko se ponaša, neposlušno je, iskazuje bunt i „raspravlja“ se oko svega, vulgarno komunicira ili ima apatičan stav u razgovorima, vodi česte i uglavnom anonimne razgovore ili razgovore sa „drugovima koje ne znaš“, šifrirane, „šatrovačke“, zagonetne i nerazumljive. Dešavaju se iznena-

dni, nenajavljeni noćni izlasci koje roditelji ne mogu sprečiti. Dugo se zadržava u kupatilu. Nestaju stvari koje pripadaju detetu (garderoba, ploče, kasete, dragocenosti) sa vrlo čudnim objašnjenjima, a zatim nestaju stvari iz kuće i porodične dragocenosti ili tajanstveno nestaje novac.

### Nespecifični telesni simptomi

Ovi telesni simptomi su mešavina sa nespecifičnim psihičkim simptomima: vrtoglavice, glavobolje, nesvestice, gubitak na težini, stomačni i crevni poremećaji (bolovi u trbuhu, proliv, gubitak apetita, povraćanje). Čudan sjaj očiju ili zakrvavljenje oči, kao čioda uske zenice. Poremećaj menstruacije kod devojčica, bezrazložna kontrola urina na graviditet, drhtanje ruku, srčane smetnje, često merenje pulsa.

### Specifični simptomi povezani sa zloupotrebatom / zavisnošću od pojedinih supstanci

- a) **Zloupotreba marijuane:** crvene, zakrvavljenе oči, zbrkanost ili dezorientacija u prostoru, hronični kašalj, bol u grudima, umor, poremećaji spavanja, neredovne menstruacije, nebriga i smanjenje brige o ličnoj higijeni i opšti pad efikasnosti u učenju i drugim aktivnostima u skoro svim oblastima.
- b) **Zloupotreba benzodiazepina, alkohola i drugih depresantnih droga (barbiturati, hipnotici):** teturanje, nerazumljiv govor, miris na alkohol, proširene zenice, problemi sa koncentracijom, zapadanje u san u neprikladnim momentima, problemi sa koordinacijom pokreta, široke staklaste oči, promene u spoljnem izgledu.
- c) **Zloupotreba stimulansa (Extasy, amfetamini/„speed“, kokain):** preterana, gotovo ekstremna aktivnost, preterano uzbuđenje, usplamlost pri govoru do logoreje (preterana govorljivost), euforija (preterana veselost), raspravljanje oko svačega, često paranoidnost i agresivnost, proširene zenice, smanjenje apetita, povišenje krvnog pritiska i pulsa.
- d) **Zloupotreba halucinogena (LSD, artan):** povišenje krvnog pritiska i pulsa, neregularno disanje, znojenje, tremor ruku, obmane i halucinacije u domenu sluha, ukusa, mirisa, vidnog opažanja.
- e) **Zloupotreba opijata (heroin, trodon, metadon):** pospanost, opšta usporenost govora, pokreta, disanja, uske zenice, suvoća ustiju, vodnjikave oči, crvenilo lica, svrab po koži.

Iznenadne pojave ponašanja kao da je dete pijano, a ne oseća se zadah alkohola, ili nerazumljiv, mrmljajući govor. Poremećaji psihičkog funkcionsanja mogu biti veoma značajni, dramatični i raznovrsni. Poremećaji pona-

šanja su sve upadljiviji, sa sve više laganja, lažnih obećanja, ali i sa sve više elemenata antisocijalnog ponašanja: krađe, prestupništvo, agresivni ispad i intervencije policije.

Termin psihoaktivna supstanca (droga, psihotropna supstanca) obuhva-ta hemijsku materiju koja, uneta u organizam, menja stanje svesti, pa čak i du-blje strukture duševnog života (raspoloženje, mišljenje, ponašanje). Kontinu-irana upotreba ovih supstanci ukazuje na stvaranje psihičke zavisnosti, što je značajna farmakološka karakteristika svih navedenih psihoaktivnih supstanci. To svojstvo psihoaktivnih supstanci da menjaju strukturu psihičkog života samo po sebi je od suštinskog značaja u razvoju i sazrevanju dece, adolescena-ta i mlađih, jer bitno menja njihov doživljaj realiteta i njihove interpersonalne odnose sa značajnim osobama, kao i njihov odnos sa idejama i vrednostima porodice i društva.

Međutim, samo određeni broj ovih supstanci stvara telesnu zavisnost (alkohol, benzodiazepini, heroin, tramadol, metadon), što dodatno kompliku-je kliničku sliku i u domenu psihičkog funkcionalisanja, ali i u domenu telesnih oštećenja.

**Psihička zavisnost** predstavlja posebno emocionalno stanje koje se for-mira unošenjem supstance, kroz procese psiholoških mehanizama odbrane, zatim kroz procese uslovljavanja i socijalnog učenja. Radi se o stvaranju pose-bnog mentalnog sklopa ili psihičkog stanja pojedinca koje se odlikuje željom, pulzijom, žudnjom da se nastavi sa uzimanjem supstance.

**Tolerancija** se definiše kao potreba da se poveća količina supstance da bi se postigao očekivani, ranije postignuti efekat. Ili, drugačije rečeno, ranije postignuti efekat na određenu količinu supstance se ne postiže, pa se mora povećati količina supstance da bi se postigao isti efekat kao ranije. Fenome-ni toleracije razlikuju se kad su u pitanju razne supstance. Osim psiholoških mehanizama odbrane u igri su i farmakološke osobine supstance. Kod opijata, marihuane, kokaina, benzodiazepina, rast tolerancije je linearan i može dosti-ći višestruko viši nivo od toksične i letalne doze bez pojave pada tolerancije, koji je karakterističan za alkohol.

**Ukrštena tolerancija** registruje se između opijata, alkohola, benzodiazepina i kanabinoida, što znači da jedna zavisnost može biti zamjenjena dru-gom i dovesti do „ukrštenog“ dejstva.

**Telesna (fiziološka) zavisnost** nastaje kada se dogodi dalja (neuro)ada-ptivna promena, po svojoj suštini biološka ili organska, a odvija se na nivou neurotransmiterskih i receptorskih sistema u mozgu.

Kod pokušaja prekida uzimanja supstance javljaju se znaci apstinenci-jalnog sindroma. Uzimanje supstance sada nastaje kao posledica želje da se izbegnu neprijatni simptomi apstinencijalnog sindroma.

Dakle, **zavisnost** se odlikuje kompulzivnim uzimanjem supstance ili više supstanci, pri čemu je značajan deo vremena i energije osobe usmeren i

zaokupljen traženjem i uzimanjem supstanci ili oporavljanjem i prikrivanjem uzimanja „droge“.

Sada se pojavljuje i simptom opisan kao **gubitak kontrole** uzimanja supstance, što se opisuje kao uzimanje „droge“ iznad nameravane količine. U početku se to događa povremeno, a kasnije skoro pri svakom uzimanju. Pri tome se redovno pojavljuje smanjenje, izbegavanje ili potpuno odustajanje od važnih životnih aktivnosti i nastavljanje uzimanja i pored telesnih tegoba i oštećenja.

Dužina trajanja simptoma i znaci telesnog apstinencijalnog sindroma nisu obavezni za dijagnozu zavisnosti, jer adolescenti ne ispoljavaju neke teške telesne znake pri uzimanju povećanih količina supstanci (povišena toleranca), niti pri prekidanju uzimanja (apstinencijalni sindrom), što im je zajednička crta, a pri tome imaju sve ostale znake zavisnosti.

Terminom **ZLOUPOTREBA (abuzus)** najčešće se predstavlja samo jedna od faza u toku bolesti, ali je značajno definisati ga i zbog ranog otkrivanja bolesti i pravovremenog započinjanja lečenja. Halikas (1990) naglašava sledeći stav: **u svrhu definisanja jednog oblika ponašanja kao neprikladnog, štetnog i patološkog u socijalnom smislu, prihvatljivo je definisati svaku upotrebu alkohola i bilo koje druge psihoaktivne supstance u adolescenciji kao ZLOUPOTREBU!** Ovo se može smatrati utoliko tačnjim, kada se uzmu u obzir **prateći poremećaji ponašanja** uz korišćenje supstanci koje mogu biti toliko štetne i teške da dovode do značajnih ispadanja u socijalnom funkcionisanju, u školi i u porodičnim odnosima. To vrlo često rezultira dovođenjem adolescenta u medicinske ustanove.

Sledeća zajednička crta kod adolescenata je **korišćenje tj. zloupotreba više psihoaktivnih supstanci**. Ova dijagnoza se može postaviti kada se utvrdi korišćenje najmanje tri psihoaktivne supstance, a ni jedna od njih ne dominira (nema znakova zavisnosti). Dakle, uzimaju se kao grupa (Američka psihijatrijska asocijacija, 1987).

## Uzroci

Poremećaji ponašanja i psihički poremećaji kod adolescenata povezani sa korišćenjem psihoaktivnih supstanci („droge“) spadaju u grupu **socijalno-medicinskih bolesti**. To znači da su uzroci višestruki i da se nalaze u „trouglu“ – ličnost adolescenta, njegovo okruženje (porodica i društvo) i farmakološka svojstva psihoaktivnih supstanci.

Još uvek se vode stručne rasprave i rade mnogobrojne studije da se potvrdano utvrdi da li su pubertet i adolescencija, kao razvojne faze u sazrevanju čoveka, same po sebi traumatične i teške ili su to samo faze koje nisu po definiciji suštinski stresogene, već da burne reakcije i ranjivost, uz pojavu simptoma, predstavljaju poremećaj koji nastaje iz drugih razloga.

Bez obzira šta je potpuna istina, vrlo je uočljivo da postoji uzročna povezanost između adolescencije i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, čak i kada ne postoje ozbiljni poremećaji ili stresogena pozadina u istoriji adolescenta.

Ono na šta treba posebno skrenuti pažnju je popularan, jako raširen, a pogrešan stav da se mnogi lični, pogotovo emocionalni problemi mogu rešiti tabletama za smirenje i alkoholom. Ovo nije prisutno samo među mladima nego i kod odraslih. Mladi su to, naravno, proširili i na „droge“. Iz ovoga proistiće još jedan veoma pogrešan stav, a to je da eksperimentisanje sa „drogama“ u adolescenciji JE PRAVILO i da NIJE NENORMALNO da srednjoškolci piju i puše marihanu.

Cene psihoaktivnih supstanci „na ulici“, njihova laka dostupnost i ova žalosna tolerantnost društva, usmeravaju mlaade ljude na „eksperimentisanje“ sa jednom određenom supstancom ili kombinacijom više „droga“.

Rizik za započinjanje uzimanja psihoaktivnih supstanci i za nastavljanje višestruko se povećava ako postoje predispozicije u ličnosti adolescenta ili u njegovoj porodici.

Pritisak vršnjaka, bilo kroz veličanje efekata, bilo kroz pretnje i zastrašivanja, takođe mogu imati centralnu ulogu u započinjanju i nastavljanju „drogiranja“.

Sve ovo napred navedeno dovodi do toga da adolescenti „smisle“ i navdu mnoge nerealne razvojne probleme i konflikte kao razlog za započinjanje. Često su njihove „priče“ prepune racionalizacija – odnosno opravdavanja svog korišćenja ili zloupotrebe. Zato ih treba pažljivo razdvojiti od onoga što je realno i od onoga što je mehanizam odbrane ili manipulacija.

## Faktori rizika

Imajući u vidu napred navedeni „uzročni trougao“ (adolescentova ličnost, okolina, „droga“) mogu se formulisati faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe/zavisnosti od psihoaktivnih supstanci kod mlađih. Oni se definišu kao nepovoljan pritisak na psihološki i socijalni razvoj deteta ili adolescenta. Svaki od njih ima različit uticaj u zavisnosti od faze razvoja (uzrasta pojedinca) i od njegovih primarnih potencijala. Dakle, može se reći da su od najvećeg uticaja oni faktori rizika koji utiču na ranu fazu razvoja.

U faktore rizika spadaju:

- 1) Konfliktna ili haotična kućna atmosfera, posebno ona koja nastaje zbog roditeljskog alkoholizma ili neke druge zavisnosti ili neke mentalne bolesti;
- 2) Neefikasno i nedovoljno autoritativno roditeljstvo ili roditeljsko vođstvo, posebno kod dece koja imaju „težak“ temperament ili rani poremećaj ponašanja;

- 3) Nedostatak bliskosti ili povezanosti u odnosima roditelja i deteta (odsustvo jednog roditelja, hladnoća u odnosima ili „izveštačenost“ u ponašanju i ophođenju).

Drugu grupu faktora rizika čine faktori koji se pojavljuju kasnije u razvoju. To su odnosi deteta ili adolescente koje on/ona uspostavlja u procesu SOCIJALIZACIJE, dakle izvan porodice, posebno u školi sa vršnjacima i sa društvenom zajednicom. Neki od tih faktora su:

- 1) nepotrebno povučeno ili stidljivo ponašanje ili obrnuto – agresivno ponašanje u razredu;
- 2) neuspesi u savladavanju školskih zahteva ili gradiva;
- 3) slabe ili siromašne socijalne veštine, tj. snalaženje u druženju;
- 4) druženje i prijateljstvo sa devijantnim vršnjacima;
- 5) udruživanje sa vršnjacima u delinkventnim i antisocijalnim ponašanjima.

Među ovim faktorima nalaze se ona ponašanja koja su nastala iz prethodno navedenih, tj. porodičnih uslova ili predstavljaju primarne psihološke odlike ličnosti deteta.

I na kraju, značajan faktor rizika koji potiče iz same društvene zajednice i stanja u njoj je prepoznavanje odobravanja ili nekažnjavanja upotrebe droge u školi, među vršnjacima „u kraju“ ili u široj društvenoj zajednici.

Kada je u pitanju procena efekata ili posledica adolescentne zloupotrebe ili zavisnosti od alkohola i „droga“ na dalji razvoj, važi KLJUČNO PRAVILA = razvoj se zaustavlja ili se kašnjenje u razvoju javlja od hronološke tačke uzrasta na kojoj se zloupotreba pojavila ili započela. Dakle: „ako si počeo da piješ (uzimaš drogu) sa 12 godina (sa 14 godina) onda ti sada imaš emocionalnu i intelektualnu zrelost 12-ogodišnjaka (14-ogodišnjaka)“.

Efekat ili posledice zloupotrebe najčešćim delom se oslikava kroz poremećaje ponašanja u porodici i u školi. S druge strane, ovi poremećaji ponašanja postaju dodatni uzrok za nastavljanje ili pojačanje zloupotrebe „droge“ u grupi sličnih. Dakle, POSLEDICA ZLOUPOTREBE POSTAJE DODATNI UZROK. Kada se tome doda podatak da postoje i tzv. primarni poremećaji ponašanja, dolazimo do teške zagonetke u nastanku zavisnosti kod mlađih po formuli „ŠTA JE STARIE: KOKOŠ ILI JAJE?“. Rešenje ove zagonetke je u promeni ponašanja!

### **POREMEĆAJI PONAŠANJA DECE I MLADIH KOJI MOGU PRETHODITI ILI NASTATI U SKLOPU ZLOUPOTREBE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI**

U institucijama koje se bave mlađima, njihovim obrazovanjem i njihovim mentalnim zdravljem ova grupa poremećaja obuhvata 25% od svih tegoba i poremećaja koje ispoljavaju deca i mlađi. Interesovanje stručnih radnika koji

se bave mentalnim zdravljem dece i omladine (pedagozi, psiholozi, socijalni radnici, psihijatri) i broj istraživanja u ovoj oblasti sve je veći u poslednjih 10-ak godina i u svetu i kod nas.

Poremećaji ponašanja obuhvataju raznovrsne poremećaje, čije poreklo i način nastajanja može biti raznovrsno. Radi se o pojavama biološke, psihološke, pedagoške, socijalne i psihijatrijske geneze, dakle, o ponašanjima koja izlaze iz okvira opšte prihvaćenih normi ponašanja jedne društvene sredine i odnose se na ugrožavanje prava drugih ili na nepoštovanje, nipoštovanje i neprihvatanje socijalnih normi. Postoje 4 osnovna pojma (termina) kojima se opisuje poremećeno ponašanje:

1. agresivno ponašanje;
2. destruktivno ponašanje;
3. obmanjujuće ponašanje;
4. ponašanje protiv pravila ili devijantno ponašanje.

U svakom slučaju poremećaji ponašanja, bez obzira na svoje poreklo, negativno utiču na gotovo sve aspekte psihičkog i socijalnog razvoja i funkcionalisanja, kako među vršnjacima tako i u porodici, školi i široj socijalnoj sredini.

Ovi se poremećaji mogu posmatrati i definisati sa više strana: sa pravne, pedagoške, sociološke, ali i sa psihološke i psihijatrijske tačke gledišta, jer su posledice vidljive u svim tim aspektima društvenog života i međusobnih odnosa mladih.

Ovde ćemo izneti osnovne pojmove koji se upotrebljavaju u definisanju ovih problema u ponašanju.

### **Agresivno ponašanje**

Agresija je ponašanje usmereno na primarno nanošenje fizičke štete osobi ili svojini lica i kao takvo predstavlja osnovni uzrok patnje te osobe i društva. Agresija se kod normalnog deteta može razumeti i kao motiv odbrane, kao način ovladavanja okolinom, kao radoznalost pri kojoj se agresija pojavljuje samo kao posrednik, ali ne kao cilj. Osnovna podela agresivnosti:

- manifestna (ispoljena);
- latentna (maskirana, prikrivena).

Agresija se javlja u sklopu više različitih psihopatoloških pojava: kod psihoza, kod zloupotrebe ili zavisnosti od psihoaktivnih (nedozvoljenih) supstanci, kod poremećaja ličnosti.

Postoji nekoliko tipova agresija:

- impulsivni tip; udružena sa „otkočenim“ – dezinhibisanim ponašanjem i emotivnom nestabilnošću;
- neimpulsivni tip, odnosno trajna agresija, uvek u sklopu trajnog antisocijalnog poremećaja;
- socijalizovani tip; nametljivost i agresija u grupi vršnjaka;

- nesocijalizovani tip agresije, što podrazumeva nesposobnost ostvarivanja kontakata čak i sa vršnjacima.

Agresija se može sagledavati kroz njen „cilj“, odnosno kroz pokušaj njene nerazumnog opravdavanja:

- neprijateljska (hostilna) sa ciljem da se „neprijatelju“ nanese šteta;
- instrumentalna (proaktivna) da se zadobije priznanje bez nanošenja telesnog oštećenja, ili da se dobije neka „nagrada“;
- grabljiva agresija (kontrolisana, planirana, skrivena).

## Sindrom nedovoljne kontrole

Pojavljuje se u dva oblika:

- eksternalizovani ili u polje okrenut oblik, koji obuhvata agresivni, delinkventni i hiperaktivni poremećaj;
- internalizovani ili isuviše kontrolisani sindrom, koji podrazumeva napetost, razdražljivost, depresivnost, opsesivnost, nekomunikativnost i sindrom telesnih tegoba.

## Maloletnička delinkvencija

Ovaj pojam vezan je za maloletne izvršioce kriminalnih dela. Nemaju svi delinkventi dijagnozu poremećaja ponašanja, pogotovo ako se radi o onima koji su počinili samo jednu krivičnu radnju.

## Vaspitna zapuštenost

Ovaj pojam može imati najšire značenje koje se odnosi na sve oblike negativnog ponašanja mladih (vaspitna ugroženost, vaspitna zanemarenost, maloletničko prestupništvo). Može označavati samo ono ponašanje koje prethodi ozbiljnijoj delinkvenciji ili na kraju može predstavljati samo stanje zaostajanja i nedovoljne zrelosti.

## Psihopatsko ponašanje

Predstavlja značajan nivo antisocijalnog ponašanja koji se odlikuje sa dve dimenzije:

- bezosećajan ili neemocionalan interpersonalni stil (nema osećanja krivice, ne pokazuje saosećajnost niti osećanja);
- vrlo slaba kontrola impulsa (lako postaje ljut, radi bez razmišljanja) i lako uključivanje u nedozvoljene radnje).

## Psihijatrijska klasifikacija poremećaja ponašanja

1. Poremećaji ponašanja ograničeni na porodičnu sredinu

2. Nesocijalizovani poremećaji ponašanja
3. Socijalizovani poremećaji ponašanja
4. Ponašanje u vidu protivljenja i prkosa

Osnovni simptomi koji se pojavljuju kod svih gore navedenih kategorija su:

- preterano učestvovanje i započinjanje tuča, zastrašivanje i pretnje drugima;
- grubost, osionost i surovost prema ljudima ili životinjama;
- destruktivnost prema imovini;
- krađe;
- vrlo često laganje;
- izostajanje iz škole, bežanje od kuće;
- vrlo česti napadi besa i ljutnje bez jasnog povoda ili na minimalni povod;
- prkosno, provokativno ponašanje, neposlušnost;
- podmetanje požara.

Svaki od navedenih simptoma ili kategorija ponašanja, ako su saglasni i ako se učestalo ponavljaju dovoljni su za dijagnozu, ali izolovani i povremeni akti nisu.

### Tok i prognoza bolesti zavisnosti kod mladih

Samo podatak da je neko dete ili adolescent koristilo alkohol ili neku drogu ne znači da će automatski nastati zavisnost (adikcija).

Međutim, kada se faktori rizika uklope i sinhronizuju razvoj prema zavisnosti on kao da ima neki neminovni tok ili svoj „**prirodni razvoj**“ ako se ne započne lečenje. Jedna obimna studija praćenja 480 adolescenata koji su zloupotrebjavali alkohol i marihanu, sa praćenjem tokom 10 godina, pokazala je visoku povezanost kontinuiranog uzimanja i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci sa prelaskom u hronični, teški alkoholizam i heroinomaniju, zatim sa pojavom agresivnog ponašanja, razbojništva, suicidalnih ideja i teških oblika duševnih poremećaja već u periodu rane odraslosti.

U jednoj drugoj studiji praćenja 226 adolescenata koji su bili hospitalno tretirani, a kod kojih su prve supstance bile alkohol, marihuana ili LSD, utvrđeno je da je 81% razvilo kompletну zavisnost od jedne „droge“ (alkohol, heroin, kokain), 29% su ispunjavali kriterijum za zloupotrebu tri ili više supstanci (zbir je veći od 100% jer su neki upotrebljavali više različitih „droga“). Jedan ili više mentalnih poremećaja je pokazivalo 16% njih, uključujući akutno trovanje „drogom“, epi napade i sl., 5% halucinacije, 5% sumanutosti izazvane „drogom“, 11% je imalo znake demencije „izlapelosti“!

Sa velikom verovatnoćom se može tvrditi da adolescentna zloupotreba jedne ili više psihoaktivnih supstanci, ako se ne leči, napreduje prema sve in-

tenzivnjem korišćenju supstanci, zatim se razvijaju teži oblici zavisnosti od alkohola i heroina u periodu odraslosti, sa veoma ozbiljnim psihijatrijskim i kriminalnim posledicama. Lošiju prognozu imaju oni oblici koji se odlikuju ranim početkom uzimanja. Zakasnelo lečenje ili nelečenje pogoršava prognozu.

## Procesi prilagođavanja

Ovim terminom definišu se procesi u porodici tokom nastanka i razvoja adolescentne zloupotrebe/zavisnosti od psihoaktivnih supstanci.

Porodica kao sistem predstavlja složeni skup pojedinaca u međusobim interakcijama, što podrazumeva da ponašanje svakog pojedinca utiče na sve članove sistema (porodice). Ovo pravilo, naravno, važi od samog početka tj. od formiranja porodice i traje tokom čitavog njenog razvoja. Ovi „procesi prilagođavanja“ služe razvojnim potrebama i stvaranju promena u odnosima koji su neophodni.

Postoje i druge vrste „procesa prilagođavanja“ koji imaju negativan uticaj i često koče promene i održavaju porodični sistem u patološkim ili disfunkcionalnim odnosima – procesi homeostaze („ostati isti“). Kada su u pitanju bolesti zavisnosti, pa i zloupotreba/zavisnost psihoaktivnih supstanci kod mladih, oni se odvijaju kroz sledeće faze:

- zajednička negacija;
- zajednička pseudorešenja;
- zajedničko dno.

Kada se pojavi problematično ponašanje kod deteta ili adolescenta posle izvesnog vremena i neuspela u otklanjanju ili prekidanju tog ponašanja kroz viku, zameranja i grdnje, pretnje fizičkim kaznama, dolazi do izražaja nedostatak roditeljskih veština, tako da se problem lako proglaši teškim, a izostanu „sankcije“ kada treba kazniti. Povećava se razmena neprijatnih reči i ponašanja koja postaje sve intenzivnija, a epizode disfunkcionalnosti sve duže.

Na kraju se dete/adolescent izbori za ponašanja koja nisu dozvoljena. Dolazi do sloma roditeljske efikasnosti u disciplinovanju. Proces negacije ili bežanja od problema od strane roditelja je u punom jeku. Dete prepoznaje da njegova/njena ponašanja (laži, racionalizacija) deluju „efikasno“ u smislu eliminacije zabrana i kazni i ova neprijatna razmena se proširuje.

Korišćenje supstanci produbljuje „negativna“ ponašanja deteta, a time se produbljuju procesi negiranja kod roditelja. Prihvatajući objašnjenja i racionalizacije deteta roditelji smisljavaju sve više „pseudorešenja“ (privatni časovi, pravdanje očigledno neopravdanih izostanaka, odlaženje kod lekara za telesne probleme, „nagradna“ putovanja, kupovine i sl.).

Kada problem „droge“ bude i otvoren do kraja priznanjem deteta (obično samo za jednu „lakšu“ i prihvatljiviju supstancu) negiranje se nastavlja, čak i produbljuje, jer sada je to „sramota“ za čitavu porodicu. Prihvataju se

„zaklinjanja“ i obećanja. Situacija se smiruje za jedan izvesni kraći ili duži period, a onda problem „neočekivano“ ispliva u još većem obimu i težini.

Situacija u porodici postaje već haotična, slušaju se razni, često oprečni, a „dobronamerni“ saveti prijatelja, često i „stručnjaka“. Međusobna optuživanja su pravilo u odnosima među roditeljima. U toj fazi, a problem traje i postaje sve veći, sada je dete već u devijantnoj grupi vršnjaka i istomišljenika i „ne dozvoljava da mu iko određuje njegov/njen život“. Antisocijalno ponašanje sve je upadljivije i teže. Posledice su već odmakle i teške i obično neki vanredni događaj („zajedničko dno“) prekine ovu spiralu propadanja. Vanredni događaji su:

- poziv iz bolnice zbog trovanja alkoholom ili preteranom dozom „droge“;
- poziv iz policije zbog kriminalnog dela ili delinkvencije;
- izbacivanje iz škole;
- teški psihički poremećaji, halucinacije ili strahovi;
- pokušaj suicida.

Što je porodični sistem sa većim potencijalima, to se ranije dogodi, ali, na žalost, ponekad to traje vrlo dugo i prelazi u period odraslosti i pretvori se u „karijeru antisocijalnog odraslog“.

# PUŠENJE



## **PUŠENJE KAO BOLEST ZAVISNOSTI – SUPSTANCIJALNA TEORIJA**

Zavisnost od duvana je najčešća i najsmrtonosnija bolest zavisnosti. Sa pušenjem se počinje prosečno sa 16 godina, a retke su osobe koje propuše posle dvadesete godine. Oko 20% opšte populacije razvije zavisnost od duvana u nekom životnom dobu, što je čini najčešćim psihiatrijskim oboljenjem. Oko 85% osoba koje puše svakodnevno je zavisno od duvana. Apstinencijski sindrom se javlja kod oko 50% pušača koji pokušaju da ostave duvan.

Danas je pušenje podjednako često kod muškaraca i kod žena. Pušenje je češće kod osoba sa nižim obrazovnim nivoom i nižim ekonomskim statusom, kao i u većini etničkih manjina. Posebno je često kod psihiatrijskih pacijenata (50%), uključivši i one sa drugim bolestima zavisnosti (80%). Istovremeno, oko 22% osoba zavisnih od duvana ima neki psihiatrijski poremećaj, u odnosu na 12% populacije bez razvijene zavisnosti /1/.

Zavisnost od nikotina je dugo poznata i prihvaćena, mada je zvanično „The Surgeon General's Report“ iz 1964. godine prvi put jasno doveo u vezu pušenje i rak pluća i doneo zaključak da je pušenje duvana vrsta zavisnosti. Ipak, iako je prihvaćeno kao klinički entitet, pušenje je prvi put kodirano kao poremećaj 1980. godine u trećoj reviziji DSM (DSM-III) i devetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-9).

Primarna komponenta u duvanu koja deluje na mozak je nikotin, jedna od 4000 supstanci nađenih u dimu duvanskih proizvoda. Većina cigareta danas sadrži 10 ili više mg nikotina. Uvlačeći dim, prosečan pušač unosi 1 do 2 mg nikotina po cigaretu. Iz zapaljene cigarete nikotin se apsorbuje kroz kožu i sluzokožu koja oblaže usta i nos, ili inhalacijom kroz pluća i preko arterijske cirkulacije dospeva u CNS za manje od 15 sekundi. Vrhunac bihevioralnih i kardiovaskularnih efekata je postignut za nekoliko minuta. Nikotin se metabolizira u jetri i ima poluvreme života od oko 2 sata.

Akutni efekti nikotina isčezavaju za nekoliko minuta, čineći da pušači često uzimaju nove doze tokom dana, pokušavajući da održe prijatne efekte nikotina i da preveniraju apstinencijsku krizu. Tipičan pušač uvlači dim cigaretu 10 puta tokom perioda od 5 minuta koliko cigareta gori. Tako, osoba koja puši oko 1-1/2 pakovanja cigareta (30 cigareta) dnevno, čini da njen mozak dobija 300 „udaraca“ nikotina tokom 24 časa. Na ovaj način se razvija akutna

tolerancija, tako da je prva jutarnja cigareta mnogo potentnija od svih kasnijih.

Nikotin deluje na nikotinske receptore. Nikotinski acetilholinski receptori (nAChRs) se nalaze na neuronima u cerebralnoj kori, talamusu, hipotalamusu, hipokampusu, bazalnim ganglijama i moždanom stablu. Mehanizmi zavisnosti od duvana su, izgleda, modulirani dopaminom. Mezolimbički dopaminički neuroni u nucelus accumbensu imaju multiple nikotinske holinergičke receptore /2/. Kada su aktivirani nikotinom, ovi receptori povećavaju otpuštanje dopamina. Nikotin takođe, podiže nivo noradrenalina, adrenalina i serotoninu, hormona rasta, epinefrina i kortizola u nervnom sistemu, ostvarujući stimulativni efekat slično amfetaminu ili kokainu. Nikotin može da ispolji i sedativne efekte, zavisno od nivoa prethodnog razdraženja nervnog sistema i doze koja je uzeta.

Nikotin povećava efikasnost u obavljanju drugih, zamornih, dosadnih zadataka. Ima anksiolitičko, antidepresivno i anorektičko dejstvo (smanjuje osećaj gladi i unošenje hrane i ubrzava metabolizam), smanjuje agresiju, a povećava koncentraciju. Doduše, kada se radi o pušačima često nije jasno da li se radi o neutralisanju simptoma apstinencijalne krize i vraćanju na uobičajeni nivo postignuća ili o realnom poboljšanju performansi.

Većina pušača koristi duvan regularno zato što je zavisna od nikotina. Nikotin delovanjem na mozak podiže nivoe dopamina, aktivirajući moždane krugove koji regulišu osećanja zadovoljstva, takođe poznata kao putevi nagrađivanja. Istraživači su pokazali da je dopamin ključna moždana hemikalija umešana u razvoj želje za uzimanjem droge i razlog zašto pušači nastavljaju da puše. Imo dokaza da nikotin nije jedini psihoaktivni sastojak duvana. Tokom pušenja dolazi do pada nivoa dve forme enzima monoaminooksidaze (MAO), A i B, koji nije izazvan nikotinom, što rezultira dodatnim povišenjem nivoa dopamina.

Ponavljanje izlaganja nikotinu rezultira u razvoju tolerancije. Nikotinski receptori su neobični po tome što se vrlo brzo desenzitizu. Istovremeno, ponovljena upotreba nikotina dovodi do povećanja broja receptora (a ne do smanjenja, kao kod drugih zavisnosti). Ova dva fenomena govore da nikotin možda ima parcijalno agonističko-antagonističko dejstvo na receptore.

Prestanak upotrebe nikotina je praćen apstinencijalnim sindromom koji može da traje i više od mesec dana. Nikotinski apstinencijalni sindrom obuhvata: žudnju za duvanom, iscrpljenost, anksioznost, disforično raspoloženje, razdražljivost ili nemir, nesanicu, povećan apetit, pojačan kašalj, otežano pamćenje i otežanu koncentraciju. Simptomi počinju nekoliko časova posle poslednje cigarete, dostižu vrhunac tokom prvih par dana i mogu nestati nakon nekoliko nedelja. Visok nivo žudnje za nikotinom može perzistirati i duže od 6 meseci.

Kriterijumi za nikotinsku zavisnost definisu tačku u kojoj upotreba duvana postaje mentalna bolest. Sindrom zavisnosti, prema desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-10), je skup fizioloških, bihevioralnih i kognitivnih fenomena kod kojih upotreba neke supstance ili grupe supstanci za osobu dobija veći značaj nego drugi obrasci koji su ranije imali veće vrednosti. Centralna opisana karakteristika sindroma zavisnosti je žudnja za uzimanjem droge, alkohola ili duvana. Da bi se postavila dijagnoza zavisnosti potrebno je da najmanje tri dole nabrojane manifestacije postoje tokom najmanje mesec dana, ili, ako perzistiraju manje od mesec dana, treba da se ponavljaju zajedno tokom 12 meseci /3/.

(1) Snažna želja ili prisila da se uzme supstanca.	Želja za duvanom „craving“ je vrlo izražena i javlja se i više meseci po prestanku pušenja,
(2) Teškoće u kontroli uzimanja supstance u odnosu na početak, prestanak, ili nivo uzimanja, što se manifestuje u činjenici da se supstanca uzima u većim dozama ili tokom dužeg perioda nego što je nameravano; ili perzistentnom željom i neuspelim pokušajima da se redukuje ili kontroliše upotreba supstance.	Nakon 5 godina većina pušača želi da prestane sa pušenjem, ali 70% nastavlja. Samo 5–10% pušača uspe da ostavi duvan bez lečenja.
(3) Fiziološki apstinencijalni sindrom kada je upotreba supstance prestala ili je smanjena, ili upotrebotom iste ili slične supstance sa namerom da se ublaže ili izbegnu apstinencijalni simptomi.	Apstinencijalni sindrom od nikotina je jasno definisan i traje oko 4 nedelje, a umanjuje ga uzimanje supstitucione terapije. Javlja se kod više od 50% pušača.
(4) Dokaz o toleranciji, tako što je potrebno povećanje doze da bi se postigli željeni efekti ili intoksikacija, ili značajno smanjeni efekti sa nastavljanjem uzimanja iste količine supstance.	Većina pušača do 25. godine poveća dnevnu dozu na 20 cigareta. I pored ove doze, nema znakova intoksikacije (muke, vrtoglavice i sl.).
(5) Preokupacija korишćenjem supstance, koja dovodi do progresivnog zanemarivanja alternativnih zadovoljstava ili interesovanja, ili trošenjem većeg dela vremena na aktivnosti neophodne za nabavku, uzimanje supstance ili oporavak od njenih efekata.	Trošenje vremena na nabavku cigareta tokom nestashača. Napuštanje radnog mesta ili prekid rada da bi se pušilo.
(6) Nastavljanje sa upotrebotom supstance i pored jasnih dokaza o štetnim posledicama, kada je individua svesna, ili se može očekivati da je svesna, prirode i veličine oštećenja.	Mnogi pušači boluju od respiratornih, kardiovaskularnih ili drugih bolesti, ali nastavljaju da puše.

Iz ove tabele se vidi da pušenje stvara zavisnost po svim kriterijumima ICD-10.

Farmakokinetske karakteristike nikotina takođe povećavaju njegov adiktivni potencijal i čine da je pušenje tako ozbiljna zavisnost:

1. Nikotin izaziva mnoge efekte koji mogu biti značajni u vrlo raznovrsnim situacijama.
2. Nikotin je potentniji od većine drugih adiktivnih supstanci, jer proizvodi psihoaktivne efekte u dozama manjim od 1 mg, čak i 0,2 mg /4/. 18, 19.
3. Cigaretu je vrlo efikasan i usavršen sistem dostavljanja droge; nikotin dospeva u CNS za par sekundi proizvodeći vrlo brzo efekte.
4. Pušenje je vrlo jaka navika (>200 dimova/dnevno/20 godina).
5. Pušenje omogućava zavisniku da lako titrira dozu, izbegavajući neprijatne efekte predoziranja, a održavajući željene efekte.
6. Pušenje retko dovodi do oštećenja izazvanog akutnom intoksikacijom, a efekti hronične intoksikacije se vide tek posle niza godina.
7. Dok ilegalne droge imaju promenljiv kvalitet i dozu, ove karakteristike su kod cigareta standardizovane.
8. Nabavljanje cigareta zahteva mnogo manje napora, a cena je manja nego cena ilegalnih droga.
9. Postoje mnogi environmentalni signali koji provociraju pušenje (susreti sa pušačima, reklame).

Što brže nikotin dospeva u mozak pušača, to će zadovoljstvo biti veće, a zavisnost sve jača. Duvanske kompanije su toga svesne. Kompanija Philip Morris je odavno otkrila da se dodavanjem amonijaka cigaretama povećava procenat „slobodnog“ nikotina, što je dovelo do popularnosti Marlboro. Dejstvo nikotina se pojačava i supstancama koje deluju sinergistički kao što su acetaldehid i piridin. BAT se više bavio genetskim inženjeringom, odnosno, razvijanjem sorti duvana sa velikom koncentracijom nikotina (Y-1) /5/.

Preko 75% pušača pokuša nekada u životu da ostavi duvan, a oko 40% pokušava sa tim svake godine. Tokom ovih pokušaja, samo oko 30% apstinira čak i 48 sati, a samo 5 do 10% trajno ostavi duvan. Većina pušača ima 5 do 10 pokušaja, pre nego što, eventualno, oko 50% onih koji su ikada pušili prestane. Ipak, 2,5 do 5% ljudi uspe da ostavi duvan bez ičije pomoći. Za pacijente koji su motivisani, kombinacija bihevioralnih i farmakoloških tretmana može udvostručiti stopu uspeha. U zemljama gde je široko prihvaćena farmakoterapija (supsticaciona i nenikotinska terapija) jedna trećina uspešnih apstinencija od duvana je sprovedena uz pomoć ovih sredstava.

U lečenju nikotinske zavisnosti koriste se sledeće metode:

- Farmakološka terapija

Supsticaciona terapija: nikotinska žvakača guma (Nicorette<sup>®</sup>), transdermalni flasteri, nazalni sprej i inhalator.

Nenikotinska terapija: bupropion (Zyban<sup>®</sup>), noramitriptilin (Amyzol<sup>®</sup>) /6/.

- Psihoterapija

Bihevioralna terapija i kognitivno-bihevioralna terapija.

The Development and Assesment of Nicotine Dependence in Youth (DANDY) studija je pokazala da postoji niz zabluda vezanih za pušenje, naročito za pušenje kod mlađih. Ova studija daje nove podatke o razvoju zavisnosti, otkrivajući da se prvi simptomi zavisnosti od nikotina mogu javiti nakon nekoliko dana ili nedelja intermitentne upotrebe duvana već kod upotrebe dve cigarete dnevno. Brzina pojave prvih simptoma je snažan prediktor dugotrajne upotrebe duvana, sugerujući da se gubitak kontrole nad duvanom može javiti vrlo brzo posle minimalne ekspozicije. Gubitak autonomije u odnosu na duvan predstavlja kritični trenutak za početak zavisnosti kod adolescenata /7/. Mnogi dokazi potvrđuju da su adolescenti posebno osjetljivi na duvan. Osobe koje počnu da puše u adolescenciji izgleda da imaju veću verovatnoću da razviju zavisnost, da nastave sa pušenjem u odraslim dobu, da puše više godina i da puše veći broj cigareta u odraslim dobu.

Veza između pušenja i alkoholizma odavno intrigira kliničare i istraživače. Nikotin povećava samo-administraciju alkohola, što može da predispone pušača za alkoholizam. Broj popušenih cigareta je značajno veći kod alkoholičara pušača, nego kod pušača koji ne piju, sa učestalošću ozbiljne zavisnosti od duvana ( $>25$  cigareta dnevno) među odraslim alkoholičarima od 90%. Ova veza se delimično može objasniti zajedničkom genetskom predispozicijom. Započinjanje pušenja i prelazak u zavisnost je pod uticajem naslednih faktora, slično kao i alkoholizam. Neki od genetskih faktora su isti kao u alkoholizmu, a neki su specifični samo za zavisnost od nikotina. Iz perspektive prevencije pušenja i alkoholizma, udružena zavisnost od nikotina i alkohola je prioritet za dalje izučavanje. Pušenje je još prisutnije kod opioidnih zavisnika, gde učestalost iznosi preko 95%.

U prošlosti psihijatri nisu previše participirali u postavljanju dijagnoze i tretmanu nikotinske zavisnosti, zbog stava da pušačima nije potrebna pomoć. Međutim, sve više se prihvata da je pušenje samo jedna od bolesti zavisnosti. Osobe koje nastavljaju da puše uprkos značajnom socijalnom pritisku su one koje imaju teži oblik zavisnosti ili značajne psihijatrijske probleme koji interferiraju sa ostavljanjem duvana. Pojačan interes za programe odvikavanja od pušenja i detektovanje visoko zavisnih osoba sa komorbidnim mentalnim poremećajima sugeriju da će psihijatri imati sve veću ulogu u lečenju zavisnosti od duvana. Pošto pušenje počinje u ranom uzrastu, sve više postaje i deo pedijatrijske prakse. AMA (American Medical Association) predlaže da sve cigarete nose oznaku da pušenje izaziva zavisnost. Neke cigarete u SAD, Kanadi i Australiji nose ovaj znak.

Prevencija nikotinizma treba da poštuje sve principe moderne prevencije, ali uz određene specifičnosti.

Intrauterina ekspozicija duvanu ima dugotrajne efekte na ponašanje i zdravlje dece. Rizik od zloupotrebe droga u adolescenciji kod devojaka je pet puta veći ukoliko su njihove majke pušile više od 10 cigareta dnevno u

trudnoći. Budući da su, naročito devojčice, u riziku još intrauterino, ukoliko majke puše /8/, prevencija bi podrazumevala obavezno upućivanje trudnica u specijalno prilagođene programe za odvikavanje od pušenja.

Većina preventivnih programa je namenjena populaciji staroj od 11 do 17 godina. Međutim, duvan je obično prva psihoaktivna supstanca sa kojom deca dolaze u kontakt i to često već u uzrastu od 12 do 13 godina i ranije, tako da prevenciju pušenja treba započeti najkasnije u uzrastu od 4 do 8 godina.

Kako se prva iskustva sa duvanom stiču u preadolescentnom dobu, kada je uticaj porodice još uvek veći od uticaja vršnjaka, porodicu je neophodno uključiti u punoj meri. Pušenje roditelja je snažan faktor rizika (50% do 75% mladih koji puše je imalo jednog ili oba roditelja pušača), te je neophodno utvrđivanje pušačkog statusa roditelja i upućivanje u programe odvikavanja od duvana.

Pored preventivnih programa u školama, mora se voditi računa o činjenici da su mlađi vrlo svesni pušačkog statusa svojih profesora, i da pušenje profesora povećava rizik od inicijacije ili nastavljanja pušenja učenika /9/.

Na mlađe veliki uticaj imaju mediji, naročito film i televizija /10/. Neophodan je uticaj na ovu industriju u smislu zabrane neposrednog i posrednog reklamiranja cigareta, kao i rad sa mlađima na dekodiranju skrivenih reklamnih poruka. Koliki je značaj uticaja filmova i filmskih zvezda na počinjanje pušenja kod mlađih, govori i činjenica da je Svetska zdravstvena organizacija proglašila glavnom temom Svetskog dana borbe protiv pušenja 2003. godine borbu za filmove i modu bez duvana.

## LITERATURA

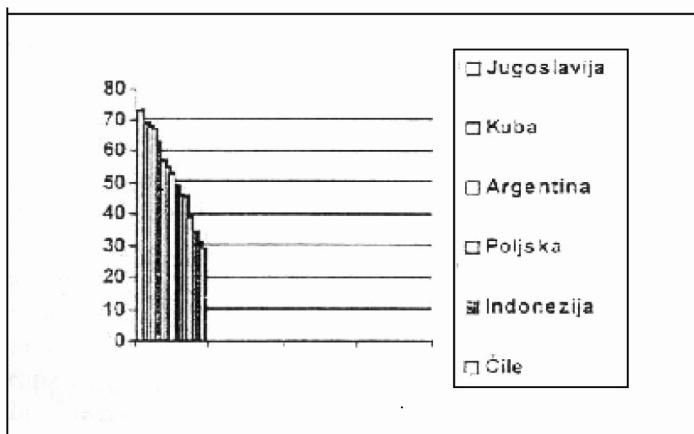
- /1/ Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, Marsden J, Taylor C, Meltzer H, *Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity*, Br J Psychiatry 2001; 179: 432–437; /2/ Benowitz NL, *Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction*, New Engl J Med, 319:1-318, 1988; /3/ World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, World Health Organization, Geneva, 1992; /4/ Perkins K.A., Grobe JE, Caggiano A, *Acute reinforcing Effects of low-dose nicotine nasal spray in humans*, Pharmacol Biochem Behav 1997; 56:235–241; /5/ Industry watch, *Dark secrets of tobacco company exposed*, Tob Control, 1998; 7:315–319; /6/ Hall S.M., Humfleet G.L., Reus V.I., Munoz R.F., Hertz D.T., Maude-Griffin R, *Psychological intervention and antidepressant treatment in smoking cessation*, Arch Gen Psychiatry 2002; 59:930–6; /7/ DiFranza J.R., Savageau J.A., Rigotti N.A., Fletcher K., Ockene J.K., McNeill A.D., Coleman M and Wood C. *Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study*, Tob Control 2000; 9:33–29; /8/ Weissman M.M., Warner V., Wickramaratne P.J. and Kandel D.B., *Maternal smoking during pregnancy and psychopathology in offspring followed to adulthood*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999; 38:7; /9/ Poulsen L.H., Osler M., Roberts C., Due P., Damsgaard M.T. and Holstein B.E., *Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour: analysis of cross sectional data from Denmark*, Tob Control 2002; 11:246–251; Sargent J.D., Beach M.L., Dalton M.A., Mott L.A., Tickle J.J., Ahrens M.B., Heatherton T.F., *Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: cross sectional study*, BMJ 2001; 323:1394.

## PASIVNO PUŠENJE I POMOĆ PUŠAČIMA

Danas se pouzdano zna da pod rizikom da se razboli usled dejstva duvanskog dima nije samo osoba koja puši, već i oni koji su uz pušača prisiljeni da udišu duvanski dim, a posebno deca. Zato se pušenje definiše kao oblik samovoljnog, hroničnog trovanja osobe koja puši, ali i trovanja živih bića u blizini pušača, a pasivno pušenje naziva i nevoljnim, prisilnim ili prinudnim pušenjem.

Epidemiološki podaci o učestalosti pasivnog pušenja među decom u svetu prikazani su na grafikonu 1. Prema najnovijim podacima Svetske zdravstvene organizacije (SZO), deca Kube su najviše izložena duvanskom dimu – 69%, a Perua najmanje – 29%. U izveštaj nisu uključeni podaci za našu zemlju, niti za Tursku, koja je prva u Evropi prema navici pušenja svojih stanovnika. Na osnovu rezultata nekih skorašnjih analiza kod nas, izgleda da više od 70% dece živi u „pušačkom ambijentu“. Ispitivanje 4626 učenika srednjih škola u Čačku i Ivanjici pokazuje da 31% učenika aktivno puši, a 70% je izloženo duvanskom dimu u kući. U Kragujevcu je 76% od 1746 anketiranih učenika osnovnih škola odgovorilo da su im jedan ili oba roditelja pušači, a polovina da oba roditelja puše. Ovome treba dodati i da u 30% porodica po red roditelja puše i drugi članovi domaćinstva.

GRAFIKON 1. Jugoslavija je na prvom mestu po izloženosti dece pasivnom pušenju



Preko 80% ispitanih kragujevačkih osnovaca čiji su roditelji pušači žele da ovi prestanu da puše. Na pitanje: „Zašto?“, većina je odgovorila: „Brinem zbog njihovog zdravlja“. 15% ispitanika je odgovorilo: „Zbog toga što bismo imali više novca“. Jednoj trećini je smetao duvanski dim. Anketa sprovedena među decom osnovnih škola u Beogradu pokazuje da osnovci veoma malo znaju o stvarnim štetnim efektima duvanskog dima.

Posledice pasivnog pušenja su brojne. Njegova višestruka štetnost ogleda se na respiratornom traktu, preko kojeg se i ostvaruje prvi kontakt sa duvanskim dimom, ali i sluznicama oka, koži, kosi itd. Zapaljenje ždrela, glasnih žica, dušnika, bronha, emfizem i rak pluća, samo su deo oboljenja koja nastaju kao posledica izloženosti njegovim sastojcima. Stalni nadražaj i oticanje sluzokože nosa, koja sadrži završetke mirisnih živaca, vremenom dovodi do slabljenja čula mirisa. Usled hroničnog zapaljenja sinus-a i slivanja sekreta, javlja se učestali kašalj, koji može da maskira druga oboljenja. Sluznica disajnih organa dece još je osetljivija od one kod odraslih i tako podložnija brojnim, ponavljanim infekcijama. Najčešće posledice boravka dece u zadimljenom prostoru prikazane su u tabeli 1.

Pasivno pušenje je odgovorno i za veliki broj alergijskih reakcija, a rezultati skorašnjeg opsežnog istraživanja na Rod Ajlendu pokazuju i da je karijes kod dece veoma povezan sa njim.

TABELA 1. Posledice boravka dece u blizini pušača

Kosa – neprijatan miris	
<b>Mozak</b> – moguća udruženost sa tumorima i dugotrajnim efektima na mentalnu aktivnost	<b>Disajni organi</b> – infekcije (bronhitis, pneumonija)
<b>Oči</b> – češće peckanje, suzenje i treptanje	– astma (nastanak ili pogoršanje)
<b>Uvo</b> – infekcije srednjeg uva	– hronične tegobe: sviranje, kašalj, nedostatak vazduha
<b>Krv</b> – mogući limfomi	– smanjenje funkcije pluća
<b>Srce i krvni sudovi:</b>	<b>Opekotine</b> usled požara
- smanjeno snabdevanje arterija kiseonikom - povećanje broja nikotinskih receptora	<b>Model ponašanja</b> – veća verovatnoća da postane pušač u adolescentnom dobu

Pored oštećenih disajnih organa, pasivno pušenje i kod odraslih može da dovede do oštećenja mozga, kako u smislu poremećaja mentalnih aktivnosti, tako i veće sklonosti ka moždanom udaru. Srce i krvni sudovi takođe stradaju, pa češće nastaje koronarna bolest sa anginom pectoris i infarktom, kao najtežom posledicom.

Ukoliko trudnica boravi u zadimljenom prostoru, može da se javi oštećenje materice sa posledicom u vidu zaostajanja ploda u rastu, male porođajne težine deteta, koje je kasnije skljono infekcijama pluća i bronhija praćenih sviranjem u grudima. Za 10% iznenadnih smrти beba nije nađen nijedan drugi faktor rizika osim pasivnog pušenja.

Kao lekar na kliničkom odeljenju godinama sam bila u situaciji da gledam i one koji su guše i umiru od emfizema ili od raka pluća, bolno doživljavajući njihova nastojanja da im se smanje tegobe, produži život i povrati dah. Pri tom sam, u osećanju lekarske nemoći, često poželeta nemoguće: da vratim njihov život u vreme kad je razaranje njihovog zdravlja i života počelo, kada su se oblaci dima cigarete tek uselili u njihov život i živote najbližih. Možda o štetnom uticaju duvanskog dima nisu znali, nisu želeli da znaju poneseni snagom zavisnosti od droge ili su, pak, pokušavali da se odreknu pušenja, a nisu u tome uspeli. Nekada saznanje o štetnosti duvanskog dima pušaču izgleda kao udaljeni problem, jer se neke od teških bolesti ispoljavaju posle višegodišnjeg pušenja. Činjenica da se jedan mali broj pušača ne razboli, odnosno bolest se ne shvati kao posledica pušenja, daje podstreka mnogima da nastave sa svojom navikom. Naglasićemo da nasledna predispozicija i ovde, u smislu osetljivosti na sastojke duvanskog dima, danas ima svoju naučnu potvrdu.

Pušači često znaju da je za njih pušenje štetno i opasno kao i da to smeta osobama u njihovoј okolini, a posebno deci. Međutim, nije ni jednostavno ni lako čoveku da se pušenja odrekne. Saznanje o štetnom dejstvu sastojaka duvanskog dima na ljudski organizam, bilo pri aktivnom ili pasivnom pušenju, najčešće nisu dovoljan podsticaj za trajno prekidanje pušenja. Statistika kaže da prosečni pušač 3–4 puta tokom života pokuša da prekine sa pušenjem, a da mali broj u tome uspe bez stručne pomoći. Pored predispozicije za pušenje i zavisnosti od nikotina, problem predstavljaju i tri snažna zadovoljstva, koje ono nosi: emocionalno, psihološko i socijalno.

Veliki francuski pesnik Šarl Bodler nije slučajno nazvao svoju zbirku pesama „Cveće zla“. On je, kao i mnogi drugi ljudi imao svoje razloge zbog kojih je posezao za alkoholom i drogom. I pušenje je jedan od tih cvetova koji svojim mirisom i trenutnim efektima privlače, a donose zlo istovremeno. Niko bolje od lekara ne poznaje sve njegove strane. Pa ipak, katkad ni sami nisu u stanju da ga se odreknu. Mnogi od njih su postali robovi cigarete pre nego studenti medicine. Mada se od lekara očekuje da svojim ponašanjem bude uzor okolini i u ovom polju, problem lekara-pušača najviše dolazi do izražaja kada se nađe u situaciji da drugima govori o štetnim efektima duvanskog dima ili pruža pomoć pušačima u odvikavanju.

## Pomoć pušačima

Kako po masovnosti i razornim posledicama po zdravlje ljudi i aktivno i pasivno pušenje imaju karakter pandemije, SZO je predložila konkretne mere za prevenciju pušenja i metode odvikavanja koje podrazumevaju stručnu pomoć. U SAD i nekim drugim zemljama nosilac ovog rada je lekar primarne zdravstvene zaštite. U našoj zemlji za ovo su se obučili, najčešće samoinicijativno, pojedinci ili grupe entuzijasta (lekari, pedagozi, psiholozi, defektolozi itd.) dok sistematska obuka, pre svega studenata medicine, nedostaje.

Predviđene metode pomoći pušačima su:

- individualni rad;
- rad u maloj ili velikoj grupi;
- nacionalna ili internacionalna kampanja.

Od svih oblika rada sa pušačima, najveći uspeh se postiže individualnim radom, ali je to istovremeno metod koji oduzima najviše vremena, iziskuje puno strpljenja i truda, kako terapeuta, tako i osobe prema kojoj je program prilagođen. U svetu se smatra skupom metodom. Primjenjuje se oko 12 godina u Institutu za plućne bolesti i tuberkulozu u Beogradu (Klinički centar Srbije, Višegradska 26) i još 15 dispanzera za plućne bolesti i tuberkulozu širom Srbije, u kojima su otvorena savetovališta za odvikavanje od pušenja.

Odvikavanje ovom metodom počinje lekarskim-specijalističkim pregledom osobe koja je donela odluku o prestanku pušenja, a nastavlja se procenom stanja, određivanjem stepena nikotinske zavisnosti, lične i porodične situacije, pravljenjem programa rada i podrške, koji se dalje prilagođava i menja prema potrebi. Poželjno je da osobe iz porodične i radne sredine pušača budu prethodno spremne da mu pruže podršku i ohrabrenje, kako bi istrajao. Ovaj integrativni pristup podrazumeva: 1) *promenu ponašanja* (psihološka pomoć i pomoć u promeni stila života) i 2) *terapija nadoknade (supstitucije) nikotina* u vidu tableta za žvakanje ili flastera, prema planu, uz postepeno smanjivanje doze. U svetu već postoje i preparati nikotina u vidu spreja, za upotrebu preko sluzokože usta ili nosa, sa istim ciljem – da spreče potrebu za nikotinom i apstinencijalnu krizu.

Preparat Nicorette je do danas jedino pomoćno lekovito sredstvo koje SZO zvanično preporučuje za odvikavanje od pušenja. Primjenjuju se, ipak, i drugi lekovi i sredstva (tzv. nenikotinska terapija), nedovoljno pouzdana ili efikasna, a brojni preparati raznolikog dejstva su u fazi ispitivanja.

*Grupni metod* odvikavanja primjenjuje se u Institutu za zaštitu zdravlja Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ u Beogradu (dr Subotića 5).

Mišljenja o efikasnosti antipušačkih kampanja u odvikavanju su podejljena, ima onih koji smatraju da one ne pomažu pušaču u pravoj meri, da nekim otežavaju nastojanje da prekinu sa pušenjem, čak učvršćuju strah koji ih navodi da još više puše. U našoj zemlji je i 2002. godine sprovedena aktivnost u okviru međunarodne kampanje „Quit&Win“, a tokom zime 2002/2003. domaća kampanja „Ostavite pušenje – produžite život“, kao jedna u nizu prethodnih, koja je imala za cilj upozorenje javnosti na štetno delovanje duvanskog dima na zdravlje i bila propraćena brojnim medijskim aktivnostima uz angažovanje organizatora: Ministarstva zdravlja Srbije, Instituta za zaštitu zdravlja Srbije „Batut“ i Instituta za plućne bolesti i tuberkulozu u Beogradu. Tokom završnog stručnog simpozijuma izneti su rezultati sveobuhvatne analize situacije kod nas, uz naglašavanje potrebe za sistematičnjim pristupom ovom problemu, ranoj prevenciji pušenja, a naročito potrebi za

kontinuiranom edukacijom zdravstvenih radnika. Predloženo je da problem pušenja i odvikavanje od pušenja uđe u plan redovne i postdiplomske nastave na medicinskim fakultetima i višim medicinskim školama u zemlji.

Ma koji metod da se primenjuje, trebalo bi poznavati stepen spremnosti pušača za odvikavanje i tome prilagoditi stručnu intervenciju. Sledi prikaz tzv. Petostepenog pristupa u odvikavanju od pušenja (u daljem tekstu – *odvikavanje*) nazvanog *Stadijumi promene*.

**Prvi stadijum** – *prekontemplacija* – faza koja prethodi razmišljanju o problemu, kojeg mnogi pušači nisu ni svesni, a karakteriše je odsustvo namere da promene ponašanje u doglednoj budućnosti. Ako na pitanje: „Da li namejavate da prestanete sa pušenjem u narednih šest meseci?“ pušač odgovori negativno, ne prelazi u sledeći stadijum sve dok odgovor ne bude: „Da“. U ovoj fazi lekar, a i druge osobe mogu da odigraju značajnu ulogu podsticanjem pušača da sazna što više o štetnom dejstvu duvanskog dima na zdravlje.

**Drugi stadijum** – *kontemplacija* – razmatranje problema i razmišljanje o njemu, stadijum u kojem pušači izjavljuju da nameravaju da prestanu sa pušenjem u narednih šest meseci. Analize pokazuju da ih 50% bez stručne pomoći neće u tome uspeti. U ovoj fazi može da se utiče na kolebljive isticanjem moguće zdravstvene, ekonomске i socijalne dobiti uz poboljšanje kvaliteta života ako se sa pušenjem prestane.

**Treći stadijum** – *priprema* – pušači se svrstavaju u ovu kategoriju kad imaju nameru da prestanu sa pušenjem tokom sledećeg meseca, a već su ozbiljno to pokušali u prethodnoj godini (24 sata apstinencije). Lekar sada ima zadatku da pušaču predovi opcije, npr. sa izborom od tri plana odvikavanja: nikotinski flaster, samopomoć ili grupna terapija. Predstavljanje različitih mogućnosti je važno, jer strategija odvikavanja treba da bude takva da ovaj proces učini što više interaktivnim, sa značajnim ličnim angažovanjem pušača u svakoj fazi.

**Četvrti stadijum** – *akcija* – faza u kojoj pojedinac menja svoje ponašanje, iskustvo i okruženje kako bi prevazišao problem. Mogli bismo da je nazovemo „faza odvikavanja u užem smislu“. Ona katkad zahteva znatno vreme i energiju, kako pušača, tako i terapeuta, a traje različito – zavisno od primenjene metode (najmanje tri meseca u slučaju individualne).

**Peti stadijum** – *održavanje* – faza u kojoj se radi na sprečavanju vraćanja staroj navici (engl. relaps) i učvršćuje uspeh postignut u prethodnoj fazi. Biološki, najgore se prevazilazi tokom prva 3–4 dana, a bihevioristički i psihološki, ova faza traje oko šest meseci. Od ključnog je značaja da se pušaču pruža podrška, kako bi istrajao. Pažnja se usmerava na otkrivanje visokorizičnih situacija koje podstiču na ponovno pušenje (kako onih sa pozitivnim predznakom, tako i tragičnih) i pripremaju alternativna rešenja za ponašanje u njima. Osmisljava se stil života sa manjim brojem situacija koje dovode do želje za cigaretom i razvija osećanje upravljanja sopstvenim životom. Posebna

opasnost u ovoj fazi leži i u želji da se iz nove perspektive proveri sopstvena reakcija na pušenje povlačenjem „samo jednog dima“. Takav pokušaj treba da se na vreme osujeti upozorenjem. Nađeno je da posle 12 meseci 12% odvikušnih pušača ponovo propuši ako u ovom periodu povuče makar samo taj „jedan dim“. Dok ne prođe pet godina potpune apstinencije, stopa relapsa ne pada na oko 5%.

Model odvikavanja *Stadijumi promene* uspešno je primenjivan u širokom spektru grupa različite starosti i socijalno-ekonomskog stanja. Tvorac modela, Džejms Prohaska, ilustruje njegov značaj poređenjem odvikavanja sa hodom uz spiralne stepenice, kojima se pušač penje – ide unapred. On pri tom može da padne unazad – u relaps, ali je još uvek usmeren unapred. Drugim rečima, trud je retko uzaludan – i onda kada se pušači vrate staroj navici, samo 15% ih se vrati u stadijum prekontemplacije.

Grafikon 2. Stadijumi promene u procesu odvikavanja od pušenja

				Održavanje
			Akcija	
		Priprema		
Kontemplacija				
Prekontemplacija				

Važan činilac za uspeh u strategiji odvikavanja je lekar primarne zdravstvene zaštite i poverenje koje bolesnik ima u njega. Lekari, uopšte, imaju važnu ulogu u borbi protiv duvanskog dima u svakoj društvenoj grupi, ali, pre svega, sami treba da budu uvereni da se radi o intervenciji vrednoj truda. (Oko 2% pušača prestane sa pušenjem posle samo jednog lekarskog saveta i informacije o štetnosti duvana).

Treba da budemo svesni činjenice da oko 20% pušača nikada neće biti „spremno za odvikavanje“ i da će na sva naša nastojanja da im ukažemo na problem i opasnosti gledati sa nipođaštavanjem. Oni ostaju ubedjeni da bez pušenja ne mogu da žive, pa makar žrtve bili njihovi najbliži – pasivni pušači u kući, tolerantne kolege i ljudi skloni nezameranju. Ostaje nada da ćemo jednog dana i u ovim ljudima, koje katkad nazivamo pušačima – egoistima, naći izmenjene ljude, uzore dobrote, plemenitosti i ljubavi za ljudski rod. Do tada, ostaje i zakon i propisi, koji, na žalost, često ne mogu da zaštite najosetljiviji i najmlađi deo stanovništva u roditeljskim domovima. Ostaje i nada da će čovek u ovom egzistencijalnom vakuumu našeg vremena, tragajući za smisлом života imati dovoljno znanja i volje da pušenje kao zlo blagovremeno odbaci.

I na kraju, poruka onima za koje je jedan pisac rekao: „Pored takvih ljudi i sam postaješ bolji“. Ako naučimo da dopremo do svih naših pušača i oni prepoznaju svoje potrebe u svakom stadijumu, uz to primenimo najprikladniji bihevioristički metod, postići ćemo mnogo više, a ostvareno duže zadržati.

## LITERATURA

- /1/ Chollat-Traquet C., *Evaluating Tobacco Control Activites*, Experiences and Guiding Principles, WHO, 1996, 135–202; /2/ Boolliger C.T., Fagerström K.O., *The Tobacco Epidemic*, Progress in respiratory research 1997:281:122–150; /3/ *Pušenje i odvikavanje od pušenja*, u Zborniku radova 45, savetovanja pulmologa Srbije u Beogradu novembra 2001, Beograd 2002, 161–172; /4/ Crofton J.W., Freour P.P., Tessier J.F., *Medical education on tobacco: implications of a worldwide survey*, Medical Education, 1994; 28:187–196; /5/ Richmond R, Heather N, *General Practitioners intervention for smoking cessation: Past results and future prospects*, Behaviour Change, 1990; 7(3):110–119; /6/ Prochaska J.O., DiClemente C.C., Towards a Comprehensive Model of Change, In: Miller Wr, Healther N. (eds.), *Treating Addictive Behaviours: Process of Change*, New York, Plenum Press, 1986; 3–27; /7/ Abrams D.B., Orleans C.T., Niaura R.N., Goldstein M.G., Velicer W.F. and Prochaska J.O., *Smoking treatment issues: Towards a stepped care approach*, Tobacco control 2 (Suppl): 517–537; /8/ WHO, *Regulation of nicotine replacement therapies: an expert consensus*, WHO European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence, Copenhagen – Regional Office for Europe, 2001; /9/ Warsaw Declaration for a Tobacco-free Europe, WHO Ministerial Conference, Warsaw, 18–19 February 2002; /10/ Pešić I., Danilović M., Lazović N., Pešut D., *Who Quits in the Process of Giving up Smoking*, 3rd European Conference on Tobacco and Health – Closing the Gaps – Solidarity for Health, June 2002, Warsaw, Poland, Programme/Abstrats: 28; /11/ Zellweger JP, *Anti-smoking Therapies*, Drugs 2001:61(8):1041–1044.

## **PUŠENJE – PLUĆNE BOLESTI I MALIGNITET**

### **Razvoj i starenje pluća**

Razvoj pluća se ne završava rođenjem već se nastavlja do 9. godine života, kada se tek formira definitivan broj alveola i razvoj biva završen. Sve štetne nokse intrauterino i u ranom detinjstvu mogu dovesti do poremećaja u razvoju pluća, a samim tim i do oštećenja plućne funkcije, bržeg „starenja pluća“ uz veću sklonost različitim oboljenjima – infekcijama, HOBP, astmi, karcinomu pluća, fibrozi, u zavisnosti i od genetske predispozicije. Kako svi organski sistemi u ljudskom organizmu ne stare jednakomerno, zna se i da respiratorični sistem tokom starenja fiziološki trpi najveća oštećenja svoje funkcije, uz niz morfoloških promena pluća i disajnih puteva. Ove promene, uključujući i promene u koštanoj strukturi i muskulaturi grudnog koša, vremenom dovode do smanjenja elasticiteta pluća, što ima za posledicu promene plućne funkcije koje se funkcijskim testovima registruju. Dolazi do postepenog progredijentnog smanjenja plućnih kapaciteta (FVC i FEV1), povećava se respiratorno nekorisni prostor, a difuzijska sposobnost razmene gasova, kiseonika i ugljen-dioksida opada. Pored ovih promena, javlja se i niz drugih koje nisu direktno vezane za disajne organe ali mogu imati uticaja na pojavu, učestalost, kao i kliničke manifestacije, tok i prognozu nekih bronhopulmonalnih oboljenja: refleks kašla opada, a imunobiološke promene rezultuju smanjenjem opštih, kao i lokalnih odbrambenih snaga.

### **Egzogeni faktori rizika**

Pluća su zahvaljujući svojim anatomske i funkcijskim karakteristikama (ogromna respiratorna površina od preko 100 m<sup>2</sup>), organ visokog rizika za oksidativna oštećenja, zbog direktnе izloženosti toksičnim supstancama aerozagađenja, duvanskog dima i infektivnih agenasa. Glavni prirodni antioksidansi respiratornog sistema su sluz (mukus), alveolni pokrov, ekstračelijski enzimi (superoksid dismutaza-SOD, katalaza, glutation peroksidaza i reduktaza), membranski „čistači“ (vitamin E, Beta karoten), ekstračelijski antioksidansi: belančevine plazme – albumin, ceruloplazmin, transferin, alfa 1

antitripsin (alfa 1-AT), zatim niskomolekulski „čistači“ – bilirubin, metionin, mokraćna kiselina, glutation i vitamin C i E.

Oko 98% aerozagađenja se odnosi na 5 glavnih komponenti: ugljen-monoksid (CO), sumpor-dioksid (SO<sub>2</sub>), gasovite ugljovodonike, partikule i azot-dioksid (NO<sub>2</sub>). Svi ovi iritansi pre svega uzrokuju zapaljenjsko (inflamacijsko) oštećenje sluzokože disajnih puteva, što vodi većoj osetljivosti za različite alergene (virusi, polen, kućna prašina i dr.). Nadalje, nekoliko iritanasa su i moćni stimulatori subepitelnih brzo-reagujućih spazmogenih receptora, sposobni da izazovu čak fatalni napad bronhospazma. Rezultujuća oštećenja, pre svega, zbog stvorenih oksidanasa, doprinose pojavi i progresiji mnogih respiratornih poremećaja, uključujući, pre svega, hronični opstrukcijski bronhitis (HOB), emfizem, karcinom pluća, astmu, fibrozu.

**Duvanski dim** sadrži oko 4700 hemijskih sastojaka, uključujući i visoke koncentracije slobodnih radikala i oksidantnih supstanci koje menjaju ćelije. Danas je pušenje najznačajniji preventibilni faktor rizika smrti zbog niza bolesti koje izaziva.

- **PUŠENJE UBRZAVA PROCES STARENJA PLUĆA**  
GUBITAK ELASTIČNOSTI PLUĆA, OPADANJE PLUĆNE  
FUNKCIJE, POSTZAPALJENSKA FIBROZA I DISTORZIJA  
MALIH DISAJNIH PUTEVA

Pušenje cigareta i starost su jedina dva faktora konzistentno vezana za povećani gubitak plućne funkcije. Konzumiranje duvana vodi ubrzavanju normalnog procesa starenja pluća, sa gubitkom elasticiteta što se odražava proširenjem distalnih vazdušnih prostora. Fiziološki, ovo rezultuje hiperinflacijom (prepunjenošću pluća vazduhom) i smanjenjem plućnih kapaciteta, tj. ventilatornih parametara (FEV<sub>1</sub> i dr.). Zbog istovremenog razvoja zapaljenjskog procesa manjih bronhija – bronholitisa, dolazi do nepravilnog grubog oživljavanja plućnog tkiva tj. fibroze i do distrozije malih disajnih puteva.

Mlađi pušači imaju anatomske i funkcione promene u malim disajnim putevima bez vidnog smanjenja ventilacijskih parametara poput FEV<sub>1</sub>, ali je opstrukcija malih disajnih puteva najraniji pokazatelj posledica u mladih pušača koja se može potpuno povući po prestanku pušenja.

- **MEHANIZAM DELOVANJA PUŠENJA NA PLUĆA**  
OŠTEĆUJE MUKOCILIJARNI KLIRENS, INHIBIRA ALVEOLNE  
MAKROFAGE, LUČI SE IZMENJENA SLUŽ (MUKUS),  
ZAPALJENJE (INFLAMACIJA), INHIBICIJA ANTIPROTEAZE I  
OSLOBAĐANJE PROTEOLITIČNIH ENZIMA

Pušenje oštećuje pokretljivost treplji u disajnim putevima, odnosno mukocilijski klirens, inhibiše funkciju lokalnih odbrambenih ćelija tj. alveolnih

makrofaga i vodi hipertrofiji i hiperplaziji žlezda koje luče sluz (mukus) izmenjenog sastava; na nivou plućnih mehurića (alveola) dolazi do intenzivnih zapaljenjskih tj. inflamacijskih promena; takođe inhibira zaštitne enzime anti-proteaze i uzrokuje akumulaciju pre svega belih krvnih zrnaca-neutrofila koji oslobađaju proteolitične enzime. Proteolitični enzimi vrše destrukciju, razaranje plućnog tkiva, što vodi daljem oštećenju. Inhalirani duvanski dim može prouzrokovati i akutno povećanje otpora u disajnim putevima zahvaljujući konstrikciji glatkih mišića, posredovanoj vagusom. Čitava kaskada navedenih događaja pod uticajem duvanskog dima dovodi obavezno do razvoja hroničnog bronhitisa sa svakodnevnim iskašljavanjem obilnjeg sekreta („pušački bronhitis“) i stvara uslove za niz drugih plućnih bolesti.

- **POVEĆANA SKLONOST RESPIRATORNIM INFEKCIJAMA**

Pušenje je jedan od najbolje dokumentovanih nezavisnih faktora rizika za nastanak infekcija respiratornog trakta u odraslih. To je izrazito čest faktor rizika razvoja vanbolničkih pneumonija (zapaljenja pluća nastala u ambulantnim tj. svakodnevnim uslovima): dva puta su češće ove pneumonije u pušača, a više od tri puta u teškim, strasnih, dugogodišnjih pušača. Prestanak pušenja, međutim, smanjuje ovaj rizik za 50% nakon 5 godina.

Dokazano je da pušenje predstavlja predispoziciju za infekcije tzv. atipičnim uzročnicima kod obolevanja od vanbolničkih pneumonija. Veliki procent ovih obolelih pušača ima i druge pridružene hronične plućne bolesti, bar delom uzrokane pušenjem, što nadalje predstavlja značajan rizik za obolovanje od teških zapaljenja pluća sa komplikacijama. Dokazan je četiri puta veći rizik razvijanja invazivne bolesti izazvane pneumokokom kod pušača u odnosu na nepušače. Stoga je pušenje najjači nezavisni faktor rizika za obolovanje od invazivne, agresivne pneumonije, dozno-zavisan tj. direktno zavisi od broja popušenih cigareta dnevno, broja popušenih paklica tokom godina pušačkog staža, kao i od broja godina pušačkog staža i vremena proteklog od prestanka pušenja.

- **UZROKUJE I POGORŠAVA HRONIČNU OPSTRUKCIJSKU BOLEST PLUĆA (HRONIČNI OPSTRUKCIJSKI BRONHITIS I EMFIZEM):**
  - 90% SU PUŠAČI, RIZIK OBOLEVANJA U PUŠAČA 80–90%
  - POGORŠAVA KLINIČKI TOK (1/3)
  - UBRZAVA GUBITAK PLUĆNE FUNKCIJE (1/7)
  - MORTALITET JE ZNAČAJNO VEĆI
  - DOZNA ZAVISNOST
  - PRESTANAK PUŠENJA SMANJUJE PAD FEV1 NA POLOVINU NAKON JEDNE GODINE

## KOD BLAGE HOBP VRAĆA NA NORMALAN TREND PADA FEV1

Oksidativni stres ima glavno mesto u patogenezi HOBP, a inače perzistentno stvaranje slobodnih radikala u plućima bolesnika sa HOBP, raste u fazama akutnih pogoršanja tj. egzacerbacije bolesti. Na kliničke manifestacije i progresiju bolesti vodeći uticaj ima pušenje. Iako samo oko 15% do 20% pušača razvijaju HOBP, ipak pušenje cigareta predstavlja 80–90% rizika za razvoj ove bolesti. Među obolelima od HOBP, 90% su pušači. Pušači imaju veći mortalitet od HOBP nego nepušači, imaju veću stopu drugih respiratornih simptoma i bržu stopu opadanja plućne funkcije (FEV1). Ove razlike među pušačima i nepušačima rastu sa brojem paklica popušenih cigareta godišnje i dužinom pušačkog staža.

Prirodna istorija razvoja HOBP u pušača je relativno pravolinijska. Oko trećine pušača razvija hroničan kašalj i povećano stvaraju gnojav ispljuvak, a sedmina ima ubrzanu stopu gubitka plućne funkcije. Pušači sa najnižim vrednostima ventilatornih parametara plućne funkcije (FEV1) imaju najveći pad vrednosti ovog parametra godišnje. Prva posledična ograničenja aktivnosti se javljaju kada vrednost FEV1 padne na oko 50%, a značajno ograničenje aktivnosti, invaliditet, evidentno je sa padom na 30–40%. Kada gubitak plućne funkcije postane takav da dovede do invalidnosti, srednje vreme preživljavanja je samo 5 godina. Prestanak pušenja smanjuje brzinu opadanja plućne funkcije već tokom prve godine i to na polovinu onog u pušača. U odsustvu simptoma, već sam prestanak pušenja pozitivno utiče na tok HOBP. Pokazalo se da po prestanku pušenja, u onih koji boluju od blage HOBP, nastaje povećanje plućne funkcije, sa normalnim starosnim opadanjem nakon toga. Sličan pozitivan efekat prestanka pušenja se sreće čak i u starijih. Nadalje, oni koji intermitentno prestaju da puše i iznova počinju da puše, pokazuju ipak umerenije opadanje vrednosti FEV1 u poređenju sa stalnim pušačima.

Definitivno, iako prestanak pušenja ne rezultuje u kompletnom povlačenju izraženije bronhoopstrukcije, ipak postoji signifikantno usporavanje pada plućne funkcije u svih pušača koji prestanu da puše. Stoga, u svakom momentu, u bilo kom starosnom dobu (što ranije to bolje) ima smisla prestati sa pušenjem, jer to uvek povlači pozitivan efekat i nadalje sporiji gubitak plućne funkcije.

Oštećujući glavne odbrambene linije, i na struktturnom i na ćelijskom nivou, pušenje značajno doprinosi ne samo incidenci obolenja i težem kliničkom toku hronične opstrukcijske bolesti pluća (HOBP) i astme, već i obolenju od bakterijskih infekcija donjeg respiratornog trakta. Pogoršanja hronične opstrukcijske bolesti zbog infekcije značajno su češća u pušača, te stoga pušenje direktno utiče na kvalitet života ovih bolesnika.

Povećana responzivnost disajnih puteva na duvan kao štetnu noksu (rekurentne epizode akutne bronhokonstrikcije) je vezana za mnogo bržu progresiju bolesti u onih sa hroničnom opstrukcijom disajnih puteva.

Kod osoba sa genetskim deficitom zaštitnog enzima alfa 1 antitripsina (alfa 1-AT), posledica je slobodno delovanje proteolitičnih enzima koji dovode do razaranja, destrukcije alveolnih zidova i razvoja emfizema. Kliničke manifestacije bolesti, emfizema koji se razvija, u direktnoj su vezi sa morfološkim promenama i funkcijskim poremećajima u plućima. Međutim, pušenje je taj faktor koji utiče da se otežano disanje ranije javi kod pušača (prosečno u 35. godini) nego kod nepušača (oko 44. godine) u ovoj populaciji. Oštećenja plućne funkcije i rentgenološke promene koje upućuju na postojanje emfizema, ispoljene su znatno ranije kod pušača nego kod nepušača. Zbog ovih činjenica, kod ovakvih osoba treba insistirati na nepušenju, odnosno prestanku pušenja.

Uloga proteolitičnih enzima u indukciji emfizema nije ograničena na osobe sa alfa 1-AT deficijencijom. Dokazano je da proteolitični enzimi iz nakupljenih belih krvnih zrnaca-neutrofila i alveolnih makrofaga, a što je posledica pušenja, mogu uzrokovati emfizem čak i u osoba sa normalnim nivoom cirkulišućih antiproteaza: oksidansi duvanskog dima smanjuju inhibitornu aktivnost alfa 1 – antitripsina oko 2000 puta.

#### • **RESPIRATORNA OBOLJENJA DECE ZBOG PUŠENJA TRUDNICA I RODITELJA**

Treba naglasiti da je pušenje u trudnoći odgovorno za rađanje 20–30% beba sa malom težinom, 14% porođaja pre termina, kao i za 10% iznenadnih smrti novorođenčadi, ali i za značajna plućna oboljenja dece i njihov klinički tok. Čak i naizgled zdrave bebe daleko češće imaju anatomske promene, malformacije – suženje disajnih puteva sa oštećenjem plućne funkcije. Deca pušača obolevaju češće od respiratornih bolesti nego deca nepušača: povećana je izrazito frekvenca prehlada i infekcija uha, češće je obolevanje i egzacerbacija astme, a naročito je veća sklonost obolevanju od bronhoplućnih infekcija, koje u dece pušača imaju češće teži klinički tok. Dokazano je da su pušačke navike roditelja odgovorne za oko 150.000 – 300.000 infekcija donjih disajnih puteva i pluća u dece mlađe od 18 meseci, godišnje u SAD. Značajno je veća prevalensa hroničnih respiratornih simptoma u dece pušača u odnosu na decu nepušača. Zabeleženo je češće obolevanje od astme u dece čije su majke pušile tokom trudnoće, a sam klinički tok astme u dece čiji roditelji puše značajno je teži, sa češćim prolongiranim krizama gušenja, u odnosu na decu sa astmom čiji roditelji ne puše.

- **KARCINOM PLUĆA**

90%–95% OBOLELIH OD RAKA PLUĆA SU PUŠAČI

RAK PLUĆA JE VODEĆI UZROK SMRTNOSTI OD

MALIGNITETA

PUŠENJE JE ODGOVORNO ZA 84% SMRTI OD RAKA PLUĆA,

TJ. ZA OKO 30%–35% MORTALITETA OD KARCINOMA

RIZIK OBOLEVANJA JE 4–5 PUTA VEĆI ZA DUŽI PUŠAČKI

STAŽ (DOZNA ZAVISNOST IZMEĐU BROJA CIGARETA

DNEVNO I RIZIKA SMRTI OD CA PLUĆA)

*Prestanak pušenja posle 10 godina smanjuje rizik na 30%–50%*

Pored nikotina i oksidanasa, u duvanskom dimu je dokazano postojanje 60 karcinogenih sastojaka. Činjenica da svi pušači ne obolevaju od karcinoma pluća objašnjava se različitom individualnom susceptibilnošću za karcinogene. Karcinogeni duvana mogu inicirati rast tumora samo ako ih ima u dovoljnoj količini da nadvladaju mehanizme ćelijske detoksikacije. Karcinom pluća je vodeći uzrok smrti od maligniteta oba pola, i u žena i u muškaraca, a oko 955 slučajeva vezano je za srednje teške ili teške pušače. Karcinom pluća obuhvata oko 15% novih slučajeva karcinoma u SAD 2002. godine. Pušenje je odgovorno za oko 84% smrtnosti od karcinoma pluća tj. za jednu trećinu mortaliteta od malignih bolesti uopšte. U SAD je u 2002. godini umrlo oko 155.000 ljudi od karcinoma uzrokovanih pušenjem. Rak pluća ubija više ljudi nego karcinomi dojke, prostate, creva i pankreasa zajedno.

Glavni sastojci duvanskog dima odgovorni za razvoj raka pluća su poliklični aromatični ugljovodonici (PAH) i duvan-specifični nitrozoamini (TSNa), znatno manje Polonijum-210 i volatilni aldehidi. Godinama je dominantan histološki tip karcinoma pluća bio skvamocelularni karcinom, da bi desetak poslednjih godina postajao dominantan tip adenokarcinom, za koji se tvrdilo da nije izazvan pušenjem. Istraživanja su, međutim, pokazala da razvojem i sve većim konzumiranjem tzv. lakih cigareta (sa smanjenom količinom nikotina), pušači uvlače dim cigarete dublje i češće. Pritom dolazi do prodora veće količine TSNa do periferije pluća. Za TSN je dokazano eksperimentalno, *in vivo*, da izaziva razvoj upravo adenokarcinoma pluća, te je jasno da je i ovaj tip raka pluća ipak direktno izazvan pušenjem. Najnovija istraživanja pokazuju, međutim, da i sam nikotin indirektno doprinosi razvoju raka pluća sprevavajući samouništenje (apoptozu) ćelija oštećenih karcinogenima duvanskog dima – time se omogućavaju dalje genetske promene ćelija, sve do nastanka maligniteta.

Evidentna je dozno-zavisna povezanost između broja cigareta dnevno i rizika smrti od karcinoma pluća: važno je naglasiti da tzv. ukupna ekspozicija duvanskom dimu podrazumeva pored broja popušenih cigareta dnevno i starosno doba kad se počelo sa pušenjem, broj godina pušačkog staža, kao

i dužinu ekspozicije pasivnom pušenju. Incidenca karcinoma pluća raste 4–5 puta zavisno od rasta dužine pušačkog staža. Važno je, međutim, istaći da se sa prekidom pušenja smanjuje značajno rizik obolevanja od raka pluća: nakon 10 godina od prestanka pušenja, rizik obolevanja od raka pluća iznosi 30–50% rizika za aktuelne pušače.

Pored karcinoma pluća, pušenje je glavni uzrok još nekoliko karcinoma, koji su stoga nazvani pušački karcinomi: usta i usne duplje, grla, jednjaka i mokraćne bešike. Pušenje igra značajnu ulogu i u nastanku i razvoju karcinoma gušterače, grlića materice i bubrega.

- **PUŠAČKI KARCINOMI:**

CA PLUĆA,

CA USANA, USNE ŠUPLJINE

(18 PUTA VEĆI RIZIK ZA PUŠAČE – SINERGIZAM  
ALKOHOLA I DUVANA)

CA GRLA

CA JEDNJAKA

(ŽENE IZRAZITO ČEŠĆE OBOLEVaju ZBOG BIOLOŠKE  
SUSCEPTIBILNOSTI: INTERAKCIJA POVIŠENOG NIVOA  
AKTIVACIJE DUVANSKIH PROKARCINOGENA CITOHRROM  
P-450 ENZIMIMA I SPORIJEG METABOLIZMA NIKOTINA,  
TAKOĐE I NEPOBITNA ULOGA ŽENSKIH POLNIH  
HORMONA U RAZVOJU TUMORA)

CA MOKRAĆNE BEŠIKE

CE ŽELUCA

CA BUBREGA, GRLIĆA MATERICE, GUŠTERAČE

U zaključku treba naglasiti da pušači koji prestanu da puše pre svoje 50. godine, smanjuju svoj rizik smrti na polovinu tokom narednih 15 godina u odnosu na perzistentne pušače. Prestanak pušenja smanjuje direktno rizik obolevanja od raka pluća, nastanka infarkta srca, šloga i obolenja od hroničnih plućnih bolesti.

#### LITERATURA

- /1/ Allewelt M., *The relationship between smoking and the development of respiratory tract infections in adults*, World Congress on Lung Health and 10th ERS Annual Congress, sep 2000, Florence, Italy, Monograph: Smoking and respiratory tract infections; /2/ Cerveri I., Accordini S., Verlato G. et al., *Variations in the prevalence across countries of chronic bronchitis and smoking habits in young adults*, Eur Resp J, 2001, 18, 85–92; /3/ Fiore M.C., Bailey W.C., Cohen S.J., et al., *Smoking cessation: Clinical practice guideline*, No 18, Rockville, NCPR Publ. No 96–0692; /4/ Gazdar A.F., Minna J.D., *Cigarettes, sex and lung adenocarcinoma*, J. Natl Cancer Inst. 89, 1997, (21), 1563–1565; /5/ Greenough A., *Passive smoking and respiratory illness in children*, World Congress on Lung Health and 10th ERS Annual Congress, sep 2000, Florence, Italy, Monograph: Smoking and respiratory tract infections; /6/ Iribarren C., Tekawa I.S., Sidney S., et al., *Effect of cigar smoking on the risk of cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer in men*, N Engl J Med 340, 1999, (23), 1773–1780; /7/ Kanner R.E., Anthonisen R. et Connell J., *Lower respiratory*

*illnesses promote FEV1 decline in current smokers but not ex-smokers with mild chronic obstructive pulmonary disease*, Am J Resp Rev Dis, 2001, vol 164, 358–363; /8/ Koh H.K., *The end of the „tobacco and cancer“ century*, J. Natl Cancer Inst., 1999, 91. (8), 660–661; /9/ Mitchell B., Sobel H., Alexander M., *The adverse health effects of tobacco and tobacco-related products*, Prim Care: Clinics in Office practice, sep. 1999, vol 26, No 3, 234–240; /10/ Siegel R.E., *The prevention and treatment of lower respiratory tract infections in smokers*, World Congress on Lung Health and 10th ERS Annual Congress, sep 2000, Florence, Italy, monograph: Smoking and respiratory tract infections; /11/ Viegi G., *The incidence and burden of smoking-related illness*, World Congress on Lung Health and 10th ERS Annual Congress, sep. 2000, Florence, Italy, Monograph: Smoking and respiratory tract infections.

## **SVETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA I ANTIPUŠAČKI POKRET U SVETU**

„*Duvan sigurno ubija*“  
Svetska konferencija o pušenju, Peking, 2002.

Kolumbovi mornari, kraljica Katarina Medići, Žan Nikot i Arman Rišelje su „krivci“ za današnju pandemiju pušenja i sve tragične posledice za pušače i narode. Borba protiv pušenja počinje i pre širenja pušenja u Evropi, drastičnim merama, a organizovanu borbu protiv pušenja – **Antipušački pokret** započinje **Svetska zdravstvena organizacija** 1974. godine.

U razvoju **Antipušačkog pokreta** sveta značajne su tri godine: **1962**, **1970.** i **1974.** godina kada britanski Kraljevski lekarski koledž povezuje pušenje duvana sa oštećenjem zdravlja (1962). Glavni državni sanitarni inspektor SAD poručuje: „*Pušenje cigareta je štetno za Vaše zdravlje*“ (1970), a ekspertni odbor Svetske zdravstvene organizacije zaključuje: „*Pušenje je veliki uzrok oštećenja zdravlja i prerane smrti, koja se može sigurno spriječiti*“ (1974). Nakon ovih saznanja počeo je da se širi Antipušački pokret, obuhvatajući sprečavanje – prevenciju pušenja i rad na odvikanju od pušenja, svih pušača koji to žele. Osnovno načelo za trajno delovanje je kratka poruka SZO: „*Porodica, zdravstvo, prosveta, masmediji – stubovi antipušačkog pokreta*“.

*Svetska zdravstvena organizacija* je sačinila preporuke za suzbijanje pušenja (1974) za zemlje članice, a na osnovu naučno utvrđenih činjenica da je pušenje dominantni uzrok obolevanja, radne nesposobnosti i prevremenog umiranja, da se širi i da se može vrlo uspešno spriječiti aktivnostima društvene zajednice. Iznosimo ove preporuke u nešto kraćem obliku:

1. *Koordinacioni odbor* formirati na svim nivoima društvene organizovanosti, za suzbijanje – prevenciju pušenja, obezbediti kadar, finansije i dr.
2. *Nacionalni dugoročni program* sačiniti kontinuirano, isti ocenjivati i povremeno revidirati. Ciljevi programa su:
  - smanjiti broj novih pušača među mladima, a odlagati početak pušenja što kasnije;
  - privući što veći broj pušača za odvikanje;
  - učiniti sve da pušač smanji broj popuštenih cigareta, ako ne može bez pušenja.

### *3. Vaspitne mere*

- početi primenjivati rano u porodici, predškolskim ustanovama, osnovnoj školi;
- isticati vrednost dobrog zdravlja, naglašavati pozitivne strane nepušenja, ospособити odреđene profesije за prevenciju: zdravstvene radnike, учителје, nastavnike, sportske radnike, novinare i dr.;
- informisati zaposlene о штетности pušenja, prevenciji, odvikavanju i sl.;
- masmedije kontinuirano i planski uključivati u prevenciju.

### *4. Ugrožene grupe*

- edukovati жене, posebno trudnice да не пуше, да постану узорни васпитачи, да се укључе у антипушачки покрет;
- edukovati zdravstvene radnike да не пуше, да sugerишу болесницима да не пуше, да се укључе активно у антипушачки покрет.

### *5. Zakonski regulisati*

- забрану пушења у затвореним просторијама;
- забрану рекламирања дуванских производа;
- забрану продава дувана деци и омладини;
- обавезне ознаке на пакличама цигарета „Штетно по здравље“;
- део poresких прихода наменски усмерити за prevenciju pušenja;
- повећати porez на дуван.

### *6. Stručnu pomoć*

- организовати одвикавање од пушења.

### *7. Istraživati*

- социjalne, psihološke и farmakološke uzročnike пушења;
- методологију planiranja и evaluacije vaspitno-edukativnih mera;
- sveobuhvatne aktivnosti против пушења;
- раширеност пушења, osobito међу zdravstvenim, просветним и друштвеним радnicima;
- губитке за друштво zbog пушења;
- objaviti lokalne rezultate istraživanja.

Podaci istraživanja су основ за planiranje, evaluaciju и финансирање programa.

Ove preporuke су uglavnom podržane и проширење од odbora eksperata Svetske zdravstvene organizacije. Главна svrha tih preporuka је да se nepušenje prihvati као zdravi oblik ličnog, kulturnog и društvenог ponašanja.

Mnoge земље света, osobito Amerika, Engleska, Skandinavske земље и dr. već nekoliko decenija sprovode своје *Antipušačke programe* – programme prevencije и kontrole pušenja (vlade, nevladine организације...) и znatno су smanjile broj novih pušača, а повећале број оних који су prekinuli пушење и tako smanjili konsekventне неželjene zdravstveno-ekonomске posledice pušenja. Razvijeni свет усмерава антипушачке активности првенствено на жене (maj-

ke, domaćice, zaposlene ...) i omladinu, jer se želi dobiti generacija nepušača i tako sprečiti pojava i alkoholizma i narkomanije. Tako je broj pušača koji su ostavili pušenje u Kanadi oko 10 miliona, u Velikoj Britaniji preko 15 miliona, u SAD preko 50 miliona, a u Skandinavskim zemljama stalno opada broj pušača za 13–27%. Pušenje u ovim zemljama postaje nepristojno, kulturno neprihvatljivo i nepoželjno ponašanje.

U zemljama Zapada, posebno u Americi, dugo se vodi rat između pušača i nepušača, između duvanske industrije i miliona pušačkih bolesnika, između medicine i laicizma. Američka duvanska industrija (Filip Morris i dr.) je na optuženičkoj klupi. Borci protiv pušenja su prikupili podatke za optuženicu čak na milione stranica, a tu su i odštetni zahtevi žrtava pušenja, obolelih pušača, bolesnika od raka, emfizema, astme i dr. Moćna i burna mega-propaganda u mentalni milje naroda utkala je svest da je pušenje neprihvatljivo i nezdravo ponašanje. Čini se sve, rasplamsava se agitacija protiv pušenja, prevencija pušenja ubira plodove u ovim zemljama.

Ofanziva antipušačkih snaga u Americi povećava ostrakizam pušenja. Zabrane pušenja su sve brojnije, broj pušača se za poslednje tri decenije smanjio za 40%, a proizvodnja cigareta se stalno uvećava. Ova misterija se lako objašnjava – izvoze cigarete u siromašni svet.

### Povelja protiv pušenja duvana

- Čist vazduh bez pušačkog dima je bitna komponenta, osnovno pravo na zdravlje i na nezagadenu okolinu.
- Svaki građanin ima pravo da bude informisan o nemerljivim opasnostima pušenja.
- Svi građani imaju pravo na vazduh bez pušačkog dima u zatvorenim prostorijama i u vozilima javnog saobraćaja.
- Svako dete i odrasli imaju pravo da budu zaštićeni od propagande o duvanskim proizvodima i da dobiju sve potrebne mere i ostalu pomoć za odupiranje započinjanju pušenja.
- Svaki radnik ima pravo da udiše vazduh u radnim prostorijama koji je nezagaden pušačkim dimom.
- Svaki pušač ima pravo na pomoći u želji da ostavi pušenje duvana.

*Svetska zdravstvena organizacija*

### Povelja o politici pušenja duvana

1. Da priznaju i podržavaju pravo građana na život bez dima, pravo na svež vazduh.
2. Da informišu svakog člana društva o opasnostima od pušenja duvana i raširenosti te pandemije.

3. Da predvide u zakonu pravo na zajedničku sredinu bez duvanskog dima.
4. Da zabrane reklamiranje, sponzorisanje i promociju duvanskih proizvoda.
5. Da uvedu destimulativne mere pušenja putem progresivnog povećanja cene.
6. Da zabrane nove metode plasiranja nikotina i zaustave buduće marketinške strategije industrije duvana.
7. Da uvedu porez od najmanje 1% od prodaje duvana u korist Fonda za prevenciju pušenja duvana i za promociju zdravlja.
8. Da prate kretanje pandemije pušenja i procenjuju efikasnost do sada preduzetih protivmera.
9. Da grade savezništvo između svih delova društva koji žele da promovišu dobro zdravlje.
10. Da osiguraju široku podršku i dostupnu pomoć pušačima duvana koji žele da ostave pušenje.

*I evropska Konferencija (1988)  
- Preporuke evropskim vladama*

### **Nepušački pokret u Srbiji i Crnoj Gori**

U našoj zemlji, u skladu sa preporukama SZO, formiran je *Koordinacioni odbor protiv pušenja* (1988), multidisciplinarno telo sa zadatkom da priredi *Okvirni program prevencije pušenja duvana* i da podstiče i koordinira sve *antipušačke aktivnosti* raznih subjekata. Deluje u okviru Jugoslovenskog Saveza za prevenciju alkoholizma, narkomanije i nikotizma. Osnovno načelo za trajno delovanje je sintagma: „*Zdravlje svima, Jugoslavija bez dima*“. Aktivnosti odbora su bile mnogostrukе, kao što su:

- Priprema i usvajanje *Jugoslovenskog okvirnog programa prevencije pušenja duvana*.
- Priprema, usvajanje i realizacija *Godišnjih operativnih programa aktivnosti*. Programi su sadržavali: zdravstveno-vaspitne aktivnosti, propagandne aktivnosti, organizaciju dva Jugoslovenska simpozijuma, izdavačku delatnost, međunarodnu saradnju, zakonodavne aktivnosti.

Otvorena je saradnja sa brojnim subjektima u Antipušačkom pokretu Jugoslavije, kao što su: masmediji, Crveni krst, onkološka društva, Privredna komora, Omladinske organizacije, prosветa i dr., a rad Jugoslovenskog odbora protiv pušenja je formalnost nastavljena i u ova, za nas teška vremena.

Konačno treba istaći i aktivan rad Jugoslovenskog koordinacionog odbora protiv pušenja na Kongresu psihijatara 1995. godine.

## Ocene i zaključci simpozijuma o pušenju

Na simpozijumu, u toku kongresa o alkoholizmu i narkomaniji izloženi su referati po temama u programu. Pušenje je sagledano sa svih aspekata – zdravstvenih, socijalnih, etičkih, pravnih i ekonomskih. Ocene i zaključci su:

1. Pušenje je najraširenija bolest zavisnosti i može se najuspešnije i najjeftinije prevenirati.
2. Pušenju nije posvećena dovoljna društvena i stručna pažnja, iako je pušenje prvi korak u razvoju drugih zavisnosti, alkoholizma, narkomanije, pa i side.
3. Bolesti pušenja u našoj zemlji uzrokuju prevremenu smrt preko 34% od ukupne smrtnosti.
4. WHO (1995) predlaže program protiv pušenja sa tri segmenta: legislativa, edukacija i liderstvo.
5. Da svi skupovi zdravstvenih radnika budu nepušački, kao što je bio nedavno održani Kongres pulmologa Evrope (Barcelona, 1995) sa 3000 učesnika.
6. Da svaki zdravstveni radnik bude uzoran nepušač, da rutinski savetuje pušače da ostave pušenje, da deluje vaspitno u svojoj sredini i da redovno učestvuje u antipušačkim akcijama.
7. Da se zaposleni u zdravstvu, poput prakse u Svetskoj zdravstvenoj organizaciji i započetih procesa u razvijenim zemljama, opredeli za rad u zdravstvu ili za pušenje.
8. Da se postojeći Zakon o pušenju u potpunosti primenjuje, osobito u zdravstvenim ustanovama i školama. Za nesprovođenje i kršenje zakonskih odredbi konsekvenće treba da snosi prvenstveno rukovodilac ustanove.
9. Da se u školski program inkorporira novi predmet: Zdravstveno vaspitanje, Zdrav život i sl. i obezbedi kontinuirano učenje o zdravlju, o samozaštiti i unapređenju zdravlja, pa i o sprečavanju bolesti zavisnosti.

Naša društvena realnost, bremenita brojnim problemima, otežava borbu protiv pušenja duvana. Uznemirenja, stresne situacije i razna strahovanja prisutni su svuda, pa se ljudi, žene i mladi lako „hvataju“ i za slamku spasa, pa i za tu legalnu, ali ubitačnu drogu. Mladi i žene sve više puše. A u borbi protiv pušenja niko ne bi smeо da izostane, a najmanje mladi.

## LITERATURA

- /1/ *Smoking and Health*, Public Health Service, U.S. Department of Health Education and Welfare, 52, 1972;  
/2/ *Smoking and its Effects on Health*, Technical Report Series 568, 1975; /3/ WHO: *Smoking Control Strategies in Developing Countries*, Technical Rep. Ser. 695, Geneva, 1983; /4/ *Health or Smoking?* Royal, College of Physicians, pitman, London, 1983; /5/ Neslund, Th, *Speaking Out on Tobacco issues*, ICPA, maryland, USA, 1996; /6/ Europe and the USA, *European Bureau for Action on Smoking Prevention*, Brussels, 1996; /7/

*Smoking among Secondary School Children in England in 1986*, HMSO, London, 1987; /8/ Ball, K., *Smoking spells Health of Millions*, World Health forum, 7, 1986; /9/ *Targets in Support of the European regional Strategy for Health for all*, WHO, Copenhagen, 1986; /10/ *Smoking and Health*, WHO Weekly Epidemiological Record 15, 1987; /11/ Grant M., Hodgson R., *Responding to drug and alcohol in the community*, WHO, Geneva, 1991; /12/ WHO: „*It can be done*“, *a smoke free Europe*, European Series, 1–8., 1988; /13/ Nutbeam, D, *Smoking and Schoolchildren in Wales-a - New programme*, Education and Health 6, 1998.ž; /14/ WHO: *Targets for Health for All*, WHO: *A 5 year Action Plan – Smoke Free Europe*, Copenhagen, 1985; /15/ *The health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction*, A Report of the Surgeon General, Office on Smoking and Health, U.S., 1988; /16/ Skupnjak B., *Pušenje ili zdravje – Zdravi grad*, Zavod za organizaciju i ekonomiku zdravstva, Zagreb, 1988; /17/ Tobacco Developing World, *International Tobacco Growers Association*, England, 1990; /18/ Batten, L., Allen S., *Toward a Smoke-free Environment*, Local Authority Policies and practice, HEA, Southampton, 1991; /19/ Killoran, a., *The Smoking Epidemic, Counting the cost in England*, HEA, London, 1991; /20/ Karren C., *Smoking Prevention*, An. A-Z of useful ideas, HEA, Bristol, 1992; /21/ Ministri zdravlja protiv duvana, Evropska škola za rak (CEE), Vivre, Pariz, 1993; /22/ Jugoslovenski kongres o alkoholizmu i narkomaniji, knjiga rezimea, Beograd, 1995; /23/ Nikolić D., *Pušenje ili zdravlje*, Savezni zavod za zaštitu i unapredjenje zdravstva, 1997; /24/ *Jugoslovenska konferencija (II) o alkoholizmu, nikotizmu i narkomaniji*, Zbornik radova, Sarajevo, 1997; /25/ Nikolić D., *Bolesti zavisnosti – alkoholizam, narkomanija, pušenje, socijalna misao*, Beograd, 2000; /26/ WHO: *World No-Tobacco Day, Special issue Advisory Kit*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1987–2002.



# PREVENCIJA BOLESTI ZAVISNOSTI

---



## **PROGRAMI PREVENCije BOLESTI ZAVISNOSTI**

Bolesti zavisnosti predstavljaju značajan problem pojedinca, porodice i društva. One zahvataju sve segmente populacije, ostavljajući brojne posledice na psihičko i fizičko zdravlje, porodične odnose, radnu sposobnost i socijalne aktivnosti. Značajni su i troškovi koje društvo snosi zbog direktnih i indirektnih posledica zloupotrebe i zavisnosti od pojedinih supstanci. Podaci iz literature pokazuju da je upotreba supstanci univerzalni problem, a da su načini upotrebe i posledice individualno i socio-kulturno specifični. Bolesti zavisnosti predstavljaju neinfektivnu epidemiju današnjice sa prognozom da se širi i nadalje /1/.

Poslednjih godina sve je češća pojava sintetičkih droga – veštački proizvedenih supstanci namenjenih pojedinim uzrastima mlađih koji imaju posebne zahteve u pogledu osobina i delovanja pojedinih droga. Ilegalne laboratorijske kontrolišu dejstva i efekte droga koje će biti „ponuđene“ mlađima i sa ciljem da se kod njih stvori potreba za ponovnim uzimanjem iste supstance. Delovanje takvih supstanci se analizira i njihovo dejstvo se stalno prilagođava i „poboljšava“ kako bi zahvatile što veći broj mlađih i uvukle ih u začarani krug. Posledice uzimanja ovakvih supstanci su vrlo teške, kao i oštećenja centralnog i perifernog nervnog sistema i drugih značajnih funkcija organizma. Zbog toga je i lečenje teško, a ishod neizvestan, često sa trajnim oštećenjima i invalidnošću.

Ljudi su od davnina pokušavali da se organizovanim naporima odupru štetnim dejstvima pojedinih supstanci – od prohibicija, izolovanja i kažnjavanja korisnika supstanci do savremenih programa prevencije. Istoriski posmatrano, preventivni programi su išli od individualnih aktivnosti entuzijasta ili pojedinih sredina ka sveobuhvatnim programima celokupne društvene zajednice. Savremeni preventivni programi bazirani su na uključivanju svih društvenih struktura u jedinstveni plan borbe protiv ovih štetnih pojava. Svetska zdravstvena organizacija (SZO) poslednjih godina promoviše komunalno bazirane programe koji se oslanjaju na sve društvene strukture. Preporučuju se saradnja 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 (izlečeni) kao i druge društvene snage. Ovakvim pristupom prevencija bolesti zavisnosti postaje zadatak celokupne društvene zajednice, a ne samo zdravstvenih radnika. Prevencija je uspešna samo ukoliko je oslonjena na široko učešće celokupne 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 sveta određuju novi pravac u prevenciji koja je komunalno bazirana.

Značajna preporuka u sprovođenju preventivnih programa je edukacija populacije kojoj je namenjena. Bez kontinuirane i dobro vođene edukacije prevencija nije uspešna. Zbog toga se pridaje veliki značaj izboru i primeni edukativnih programa koji moraju da budu specifični za pojedine uzraste, prihvatljivi i razumljivi. Pošto je prevencija individualno, kulturno i za supstancu specifična, prave se takvi edukativni materijali koji će detaljno opisati osobine i štetna dejstva pojedinih supstanci. To su prigodni materijali u slici i reči, sa pitanjima i odgovorima i malim testovima koje mladi rešavaju i time proveravaju 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 izvesnoj meri ovakve brošure imaju i zastrašujuće poruke za mlade mada one nisu same po sebi dovoljne da bitno promene stavove ili utiču na prestanak uzimanja pojedinih supstanci, posebno kod mlađih. Opšte je mišljenje da prevencija, bazirana na prikazivanju najdrastičnijih posledica, tj. zastrašivanju mlađih nije pokazala očekivane rezultate. Primenom isključivo takvih materijala može se kod izvesnog broja mlađih stvoriti strah vezan za pojedine supstance. Bilo je primera da neke mlade osobe fobijski izbegavaju sve potencijalne situacije u kojima im se može ponuditi droga. Ovo je posebno značajno u primeni preventivnih programa kod najmladih – predškolskog i školskog uzrasta.

Prevencija kroz edukaciju najbolje je prikazana u zajedničkom programu UNESCO-a i Evropske komisije (PEDRO projekat), koji se poslednjih 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 procesnu i završnu evaluaciju. Edukatori se pripremaju i stiču znanja ne samo o pojedinim klasama supstanci već i o principima komunikacije, rešavanju kriza i problema, upoznavanju porodične dinamike, odnosa u grupi mlađih, odnosa mlađih i njihovih vaspitača itd. Edukator mora da ima dovoljno sposobnosti da razume mlađe, njihove probleme i želje i da nađe najbolji način da ih motiviše da izaberu zdrave oblike življenja. Mlađe bi trebalo naučiti da kažu NE, da ne prihvate kada ih neko nudi pojedinim supstancama, ali i da znaju šta 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 primer, mnogi mladi citiraju podatak da kanabis ne izaziva fizičku zavisnost, što može da stvori stav da ta supstanca nije štetna. Davanjem informacija da kanabis može da stvori psihotično stanje ili da štetno utiče na pojedine funkcije organizma, može da ima sasvim suprotan efekat-izbegavanje upotrebe. Ovakvom primenom potpunih informacija, mladima se daje mogućnost da formiraju stav i da izaberu. Zbog toga edukatori moraju biti posebno pripremljeni i supervizirani u svom radu kako bi prevencija bila uspešna. Ukazuje se da nedovoljno edukovani edukatori bez supervizije mogu da doprinesu formiranju pogrešnih stavova kod mladih.

Evaluacija preventivnih aktivnosti vrlo je značajan segment u proceni rezultata kratkoročnih i dugoročnih programa. Mnogi programi koji su do sada sprovedeni nemaju prateću evaluaciju, pa prema tome ni pravu vrednost u odgovoru na pitanje šta je preventivnom akcijom postignuto. Evaluacija može da se odnosi na procenu pojedinih ili svih efekata prevencije. Moguće je meriti nivo prethodnih i stečenih znanja nakon edukacije, formiranje novih stavova, ponašanja u situacijama kada dođe do kontakta sa supstancama, poboljšanje uspeha u školi, poboljšanje odnosa u porodici, usmeravanje na zdrave oblike življenja itd. Dobro vođena preventivna akcija podrazumeva i bolju komunikaciju mladih, članova porodice, škole, savetovališta kao i zdravstvenih ustanova u cilju definisanja ili tretmana pojedinih korisnika koji pokazuju značaj zloupotrebe ili zavisnosti. Evaluacija može da uključi 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 direktnе i indirektnе posledice zbog upotrebe pojedinih supstanci. Dobra evaluacija daje jasne smernice za poboljšanje preventivnih akcija, njihovo prilagođavanje pojedinim subpopulacijama i mogućnosti primene na celokupnu zajednicu.

## PROGRAMI BAZIRANI NA AKTIVNOSTIMA U ZAJEDNICI

U svetu se primenjuju 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.

Danas, širom sveta, postoje razvijeni preventivni modeli i programi čiji je primarni cilj redukcija prevalence i incidence bolesti zavisnosti. Iz istih razloga, tokom nekoliko poslednjih decenija u SADu su organizovani „Community action programs“ (CAPs). Primarni zadatak CAP je da mobilise lokalne resurse u borbi protiv bolesti zavisnosti („alcohol, tobacco and other drugs“)

- ATOD) /2/. U početku, CAP se isključivo bavio primarnom prevencijom, da bi ubrzo našao svoje mesto i u sekundarnoj prevenciji, lečenju i rehabilitaciji obolelih. CAP je formiran s ciljem da se ispita kakav je stav članova šire društvene zajednice o upotrebi i zloupotrebi supstanci. Reč je o formaciji koja je proistekla iz vladinih i volontarističkih sektora širom SADa, a rukovodi se projektima na nivou geopolitičkih entiteta (gradova, država), jasno definisanih područja (susedstvo) ili u okviru specifičnih etničkih grupacija.

Počeci funkcionisanja CAPs datiraju još od šezdesetih godina prošlog veka. Osnovni model po kojem su dizajnirani, bio je program prevencije kardiovaskularnih oboljenja, sproveden u to vreme na Standford Univerzitetu /3/. Neki od osnovnih principa tog programa kasnije su našli svoje mesto u komunalnim programima prevencije alkoholizma i narkomanije. Naime, u to vreme prevencija, kako bolesti zavisnosti, tako i kardiovaskularnih oboljenja, bavila se pitanjima organizacije, raspoloživim resursima, istraživanjima, skalašima i sl. Prvi moderno koncipiran CAPs razmatrao je probleme alkoholizma, s obzirom na epidemische razmere 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 procenu; dalje širenje i aplikaciju /4/. Pod pokroviteljstvom SZOa, tokom sedamdesetih godina, započeti su značajni programi prevencije alkoholizma u tri zemlje: Škotskoj, Meksiku i Zambiji. Ubrzo zatim, počela je primena 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 primer, koncipiran je „United Drug Abuse Councils“ (UDAC) koji je predstavljao integraciju onih segmenata društvene zajednice koji se bave prevencijom, edukacijom, lečenjem, rehabilitacijom i zakonskim institucijama /5/. Ranih osamdesetih godina 20. veka, u fokusu interesovanja CAPs našao se i 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 činiovi. Iz tog razloga CAP bazira aktivnosti na angažovanju strukturalnih, ekoloških i kulturno-roliskih snaga, dok tradicionalni programi fokusiraju svoje interesovanje na individualnu patologiju.

Među mnogobrojnim programima CAPs od naročitog značaja su: Miami program koji se bavi zloupotrebotom 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 primene tog progra-

ma, 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 šest meseci do godinu dana. U MPP bili su uključeni roditelji, škola i mediji, a osnovni cilj je bio da se smanji potražnja supstanci. Nakon evaluacije, zaključeno je da je program značajno uticao na redukciju konzumacije nikotina sa 31% na 25% i marihuane sa 12% /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 primer, u projekat 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 rešavanju problema vezanih za bolesti zavisnosti /9/. Pojedini projekti CAPs podrazumevaju aktivnije učešće policije, kao što je slučaj sa Quick Attack on Drugs u Tampa. Naime, lokalni organi vlasti organizovali su specifičan vid saradnje sa građanima koji isključuje primenu represivnih mera. Sve gradske vlasti su uključene u monitoring bolesti zavisnosti, dileri se ne hapse već se izlažu različitim neprijatnostima, a radi se i na urbanizaciji neosvetljenih ulica, popravci napuštenih zgrada, koje predstavljaju „idealno“ mesto za okupljanje narkomana /10/.

Ekspanzija nacionalnih preventivnih programa u SAD dovela je do mnogih inovacija na planu sprečavanja i suzbijanja bolesti zavisnosti. Pomenućemo samo neke od njih.

Fighting back (FB) Program pod pokroviteljstvom Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) inaugurisan je kasnih osamdesetih godina prošlog veka. Osnovni cilj programa bio je da se utvrdi na koji način i pod kojim okolnostima šira društvena zajednica može da deluje u smislu redukcije konzumacije supstanci. Osnovni zadaci FB bili su: merljivost i održavanje redukcije broja novoobolelih među decom i adolescentima; redukcija morbiditeata i traumatizma među zavisnicima (naročito među decom, adolescentima i mladim odraslim osobama); smanjenje prevalence zdravstvenih problema udruženih ili egzarcerbiranih pod dejstvom 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 osrvtom na promene učestalosti smrtnosti, traumatizma u saobraćaju, homicida, kriminalnih dela, hospitalizacija i drugih socijalnih indikatora među obolelim 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 promoviše edukaciju članova zajednice o načinima sprovođenja preventivnih strategija, revitalizujući značaj učešća građanstva u promenama i dajući im ovlašćenja da preuzmu svu kontrolu u sopstvenom okruženju. Među poznatije CPDP spada i Milwaukee Neighborhood Partners 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 obezbeđuju 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 uvek ne postoje pojedinačne nacionalne volontarištice agencije koje se bave lobiranjem, savetodavnim 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 primer, European Alcohol Action Plan (EAAP), podržan i od Svetske zdravstvene organizacije. Naime, proizvodnja i potrošnja alkohola u Evropi izuzetno je velika, što implikuje mnogobrojne zdravstvene, socijalne i ekonomski konsekvene. Bez obzira na to, široko je rasprostranjeno mišljenje da je alkoholizam pre svega bolest i da spada 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 podrazumevaju uključivanje svih društvenih struktura. U okviru EAAP sprovode se dva velika projekta. Prvi podrazumeva implementaciju, demonstraciju i evaluaciju u cilju sprečavanja štetnih posledica konzumacije alkoholnih pića. Taj program je naročito razvijen u Finskoj, u gradu Lahti. Očekuje se da će implementacijom u sve nivo redukcija knzumacije alkoholnih pića i mogućih posledica u skorijoj budućnosti iznositi za 255% manje od postojeće. Realizacija drugog projekta podrazumeva izgradnju svojevrsne mreže, odnosno povezivanja preventivnih aktivnosti u većem broju gradova (tzv. zdravstveni projekti u gradovima).

Posledice konzumacije alkohola predstavljaju veliki izdatak za društvo. Procenjuje se da je 6% smrtnih slučajeva osoba do 75. godine prourokovano prekomernim pijenjem, kao i svih akutnih hospitalizacija. Osim toga, alkohol je bitan uzročni faktor traumatizma na radu, u domaćinstvu ili rekreativnoj. Prekomerna konzumacija te supstance dovodi i do povećanja učestalosti agresivnosti,

homicida, suicida, nasilja u porodici, naročito zlostavljanja dece. U cilju prevencije neophodno je transformisati opštinske potencijale. Planovi su dizajnirani tako da budu primenljivi pre svega na lokalnom nivou. Uputstva bi trebalo da se podjednako primene na gradsku i seosku sredinu, mada svaka sredina ima svoje specifične zahteve. Neophodna je međutim, izvesna doza fleksibilnosti koja omogućava 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 postavljanje jasno definisanih ciljeva u ekonomskom, socijalnom i zdravstvenom smislu. Upotreba alkohola ima izvesna pozitivna dejstva, ali i štetne posledice. Na žalost, u pojedinim sredinama potenciraju se pozitivni efekti, a minimiziraju štetne posledice. Od faktora sredine u dobroj meri 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 SZOa (projekti „Zdrave škole“, odnosno „Zdrave bolnice“), kao i sa CINDI programom.

Prvi korak predstavlja formiranje tzv. Alcohol Action group (AAG) koje bi trebalo da unaprede 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 sarađuju i sa drugim aktivistima koji se bore protiv zavisnosti od drugih supstanci. Najvažniji zadatak je podizanje nivoa svesti o ulozi alkohola, ali i razvijanje međusobne saradnje. Grupi je potrebna podrška lokalnih vlasti, nacionalne vlade i policije. Ministarstva zdravlja i prosvete imaju značajnu ulogu u iniciranju opštinskog plana i u koordinaciji na svim nivoima. U realizaciji plana učestvuju: opštinska vlast, zdravstvo sa specijalnim servisima i primarnom zdravstvenom zaštitom, policija, prosveta, 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, pre svega, iz oblasti zdravstva (traumatizam, mortalitet, morbiditet), kriminaliteta (pijanstvo) i saobraćaj (apsentizam, smanjena efikasnost na radnom mestu). Pri tome je neophodno da edukacija o alkoholizmu bude svima dostupna, da se osobe koje pružaju prvu pomoć osoposobe za rano prepoznavanje alkoholičara, za uspostavljanje tesne saradnje sa radnim organizacijama, povećanje kapaciteta socijalnih službi, prepoznavanje zahteva etničkih manjina i sl. Lokalni ciljevi trebalo bi da budu na istom nivou sa nacionalnim. Važno je određivanje prioriteta i identifikacija podgrupe sa posebnim ciljevima, a potrebno je doneti vremenska ograničenja. Od izuzetnog značaja je vremensko definisanje realizacije ciljeva. Kratkoročne

ciljeve je neophodno realizovati od 6 do 12 meseci. U cilju postizanja što boljih rezultata važno je imati na umu izvestan broj ograničenja koja 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 Forum-a koji je zadužen za intersektorsku saradnju. Opsežna baza Forum-a obezbeđuje preventivni rad. U većini opština potrebno je otvaranje kancelarija sa timom koji uključuje osoblje, kadro da sproveđe aktioni plan. Finansiranje je iz lokalnih ili nacionalnih izvora. Očigledno je da je nemoguće očekivati redukciju štetnih posledica pijenja bez intervencija.

Na osnovu svega do sada navedenog, preventivne strategije predstavljaju zadatak svih društvenih struktura. Neophodno je da budu savremeno koncipirane i usmerene, a vodene najnovijim saznanjima iz oblasti alkohologije. Dosadašnje aktivnosti su pokazale da preventivni paradoks koji podrazumeva sprovođenje mera koje su usmerene 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 procene komunalnih preventivnih programa. Međutim, tokom procesa evaluacije CAP-sa javljaju se mnogi metodološki problemi. Tako, na primer, efekti su slabiji pri primeni randomiziranih studija, koje nisu dovoljno jake da detektuju efekte prevencije. Drugi problem predstavlja sama proliferacija CAP-sa, 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 izvesne bihevioralne promene obolelih. Aktivnosti u okviru CAP-sa u značajnoj meri remete činioci kao što su: nezaposlenost, 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 usmereni na ranije navedene strateške ciljeve, nesumnjivo dovode do redukcije konzumacije i zloupotrebe supstanci. Prva generacija CAP-sa bila je suočena sa nedostacima koji su proizašli iz divergencije između programskih aktivnosti i njihove konkretne primene. Mnogo toga još preostaje da se nauči o metodama njihove optimalne primene, 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 dve decenije problem upotrebe i zloupotrebe supstanci našao se u žiži interesovanja zdravstvenih i prosvetnih radnika, roditelja, lokalnih vlasti i šire društvene zajednice. Svi raspoloživi kapaciteti društva

angažovani u cilju da se identifikuju faktori koji učestvuju u genezi bolesti zavisnosti i da se koncipiraju efikasne strategije njihovog lečenja i prevencije. I pored svih napora da se bolje osvetli etiologija, što efikasnije primene 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 korisnika ilegalnih droga /18/. Tako na primer, u „Monitoring for Future Study–MTF“, 1994. godine, utvrđeno je da je 31% učenika viših razreda konzumiralo neku ilegalnu drogu tokom poslednjih 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 grupama i sl.). Nužnost iznalaženja efikasnijih pristupa u lečenju i prevenciji bolesti zavisnosti, tokom poslednje dve dekade, uslovljena je i povećanjem učestalosti AIDS-a među intravenskim narkomanima.

Prevencija bolesti zavisnosti nije samo logična alternativa lečenju, već i osnovna strategija u sprečavanju daljeg širenja jedne od najvećih epidemija u savremenom svetu. Međutim, razvoj preventivnih programa mnogo je teži nego što se u početku zamišljalo. Naime, dosadašnji napor da se razviju i sprovedu aktivnosti koje bi u značajnoj meri sprečile dalje širenje bolesti zavisnosti postigli su samo delimičan uspeh. Tokom poslednjih 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 rešavanju niza socijalnih i zdravstvenih problema mladih. Iz tog razloga govorи se i o višestrukoj preventivnoj ulozi školske sredine, kako sa aspekta maloletničke delinkvencije, tako i bolesti zavisnosti.

Da bi se koncipirao efikasan program neophodno je dobro poznavanje svih faktora koji učestvuju u genezi i održavaju bolesti zavisnosti. Od izuzetnog je značaja 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 akcije 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 konzumiranje nikotina, alkohola i drugih supstanci, naročito važnu ulogu imaju socijalni faktori. Tu se, pre svega, misli na usvajanje određenih modela ponašanja (roditelji, vršnjaci, informacije iz okruženja, reklamne poruke putem medija i sl.). Primećeno je da je među mladima manji broj onih koji postaju adikti, ukoliko su bolje informisani o

rizicima i posledicama konzumacije droga. Ti podaci posebno važe u slučaju konzumacije nikotina, alkohola i marihuane. Nakon kraće eksperimentalne faze većina osoba razvija obrasce ponašanja koji nažalost, 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 kojima ubrzo sledi dalja progresija bolesti zavisnosti. /21/. Tako, na primer, utvrđeno je da je veliki broj konzumenata marihuane mobilisan iz redova pušača ili alkoholičara. Kod nekih od njih, postoji i dalačka 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 primene i dizajniranja preventivnih programa. Intervencije koje se sprovode na samom početku progresije imaju za cilj da spreče dalje konzumiranje i razvoj adikcije, ali i da smanje rizik od kasnijeg uzimanja drugih vrsta droga.

Odavno je poznato da je zloupotreba supstanci u tesnoj korelaciji sa izvesnim individualnim karakteristikama /22/. Tako je na primer, utvrđeno 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 poslednje dve decenije sve se češće razmatra ideo bihevioralne komponente u genezi i održavanju bolesti zavisnosti. Naime, utvrđeno je da zloupotreba supstanci obično predstavlja sastavni deo specifičnog životnog stila, te da je često združena sa drugim problematičnim, samodestruktivnim, heterodestuktivnim, odnosno manje konstruktivnim i rizičnim oblicima ponašanja. Tako je, na primer, utvrđeno 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), ređe se bave sportom i u manjem procentu pokazuju tendenciju za sticanjem akademskog obrazovanja (19). Upotreba supstanci je u tesnoj 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 delovali 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 stavljuju akcenti na sve vidove prevencije (primarna, sekundarna, tercijerna). Edukacija u oblasti prevencije zavisnosti po školama, odvija se kroz nekoliko pristupa koji se u svetu široko primenjuju /1/.

## **Pristupi bazirani na davanju informacija**

Osnovni cilj takvih pristupa podrazumeva sticanje kompletnih saznanja o različitim klasama supstanci. Obrađuju se različiti aspekti - od hemijskog sastava do delovanja na organizam i ponašanje. Sticanjem znanja mлади могу da izvrše izbor. Drugi vid informacija doprinosi stvaranju straha kod mладих u vezi pojedinih supstanci. S obzirom na neujednačenost u informisanosti o supstanci, njenim štetnim dejstvima i različitim individualnim doživljajima prilikom konzumacije supstanci, pristupi bazirani na davanju informacija su očeni su sa mnogim teškoćama /23/. Postoje i tzv. situacioni pristupi koji informišu mладе 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 izmeni sistema vrednosti i sticanju novih veština**

Polazi se od prepostavke da ljudi uzimaju drogu kako bi kompenzovali nedostatak samopoštovanja i prevazišli teškoće u socijalnoj adaptaciji. Pristupi bazirani na izmeni sistema vrednosti i sticanju novih veština oslanjaju se na teorije problematičnog ponašanja i teorije socijalnog učenja /25/. Po tim teorijama, delinkventno ponašanje proizlazi iz emocionalnih problema ili iz deficit-a životnih veština kao što su: donošenje odluka i rešavanje problema. Pristupi bazirani na životnim veštinama promovišu intervencije koje kompenzuju navedene deficite. Iako takvi pristupi nemaju posebnu vrednost u zaustavljanju mладих 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 veštine i uče mладе 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 usmerava 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. Pristupi bazirani na traženju alternativa poboljšavaju samopoštovanje i komunikaciju sa okolinom, ali nisu značajno efikasni u redukciji upotrebe droga. /27/

## Pristupi koji se oslanjaju na uticaj vršnjaka, idola, lidera

Značajan uticaj na mlade mogu da imaju osobe koje mladi smatraju svojim idolima. To su osobe koje imaju posebna značenja za mlade i koje mogu da utiču na formiranje ličnosti i prihvatanje određenih oblika ponašanja. Idoli mogu biti pozitivni i negativni, a neki od njih upotrebljavaju supstance. Često se dešava da se mladi sa njima identifikuju. Pristupi koji se oslanjaju na uticaj vršnjaka, idola, lidera pomažu mladima da razikuju dobro od lošeg kod svog idola. Takođe, obraća se pažnja na uključivanje tzv. pozitivnih ličnosti koje mogu da deluju na mlade u promovisanju zdravih oblika življenja. Ne preporučuje se uključivanje samo najboljih učenika sa odličnim rezultatima. Dobar lider-idol treba da bude atraktivn i prihvatljiv za adolescente, da ima dobre veštine komuniciranja, da je odgovoran i pomalo nekonvencionalan. Takođe se preporučuje kombinacija profesionalaca i mladih edukatora, kao najpovoljnija u primeni 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 tesnoj korelaciji sa različitim oblicima delinkventnog ponašanja. Osobe koje uzimaju ilegalne droge česti su prekršioci zakona. Shodno tome, javila se neophodnost za preduzimanjem određenih mera koje bi omogućile suzbijanje te višestruko štetne pojave. Iz tog razloga, danas se govori o različitim konceptualnim modelima koji pokušavaju da objasne prirodu i uzroke bolesti zavisnosti.

Medicinski model polazi od premise da zloupotreba supstanci predstavlja zdravstveni problem, odnosno poremećaj. U skladu sa tim, razmatraju se etiopatogeneza, klinička slika, tok, prognoza, dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, lečenje i prevencija bolesti. Etički model koristi, pre svega, pravne termine i ukazuje na značajan, ali samo jedan od aspekata problema bolesti zavisnosti. Sledеći model popularno nazvan „*To nije problem*“ (It's Not a Problem) polazi od sasvim suprotnog stanovišta. Naime, smatra se da zloupotreba supstanci ne predstavlja poremećaj per se, niti da bi taj fenomen trebalo dovoditi u vezu sa zakonom, kriminalom i etikom. Prema mišljenju pristalica tog modela, reč je o svojevrsnom adaptivnom obliku ponašanja /28/.

Alternativu svim prethodno navedenim, predstavlja javno-zdravstveni model. U okviru preventivnih aktivnosti, PHA (Public Health Approach) koristi znanja iz oblasti epidemiologije, farmakologije, toksikologije i medicine, kako bi što jasnije definisala problem zloupotrebe supstanci. Stavovi PHA su sledeći: zloupotreba i upotreba supstanci predstavljaju primarno medicinski,

a ne etički, pravni ili neki drugi problem; podela na legalne i ilegalne droge nema naučnu osnovu; bez obzira što većina konzumenata psihoaktivnih supstanci ne zadovoljava kriterijume za bolesti zavisnosti, te osobe su pod visokim rizikom za pojavu bolesti udruženih sa bolestima zavisnosti. Na kraju, rekreativne droge su, bez obzira na njihovu definiciju, štetene po zdravlje. Nesumnjivo je da je najznačajniji element PHA zapravo „single national policy“ koja kontroliše zloupotrebu svih rekreativnih droga. Između ostalog, takav pristup omogućava prevazilaženje ranije usvojenih dihotomija (OK vs. nije OK). Kada je reč o trenutno aktuelnom pitanju legalizacije izvesnih droga, PHA ima jasno definisan stav i polazi od stanovišta da suočavanje sa svim problemima, udruženim sa narkomanijom, treba da bude u fokusu interesovanja, a ne pitanja legalizacije. Takav program nesumnjivo doprinosi značajnoj redukciji upotrebe i zloupotrebe droga.

## **PRIMENA PROGRAMA PREVENCIJE BOLESTI ZAVISNOSTI U ZAJEDNICI**

Program prevencije bolesti zavisnosti treba provoditi kontinuirano, uz uključivanje svih struktura društvene zajednice, kroz sledeće aktivnosti:

1. Istraživanja rasprostranjenosti bolesti zavisnosti i formiranje registra zavisnika;
2. Edukacija celokupne populacije, posebno mладих, o svim aspektima upotrebe pojedinih klasa supstanci;
3. Prevencija rizičnih ponašanja i usmeravanje na zdrave oblike življеnja;
4. Obezbeđivanje kontinuiteta preventivnih aktivnosti i njihove evaluacije.

## **GRUPACIJE STANOVNIŠTVA KOJE SE OBUHVATAJU PROGRAMOM PREVENCIJE**

*Prevenciju bolesti zavisnosti treba sprovoditi primenom:*

1. Opštih preventivnih mera u cilju redukcije upotrebe supstanci u celokupnoj populaciji (populaciona strategija);
2. Specifičnih preventivnih mera za pojedine subgrupe stanovništva (mladi, žene, stare osobe i dr.) kao i rizične grupe (strategija visokog rizika).

## **PREDUSLOVI ZA USPEŠNU REALIZACIJU PROGRAMA PREVENCIJE**

Da bi program prevencije bolesti zavisnosti bio uspešan, trebalo bi da ispunjava neke specifične kriterijume:

1. *Individualna specifičnost* – podrazumeva pripremu edukativno-preventivnih sadržaja namenjenih specifičnim subpopulacijama stanovništva. Specifičnost se odnosi na pol, uzrast i na različite aspekte porodičnog i socijalnog statusa;
2. *Specifičnost za supstancu* – podrazumeva 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-kulturalna specifičnost* – podrazumeva pripremu adekvatnih preventivno – edukativnih materijala namenjenih pojedinim subpopulacijama stanovništva koje imaju karakteristične sisteme vrednosti, stil življenja, navike i običaje (neke seoske sredine, verska opredeljenja i pripadnosti itd.).

## **ORGANIZACIJA SPROVOĐENJA PROGRAMA PREVENCije**

### **Nosioci programa prevencije**

Program prevencije sprovode:

1. Republički stručni koordinacioni odbor (tim, komisija) 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) superviziju aktivnosti koordinacionih odbora okruga i opština.
2. Okružni koordinacioni odbori za prevenciju bolesti zavisnosti koji se formiraju u svim okruzima. Oni su sastavljeni od svih relevantnih društvenih struktura (zdravstvo, školstvo, sudstvo, MUP, verske organizacije, socijalni rad, radne organizacije, mediji, humanitarne i druge organizacije koje mogu doprineti 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.

### **Operativni plan prevencije**

Program prevencije baziran je na edukaciji kao i primeni i korišćenju svih mera 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 Svetske 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 sledeće nivoe:

#### *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, formiraju se preventivna savetovališta za specifičnije vidove pomoći (savetodavni rad, dijagnostika, treman i dr.). Ova edukacija obuhvata i sticanje znanja u vezi redukcije štete zbog upotrebe supstanci (harm reduction).

- b) Edukacija članova koorinacionih 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 sticanja znanja o osnovnim klasama supstanci i njihovim efektima, edukatori ovih profila posebno se obučavaju za rano prepoznavanje upotrebe supstanci kod mlađih i komunikaciju sa učenicima, roditeljima i stručnim službama u cilju traženja najboljih rešenja za definisane pojave.

#### *Edukacija mlađih svih uzrasta*

Ova edukacija odnosi se na sticanje znanja o svim klasama supstanci i njihovim efektima na opšte funkcionisanje, izbegavanje rizičnih ponašanja koja vode upotrebi droga, sticanje pozitivnih stavova, navika i odupiranje uticajima za uzimanje supstanci, stimulisanje otvorene komunikacije o problemima u vezi sa upotrebotom između vršnjaka, njihovih roditelja i nastavnika, usmeravanje na zdrave oblike življenja itd.

#### *Edukacija roditelja*

Ova edukacija se sprovodi u okviru programa edukacije koji se primenjuju u školama i predškolskim ustanovama, kao i kroz razne vidove rada sa roditeljima u oblasti primarne zdravstvene zaštite, specijalističkih službi i savetovališta za porodice kroz centre za socijalni rad, humanitarne organizacije, udruženja građana, verske zajednice i dr. Edukativne aktivnosti putem seminara, individualnog savetovanja i pisanih materijala obezbeđuju roditeljima potrebna saznanja o pojedinim klasama supstanci, kao i o principima komunikacije i traženju najboljih rešenja za definisane pojave ili probleme, vezane za upotrebu supstanci.

Pošto program prevencije podrazumeva i mere u cilju redukcije upotrebe supstanci u celokupnoj populaciji, specifične edukativne aktivnosti biće primenjene na svim nivoima društvene zajednice, obuhvatajući sve uzraste i sve strukture stanovništva (npr. radne organizacije, penzionere, izbegličke kolektive i dr.). Za realizaciju ovih edukativno-preventivnih aktivnosti zaduženi su koordinacioni odbori u pojedinim sredinama.

## LITERATURA

- /1/ Dimitrijević I., *Prevencija 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 Standford three-community project, In: Lauder R.M., *Childhood prevention of atherosclerosis and hypertension*, Reven, 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–IV New York, American social Health Assotiation, New York, 1972; /6/ Johnson C. A., Pentz, M.A., Hanson, W.B., et al., *Relative effectiveness of comprehensive communities for drug abuse prevention with high-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. Scien., 39, 897–910, 1996; /9/ Perry, G.L., Williams, C.L., et al., *Project Northland: Outcomes of a community-wide alcohol use prevention program during early adolescence*, Am. J. Healt. 86, 956–965, 1996; /10/ Kennedy, D.M., *Controloing the drug trade in Tampa, Florida*, Washthington, DC: National Institute of Justice, 1993; /11/ Saxel, L., et al., *Fighting back evalution plan*, City University of New York, 1995; /12/ Kaftarian, S.J., *National evalution of the community partnership program New Designs*, 1991. (Summer), 31–36; /13/ Florence, J., et al., *Milwaukee neighbourhood partners manunal 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, DC: 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 questionnare study*, In: chafetz, M. ed., *Proceedings of the second annual Alcoholism Conference*, DHEW Publication, No. HSM 73-9803., Washington, DC: U.S. Government Priting 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/ Musen, 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, 154–161, 1976; /25/ Kerney, A.L., Hines, M.N., *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., Flewellling, 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.

## **EDUKACIJA EDUKATORA KAO VID PRIMARNE PREVENCije**

U većini zemalja savremenog sveta, a posebno u našoj sredini, ne postoji dovoljan broj objektivnih informacija koje razmatraju uticaj organizovanog obaveštavanja i davanja informacija o psihoaktivnim supstancama, preko predavanja ili sredstava javnog informisanja, na stavove i ponašanje mладих, njihovih roditelja i nastavnika u školama, prema tim štetnim agensima uopšte.

U savremenoj preventivnoj medicini kao i sociodinamički orijentisanoj psihijatriji, a posebno u okviru primarne prevencije, davanje pravovremenih i valjanih informacija o štetnim uticajima psihoaktivnih supstanci preduslov je stvaranja odbojnih stavova prema psihoaktivnim supstancama i očuvanju psihofizičkog zdravlja. Ovakva saznanja verovatno spreče mlade osobe da eksperimentišu sa psihoaktivnim supstancama, od kojih očekuju zadovoljstva, i tako sačuvaju svoje zdravlje. Međutim, neka iskustva ukazuju da mlade osobe koje žele da probaju neke psihoaktivne supstance, najpre pribave što više podataka o njihovom delovanju i tek onda ih probaju. Ovome pogoduju i brojne informacije, kao i stavovi dela populacije mладих, da one nisu štetne po organizam i zdravlje, posebno marihuana, pa postoji i zalaganje za njenu legalizaciju. Potrebno je istaći još jednom svima poznatu istinu da nema bezopasnih psihoaktivnih supstanci i da se zapravo radi o zabludama, koje zbog naivnosti i neopreznosti mogu mlade skupo koštati. Naša saznanja ukazuju da predavanjima ili debatama o štetnim uticajima psihoaktivnih supstanci mладе osobe koje ih koriste najčešće ne prisustvuju i ne žele da se upoznaju sa posledicama takvog ponašanja po njihovo psihofizičko zdravlje. Prihvatajući ova saznanja o neadekvatnom ponašanju mладих, kao i njihovoj nebrizi za sopstveno zdravlje, potrebno je pronaći nove modele primarne prevencije, koji bi se odnosili i na ove rizične grupe populacije mладих.

Poznata je činjenica, koja je i danas vrlo aktuelna, da o psihoaktivnim supstancama mлади najviše znaju, da nastavnici nešto znaju, a da roditelji najčešće ništa ne znaju i da se zainteresuju tek onda kada kod svog mладог člana porodice nađu psihoaktivne supstance ili primete promene njegovog ponašanja kada je bolest već uzela maha. Preventivne mere zasnivaju se i na upoznavanju psiholoških potreba mладих i otkrivanju uzroka koji leže u osnovi zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. Ovo je svakako kompleksno pitanje i potrebno je iznaći razloge zašto su psihoaktivne supstance atraktivne za odre-

đene osobe, uzrast i pojedine grupe mlađih u urbanim ili ruralnim sredinama. Za neke mlade osobe, ovaj život je „glup, nepodnošljiv i besmislen“, pa je neophodno stvoriti uslove za punu afirmaciju mlađih ličnosti, kako bi se ova osećanja prevazišla. Blagovremeno ukazivanje na opasnost od eksperimentisanja sa psihoaktivnim supstancama i njihovim interakcijama sa nedozrelom biopsihološkom strukturon mlađih i neformiranih ličnosti može imati izvanredan preventivni značaj.

Mere primarne prevencije u zaštiti od štetnih uticaja psihoaktivnih supstanci obuhvataju široke društvene i zdravstvene aktivnosti u cilju očuvanja i unapređenja mentalnog i telesnog zdravlja celokupnog stanovništva, u okviru kojih posebno mesto pripada blagovremenom i korektnom informisanju. S obzirom da aktivnosti na očuvanju i unapređenju zdravlja zahtevaju organizovan, permanentan i kvalitetan rad, neophodno je stvoriti model edukacije aktivista – **Model edukacije edukatora** – sa ciljem da se što bolje informišu o savremenim trendovima u prevenciji bolesti zavisnosti, načinu, metodama i sredstvima rada, kao i da uspostave što bolju međusobnu saradnju, preko uspostavljenе socijalne mreže i koordinacije sa svim osobama koje su na bilo koji način uključene u preventivne aktivnosti u zaštiti zdravlja stanovništva.

## Ličnost edukatora

Vrlo su kontroverzna mišljenja pojedinih autora o tome koje profesije i koje ličnosti mogu biti uključene u proces edukacije. Među veoma različitim mišljenjima navode se neka iskustva da bi to mogli biti nastavnici zdravstvenog vaspitanja, vaspitači, psiholozi i pedagozi u školama, a manje nastavnici koji su u procesu nastave i najmanje razredne starešine.

Što se tiče strukture ličnosti edukatora, neophodno je da to budu psihofizički zrele i stabilne ličnosti, otporne na psihofizička opterećenja savremenog sveta, sposobne da adekvatno savladavaju aktuelne probleme, da su optimistični, da ulivaju nadu i daju podršku, kao i da pre svega poznaju problematiku adolescentnog perioda i sazrevanja i odrastanja mlađih.

Isto tako je važno da to budu ličnosti od ugleda i poverenja, benevolentne, koje nisu sklene uživanju duvana, alkohola ili drugih psihoaktivnih supstanci, koje su uspešne u svom profesionalnom radu i koje su, svakako, motivisane da daju svoj doprinos u prevenciji bolesti zavisnosti u svojoj sredini.

Svojim ugledom, ponašanjem i pre svega svojim benevolentnim stavom prema mlađima, sa pristupom razumevanja za njihove psihološke probleme i pružanjem pomoći u njihovom savladavanju, podrškom i ohrabrvanjem da uspešno nađu svoj put u životu, oni mogu poslužiti i kao uzor, odnosno model za psihološku identifikaciju mlađih, što sa svoje strane pomaže prevladavanju kako psiholoških dilema ili problema koji su prisutni u ličnosti mlađih tako i u prevenciji bolesti zavisnosti u svojoj sredini.

Ličnost edukatora ne može biti ona koja jedno govoriti i zalaže se za savremene stavove u prevenciji bolesti zavisnosti, a u svom ponašanju u porodičnoj sredini, školi ili na javnom mestu puši cigarete, pije alkoholna pića i ima tolerantan stav prema uživanju psihoaktivnih supstanci. Ovakvo ponašanje nije spojivo sa radom na prevenciji i očuvanju i unapređenju zdravlja, a posebno ne na prevenciji bolesti zavisnosti, jer se izborom takvih ličnosti može postići suprotan efekat.

Prema tome, izboru ličnosti edukatora mora se pristupiti sa dužnom pažnjom, da to upravo budu visoko moralne i stabilne ličnosti, kao i ličnosti od poverenja, koje će svojim ponašanjem i radom svakako služiti za primer i dati doprinos u zaštiti zdravlja na svom terenu.

U okviru Opštinskog odbora za koordinaciju preventivnih aktivnosti protiv bolesti zavisnosti, neophodno je da bude što više zdravih, psihofizički stabilnih, mladih i uspešnih osoba koji će zajedno sa ostalim stručnjacima, pre svega psiholozima, socijalnim radnicima, pedagozima i lekarima organizovati službu prevencije bolesti zavisnosti.

Kooperativnost, sposobnost za uspešnu komunikaciju, odsustvo surevnjivosti i izražena socijabilnost svakako su poželjne osobine ličnosti koje treba da poseduje edukator. Pored ostalog, preporučuje se svakako i rad na sebi u cilju boljeg poznavanja sopstvenih mogućnosti i kapaciteta za rad sa mlađim i nedozrelim adolescentnim osobama. Ovakvi oblici rada sa edukatorima mogu se organizovati u saradnji sa stručnjacima drugih profila, a pre svega sa psihoterapeutima određenih usmerenja u okviru posebno organizovanih oblika poslediplomske nastave, što bi svakako doprinelo i kvalitetu njihovog preventivnog rada sa mladima.

Rad na prevenciji bolesti zavisnosti nije nimalo lak i ne daje rezultate i uspehe brzo, tako da to može biti jedan od negativnih motivacionih činilaca u radu edukatora, koji su često nestrpljivi i očekuju uspeh u kraćem vremenskom periodu. Rezultati edukatora na prevenciji bolesti zavisnosti, objektivno se mogu očekivati tek nakon dužeg vremenskog perioda, nekada i nakon više godina, najbolje nakon primene određene naučne metodologije i evaluacije njihovog rada. Potrebno je i istaći da se na problem zavisnosti ne gleda kao na izolovan problem, već kao na manifestaciju problema prilagođavanja mlađih u društvu i njihovu nedovoljnu pripremljenost da odgovore životnim opterećenjima, koja proističu iz produženog školovanja, egzistencijalnih i drugih problema, što svakako ukazuje na svu kompleksnost problematike prevencije bolesti zavisnosti, koju je potrebno veoma dobro poznavati.

Neophodno je da edukatori imaju i solidno osnovno, srednje i/ili visoko obrazovanje i da poseduju određenja saznanja iz više srodnih oblasti, pre svega iz mentalne higijene, psihologije ličnosti, posebno psihologije i psihopatologije adolescentnog perioda, socijalne psihologije, pedagogije i andragogije, sociologije, savremene sociodinamički orijentisane psihijatrije, posebno

primarne i sekundarne prevencije bolesti zavisnosti, kao i da su motivisani da rade sa populacijom mlađih.

### **Neke specifičnosti edukacije edukatora**

Veoma je raširen strah od droga koji doživljava opšta populacija i on se reflektuje na prosvetne, zdravstvene i druge radnike, koji osećaju veliku odgovornost za mentalno i telesno zdravlje svojih učenika. U atmosferi opšte anksioznosti, nastavnik i sam u svojim strahovanjima, nedovoljno informisan i obavešten o štetnim agensima bolesti zavisnosti, nije pogodna ličnost da mlađima prenosi informacije o tome, jer prenosi na njih svoju anksioznost i može provocirati njihovu radoznanost da probaju nikotin, alkoholna pića ili neke druge psihoaktivne supstance i samim tim gubi autoritet u očima svojih đaka. Savladavanje ovih problema je u dodatnoj, specifičnoj edukaciji nastavnika ili stručnjaka drugih profila, koji u svom obrazovanju nisu imali prilike da se šire upoznaju sa problemima prevencije bolesti zavisnosti i koji će u novoj edukaciji proširiti svoja saznanja iz tih oblasti.

Iskustva iz dosadašnjeg rada ukazuju da programi edukacije u školama, mesnim zajednicama i drugim mestima, treba da se bave pre svega ličnošću mlađih, njihovim potrebama i stremljenjima, njihovim željama i mogućnostima, ostvarenim i neostvarenim ciljevima, njihovim idealima i dr., zatim njihovim grupama, u kojima se oni nalaze, druže, provode vreme, razgovaraju i u kojima žive. Prema tome, naglasak ne bi trebao da bude na drogama već na „problemima življenja i mentalnom i telesnom zdravlju mlađih“ a posebno na kvalitetu njihovog življenja.

Edukacija mlađih u posebno koncipiranim programima, ne znači samo pružanje informacija, već se u toku procesa edukacije izlažu stavovi koji mogu biti od značaja za promenu ponašanja mlađih. Pasivno davanje i primanje informacija nema mnogo izgleda za uspeh u prevenciji bolesti zavisnosti, niti propisivanje bilo kakvih uloga mlađima, već naprotiv, edukacija je aktivan i emocionalan proces koji se odvija u određenom vremenskom periodu, sa pažljivo odabranim temama, često i sa grupnim diskusijama o zajedničkim problemima, koji prepostavlja i mogućnosti menjanja stavova i ponašanja mlađih učesnika u narednom periodu.

S obzirom da mlade osobe, koje su sklene bolestima zavisnosti, imaju problem komunikacije sa svojim vršnjacima i drugim osobama, edukaciju treba prvenstveno usmeriti na taj problem, zatim na dinamiku nastanka zavisnosti od nikotina, alkohola ili psihoaktivnih supstanci, kao i na održavanje i unapređivanje interpersonalnih odnosa.

Pored rada sa mlađima, edukatori u najširem smislu te reči, koji su završili posebne škole prevencije i koji rade na polju prevencije bolesti zavisnosti, imaju često priliku da rade i sa roditeljima, posebno onih učenika koji

pokazuju pojedine oblike rizičnog ponašanja i sklonost ka uživanju agenasa, jednog ili više, bolesti zavisnosti.

Ponašanje javnih i uvaženih ličnosti, iz bilo koje sfere društva, posebno sportista, pevača, muzičara, u sredstvima javnog informisanja od velikog je značaja i uticaja na ponašanje mlađih, koji su u procesu traganja za sopstvenim identitetom izloženi svesnoj ili nesvesnoj identifikaciji sa njima. Ovo upravo obavezuje javne ličnosti da vode računa o svom ponašanju na svim mestima, posebno kada se pojavljuju u sredstvima javnog informisanja, da ne budu zajedno sa agensima koji izazivaju bolesti zavisnosti. Isto tako, ovo obavezuje i sve stručnjake koji rade na području prevencije bolesti zavisnosti, kao i zaštite zdravlja, da blagovremeno ukažu javnim ličnostima, na svu štetnost takvog ponašanja, sa preporukom da se koriguju, jer je to svakako i u njihovom interesu.

## **Područja rada edukatora**

U procesu sveobuhvatne zaštite mentalnog zdravlja i primarne prevencije bolesti zavisnosti, merama prevencije potrebno je obuhvatiti mnoge, a pre svega rizične segmente populacije mlađih koji su skloni uživanju nikotina, alkohola ili psihoaktivnih supstanci. Rad sa ovom populacijom zahteva pažljivo koncipiranje tema, formiranje programa i, svakako, izbor pogodnog edukatora, s obzirom na strukturu ličnosti i njeno ponašanje, kao i ugled koji uživa u društvu.

Edukacija nastavnika u školama je specifičan problem koji zahteva adekvatnu obučenost, poznavanje problematike bolesti zavisnosti, kao i poznavanje socio-kulturne specifičnosti sredine u kojoj žive.

Edukacija roditelja svakako je veoma značajno polje rada i sprovodi se kako u cilju njihove edukacije, tako i potrebe da oni svoja stečena saznanja prenesu na svoju decu, i da svojim ugledom, ponašanjem i autoritetom u svojim porodicama, mestima gde mlađi najviše borave, doprinesu kako zdravlju mlađih tako i sveukupnom zdravlju svih članova svoje zajednice. Edukacija roditelja, uglavnom, obuhvata dva područja i to: informisanje o štetnim uticajima nikotina, alkohola, i psihoaktivnih supstanci i drugi deo, koji se odnosi na podizanje i vaspitanje dece i mlađih u najširem smislu te reći.

Edukacija zdravstvenih radnika, kao i nastavnika, mogućih potencijalnih edukatora, odnosi se samo na one profile zdravstvenih radnika koji u svom dosadašnjem obrazovanju nisu stekli odgovarajuća saznanja iz oblasti prevencije bolesti zavisnosti ili ih treba osvežiti sa novim, aktuelnim saznanjima iz ove oblasti. Inače, zdravstveni radnici se, po prirodi svojih radnih aktivnosti, mogu baviti kako aktivnostima i merama primarne prevencije, tako i, možda još više, merama sekundarne prevencije, tj. ranog otkrivanja i ranog lečenja mlađih koji su svojim ponašanjem zašli u područja bolesti zavisnosti.

Edukacija javnosti, putem pružanja informacija u vidu predavanja i putem medija, najverovatnije da ima ograničeno dejstvo (iz razloga: u koje su vreme emitovane, ko ih sluša ili gleda, kome su namenjene i dr.). Naša iskustva ukazuju da se informacije o bolestima zavisnosti mogu pojaviti kao neke od tema u okviru jednog većeg programa zaštite zdravlja mlađih, u okviru određenog vremenskog perioda od više nedelja. Ukoliko se odabere pravo vreme emitovanja, mogu se postići određeni efekti, posebno kod roditelja, koji onda na indirektn način ta stečena saznanja mogu preneti na svoju decu ili druge mlade osobe sa kojima dolaze u kontakt.

### **Umeno zaključka**

Edukacija edukatora, stručnjaka različitih profila, psihologa, socijalnih radnika, pedagoga, nastavnika, zdravstvenih radnika i drugih, u cilju sticanja aktuelnih znanja iz oblasti prevencije bolesti zavisnosti, svakako je jedan od preduslova uspešnog rada na ovom značajnom području zaštite mentalnog i telesnog zdravlja populacije mlađih.

Potrebbno je integrisati sve društvene činioce, posebno zdravstvene i socijalne ustanove i stručnjake koji su motivisani za rad na prevenciji bolesti zavisnosti i stvoriti socijalnu mrežu kako bi rad bio što uspešniji.

Činioce bolesti zavisnosti, nikotin, alkohol, psihoaktivne supstance, ne treba mistifikovati, već davati realistične informacije, bez preterivanja i senzacionalnosti, mlađima, roditeljima i drugim strukturama stanovništva.

Posebnu pažnju treba obratiti procesu vaspitanja u porodicama i školama, roditeljima i nastavnicima, osobama sa kojima mlađi provode najviše vremena u procesu adolescencije i završnog sazrevanja ličnosti, sa ciljem formiranja zdravih, psihofizički i emocionalno stabilnih ličnosti, od kojih očekujemo da budu nosioci našeg napretka u budućnosti.

### **LITERATURA**

/1/ Despotović A. i Ignjatović M., *Zavisnost od droga, lekova i narkomanije*, Institut dokumentacije zaštite na radu, Niš, 1980; /2/ Lukelić J., *Droga u školskoj klupi*, Velarta, Beograd, 1997; /3/ Vojić Z., *Primarna prevencija alkoholizma, narkomanije i nikotinizma*, JUSPANP, Beograd, 1998.

## **ULOGA ŠKOLE U PRIMARNOJ PREVENCICI BOLESTI ZAVISNOSTI I DELINKVENCIJE MLADIH**

„*Ono (društvo) vaspitava decu da izgube samu sebe i postanu absurdna ... i tako budu normalna*“

(Leng, R.D., *Politika doživljaja*, 1974, str. 212) /1/

### **Definicija problema**

Uzrok motivacije za toksikomanska i delinkventana ponašanja ne treba tražiti u konfliktima koje je čovek, u našem slučaju adolescent, *doživeo*, nego u onome što on u svom vaspitno-obrazovnom procesu (što je u stvari isti proces) /2/ *nije doživeo*, a za čim je, najčešće i sam ne znajući, toliko žudio.

Isto tako, mora se poći od činjenice da nagonske težnje i njihovo ostvarivanje ne čine smisao i cilj čovekovog života. One su samo u službi osnovnih ljudskih potreba:

- da se postoji u sigurnosti;
- da budemo voljeni i poštovani, kako bismo i sami nekog zavoleli i mogli da poštujemo; i
- da imamo slobodu odabiranja željenog među stvarima i voljenog među ljudima, u sapostojanju sa njima /3/.

Osnovni trud na sprečavanju pojave delinkventnih i toksikomanskih ponašanja se mora usmeriti na to kako da mi, kao roditelji, nastavnici, vaspitači, organizujemo život u porodici, školi, po domovima za mlade različitih namena, tako *da se ne otuđimo u tehničare koji „vaspitavaju“ svoju decu, nego da živimo život sa njima*.

### **Smisao društvenosti u razvojnem dobu**

Društvenost u mladosti služi traganju za onim ciljevima kojima se osmisljava ljudski život. Čovek, kao biće odnosa, svoje postojanje otkriva i sagleđava tek mogućnošću da jasno opaža, pamti i prožima sopstvenom osećajnošću lik drugoga. Prva nit toga odnosa sa drugim, satkana u odnosima dete – roditelj, postaje okosnicom za sve druge odnose među ljudima. To je put kojim se socijalni realitet prožima sa najdubljom intimom ličnosti, privodeći je iz njenog *unutra* njenom *ospoljenju*. Time započinje da se ostvaruje svesno

samosaznavanje ličnosti u svojim autentičnim očekivanjima od sveta i od sebe sama u tome svetu /3/.

Od socijalnog polja se očekuje da ima svoju konfiguraciju vrednosti i da nudi raznovrsnost mogućih slobodnih, kreativnih ispoljavanja i druženja. Time se podstiče razvoj svesnosti ličnosti u razvoju i mogućnost da doživi zadovoljstvo koje pruža trud za ostvarenje njenih ciljeva u sopstvenom životnom realitetu. Taj doživljaj je uslov ljudskog načina postojanja i mentalnog zdravlja čoveka.

Kao odrasli, moramo da znamo da uspostavimo neki dosluh, ravnotežu između svih nas koji smo „spolja“ mlađima u našem okruženju i njihovih težnji, sposobnosti, talenata koji su u njihovom „unutra“. „Jer“, kaže Leng: „bez unutrašnjeg, spolja gubi značenje, a bez spoljašnjeg, unutrašnje gubi svoju supstanču“ /1, str. 230/.

Ako nismo uspostavili tu ravnotežu:

- **ličnost ispunjena potencijalima** koji nisu prizvani „ponudom“ ili zovom okruženja, ostaju neprepoznati u njoj samoj;
- **ličnost kojoj se nude pogrešne mogućnosti**, usled nemoći da ih kreativno ostvari, doživljava sebe kao prazninu, što je ispunjava uz nemirenošću, mrzvoljom i gnevom prema drugima. To je onda čini lakim plenom zavođenja na puteve neizmerne patnje samoponištavanja.

## Motiv za napor

Živimo u vreme u kome se relativizuju merila moralnih vrednosti, poštavaju težnje za harmonizovanjem estetskog i etičkog u ljudskim delovanjima, prečesto izražavaju stavovi o besmislu života, što je zahvatilo umorni svet određenih slojeva posleratnih društava evro-američkog kulturnog kruga. Pod tim dahom su krenuli talasi maloletničke delinkvencije i toksikomanija. Pad životnog optimizma, koji nas je uveo u ovo doba opšte moralne krize, definišao je Jaspers još 1946. godine ovim rečima:

*Velika ravnodušnost prema životu uzima maha u širim slojevima stanovništva (... bezbrižnost u odnosu na opasne situacije, žrtvovanje života bez ideal-a) ogromna žudnja za užicima uz nekontrolisano prepuštanje iživljavanju /7, str. 673/.*

Međutim, ako pratimo razvoj deteta, videćemo da se razvijaju prvo neuronske strukture koje čine mogućim neke nove njihove sposobnosti. Ono te sposobnosti postepeno samo otkriva igrom, bogati ih upotreborom i samouistražuje njihove granice. Tako ostvaruje i uvek nove i uvek složenije odnose sa svetom. Smatrajući to pukom igrom i ne primećujemo da ulaže ogroman trud, kojim sasvim vredno i ozbiljno saznaće svet i gradi svoje mesto u njemu. Pri tome nema neku drugu igru za neku svoju dokolicu.

Dok se mi batrgamo u našim konfuzijama na temu – šta treba, a šta ne treba da činimo, prirodni tok razvoja i saznavanja ukazuje nam na način kako se rađa motiv za napor samousavršavanja samim činom življenja.

**Tom traganju za načinom očuvanja i daljeg podsticanja motiva za napor moralnog i stručnog samousavršavanja, škola bi trebala da služi.**

### **Škola kao centar društvenog života**

Škola bi trebalo, kao institucija zajednice, da služi prihvatanju svih pojedinačno ispoljenih sposobnosti deteta ili adolescenta. Samim dozrevanjem nervnih struktura koje omogućavaju te funkcije javlja se i motiv za napor da se one uvežbavaju i maksimalno ostvare.

U detinjstvu (od sedme do desete godine), u adolescenciji (do 15 godine) dozrevaju strukture CNS bitne za pojavu apstraktnog mišljenja, za mogućnost maksimalne koncentracije pažnje i za visoko istančano proosećavanje onoga što se opaža, što se promišlja i što se razumeva u ravni apstraktnih pojmovnih celina /4/, /8/.

Tako nastaje doba u kome je ličnost opčarana:

- novim mogućnostima sopstvenog tela u akciji;
- novim mogućnostima raspravljanja o životu i smrti u svim ravnima sposobnosti mišljenja od raslog sveta;
- otkrićem estetskih i etičkih zakonomernosti u njihovoj apstraktnoj jasnoći;
- otkrićem suštine ljubavi, ertske inspiracije, koja teži ostvarenju najsnaznije čovekove privrženosti svojoj drugosti.

Od škole se očekuje da to zna i da se oseća obaveznom da svojim sadržajima motiviše taj mladi svet za napor samousavršavanja i razvoj sposobnosti koje otkrivaju u sebi, koje ga uzbudjuju i usmeravaju ka sintezi lepog i etičnog u sopstvenom biću i u njegovom ispoljenju kao ličnosti.

Škola je to socijalno polje koje mora da se zasnuje kao zajednica:

- koja daje i koja traži;
- koja razume i očekuje razumevanje; i
- koja voli svakog pojedinačno i očekuje od svakog potreban nivo samouskraćenja za njeno dobro.

Time se doživjava istina da se život osmišljava samim življenjem, koje je uvek stvaralački čin zasnovan na sopstvenoj slobodnoj volji, što podrazumeva određeni odnos i prema čari primanja i prema čari samouskraćivanja za dobro drugih.

Da bi se sve to ostvarilo u potpunosti, **škola mora da postane centar društvenog života generacija**, koji obuhvata u svim njegovim vidovima – od brige za naučnu zasnovanost nastavnih programa do brige za kvalitet dokoli-

ce, koja na adolescentnom uzrastu postaje potrebom i jednim od bitnih načina kojima se ličnost ostvaruje i samosagledava u svetu.

## Šta treba da se čini

Pri sadašnjem stanju našeg školstva, u svrhu njegovog konačnog osmišljavanja, neophodno je uvesti sasvim raznovrsne vannastavne aktivnosti, koje će se vrednovati za njihove izvođače isto kao i časovi nastave. Te aktivnosti treba da odabiraju nastavnici prema svojim ličnim afinitetima, a kvalitet škole treba da se vrednuje po njihovoj raznovrsnosti i prikladnosti. One služe što prikladnjem telesnom, mentalnom, estetskom i moralnom razvoju svojih učenika. Sami nastavnici tim programima treba sebi da omoguće jedno kreativnije samoostvarivanje od onoga koje im pružaju nastavni programi, bilo oni klasični, bilo ovi savremeni. U oba slučaja, sam nastavnik nije ni odabirao sadržaje ni postavljaо modele takve nastave, a ima o tome svoje mišljenje i svoj stav, za koji, u tom redovnom programu, nije predviđeno ni pravo ni oblik ispoljavanja.

Ovdje ću da predložim samo one promene u školi koje smatram sasvim osnovanim, čije uvođenje treba da započne odmah i treba da se odvija postepeno, bez velikih remećenja tekuće atmosfere i bez ikakve pompe.

1. **Nastava treba da se odvija u prirodi**, kada god je to moguće, uvek na licu mesta nekog događanja ili prirodne pojave što se obrađuje po nastavnom programu i to u vidu dobro organizovanih ekskurzija, koje moraju da prestanu biti pukom zabavom i „provodom“, izletima ili kampovima po tipu izviđačko-skautske tradicije ili odlaskom na višednevne boravke u planinarske domove, manastire ili hotele, koji su predviđeni za taj tip nastave, na određenim lokacijama, shodno nastavnom programu.

Samo ona saznanja koja se usvajaju u sklopu celovitog životnog iskustva bivaju usvojena kao autentični sadržaj ličnosti, kojim se ona ostvaruje gradeći svoje odnose sa drugima, što nije slučaj sa znanjima steknutim u skamijakim načinima nastave.

2. **Klasične vannastavne aktivnosti zasnovane na tekovinama evropskog kulturnog kruga** i već odavno poznate u našoj sredini. To su sekcije, umetničke radionice, debatni klubovi, klubovi tehnike i kompjutera, sportski klubovi, i tako redom. Njihov cilj jeste:

- da se pruži prilika adolescentima, koji su u školi raspoređeni prema uzrastu i drugim administrativnim merilima, da se sada udružuju prema ličnim afinitetima i sklonostima, zajednički ostvarujući svoje potrebe za ulaganje npora u svrhu rešavanja problema od zajedničkog interesovanja ili za uvežbavanje tela istim tipom vežbi ili sportskih aktivnosti.

Ovim se održava, razvija i osmišljava, uvek na složenijem nivou, **motiv za napor ličnog usavršavanja** u svim vidovima kojima se jedna ličnost ostvaruje u svom polju postojanja:

- omogućavaju raspravljanja, čime se podstiče razvoj formalnih operacija kao nove mogućnosti razumevanja sveta i odnosa prema njemu. Time se **doživljava ljudska sloboda u njenom autentičnom polju** i granice logičnog obuhvata pojave života, koji se sve jasnije sagledava u odnosu na sopstveno mesto u njemu.

Sekcije i debatni klubovi, dobro vođeni od zrele odrasle ličnosti mogu da pomognu mladima **da se samosagledaju kada upadnu u zamku logičarenja i ispraznih domišljanja** i da to razlikuju od sopstvenih zrelih kazivanja kojima iznose jasnu misao i teže za saznanjem istinitog:

- **ostvaruju doživljaj naklonosti i poštovanja drugih** koji ne mogu da ostvare u klasičnoj nastavi sazданoj na stalnom procenjivanju i ispitivanju – na stalnoj sumnji u lični kvalitet svakog pojedinačno, što u neke dece dovodi do bitnih deformacija u samoproceni kao i do deformacija u procenama drugih do kojih je ličnosti toga deteta stalo. Istovremeno se otkriva i potreba u sebi samome da nekoga poštuje i da ima ostvareno drugarstvo sa onima sa kojima se razmenjuje uzajamno poštovanje i ljubav; i
- **da gase povremene rasplamsaje doživljaja usamljenosti**, koji tako često prate adolescenciju, naročito u visoko urbanim sredinama.

3. **Društveni život mlađih treba da se ostvaruje u samoj školi** putem pokreta kao što su: ekološki ili gorani, skautski ili izviđači, sokolski pokret, i to svi sa svojim sletovima, sa **odsustvom svake procene sposobnosti i rangiranja**, što se na dečijem i adolescentnom uzrastu doživljava kao čin segregacije.

4. **Klubovi slobodnog vremena i zabave** imaju poseban značaj za adolescentni uzrast u kome se javlja **autentična potreba za dokolicenjem** kao jednim novim oblikom života, kojim se, konačno, ulazi u svet odraslih, za koji svaka kultura ima već pripremljene obrasce pomoći mladima. Naša ruralna kultura, na primer, imala je za tu priliku prela i posela.

Urbanizovani svet ovog vremena mora da uspostavi te prelazne oblike društvenog, koji treba da povedu ličnosti u razvoju iz porodičnog okruženja i škole ka otvorenoj društvenoj zajednici, u svet. Ta briga neće moći da zaobiđe školu i njenu odgovornost za uspešno dozrevanje ličnosti koja je tu školu po-hađala, kao i za kvalitet njene socijalizacije.

Ovim aktivnostima i „nastavnici“ i „učenici“ izlaze iz svojih skučenih uloga u znatno bogatija i otvorenija međusobna susretanja, što im omogućava da sagledavaju jedni druge kao **ličnosti vredne poštovanja**, ne svodeći ih na uloge što im nameću predrasude školskih načina vrednovanja.

## Zaključak ili rezime

Ukoliko škola ostavi ličnost u razvoju:

- **bez mogućnosti doživljaja samopoštovanja** ličnosti, sazdanog na samouvidu koji motiviše težnju za stalnim samousavršavanjem, **nema ni njenog doživljaja sigurnosti** u svom egzistencijalnom polju;
- **bez mogućnosti razvijanja autentične potrebe za samouskraćivanjem** u svrhu boljstva drugoga, **ličnost ne može da doživi ljubav i poštovanje drugih**; i
- **bez mogućnosti produbljivanja motiva za napor**, ličnost nije u stanju da razvije sopstvene sposobnosti radnih angažovanja, estetskih uvida i etičke osmišljenosti, bez kojih **nema slobode izbora** u ravni njenih autentičnih potreba za stvarima i za drugim.

Zato, uporno „nastojimo da budemo čovečni“ kako nas, koji smo zaduženi za brigu o ljudima, savetuje još 1974. godine jedan plemeniti psihijatar, Leng /1, str. 231/, i nastojmo to:

- baš mi koji smo ovde na seminaru i to
- baš na svojim radnim mestima, posebno ako radimo u školi
- sa sopstvenim uvidom u to šta zaista činimo, a šta znamo da bi, u stvari, trebalo da činimo i to
- učinimo odmah, sada.

## LITERATURA

- /1/ Leng, A.R., *Podeljeno JA*, 1965, *Politika doživljaja*, 1974, Nolit, Beograd, 1977; /2/ Bojanin, S., *Tajna škole*, izdanje autora, Beograd, 2002; /3/ Bojanin, S., *Moral i mentalno zdravlje*, Zbornik humanističkih nauka, tematski broj, Mišljenje i izazovi vremena, Matica srpska, RS, Banja Luka, 2002, str. 186-205; /4/ Bojanin, S., *Razvojna neuropsihologija i reeduaktivni metod*, ZUNS, Beograd, 1985; /5/ Piaget, B. Inhelder, *La representation del Espas Chez l'Enfant*, PUF, Paris, 1948, str. 21; /6/ Jaspers, K., *Opšta psihopatologija*, Kosmos, Beograd, 1946; /7/ Bojanin, S., *Zašto postoje teškoće u učenju matematike*, Arhimedes, Beograd, 2003; /8/ Piaget, J., *Six Etude de Psychologie*, Gonthier, Paris, 1964.

## **Doc. dr Sladana Jović**

Centar za unapređenje zdravlja, Institut za zaštitu zdravlja Republike Srbije „Milan Jovanović Batut”, Beograd

# **METODE ZDRAVSTVENOG VASPITANJA U PRIMARNOJ PREVENCICI BOLESTI ZAVISNOSTI**

Svetska zdravstvena organizacija je *promociju zdravlja* definisala kao proces koji pojedincu i zajednici omogućava da poboljšaju kontrolu nad determinантама zdravlja i na taj način unaprede svoje zdravlje.

Koncept promocije zdravlja proističe iz nastojanja da se poboljša odnos ljudi i okoline u kojoj žive i objedini lični izbor pojedinca sa odgovornošću za sopstveno zdravlje i zdravlje zajednice kojoj pripada.

Programi unapređenja zdravlja kroz prihvatanje zdravih stilova života orijentisani su na stanovništvo, društvo i zajednicu u celini. U okviru takvih programa, primarna prevencija bolesti zavisnosti ima poseban značaj.

U okviru strategije „Zdravlje za sve u 21. veku“ posebno se ukazuje na problem bolesti zavisnosti, u okviru cilja 4 i cilja 12.

### **Cilj 4. – Zdravlje mladih**

Do 2020. mladi u regionu treba da budu zdraviji i sposobniji za ispunjanje svojih uloga u društvu.

Naročito:

4.1. Deca i adolescenti treba da raspolažu boljim životnim veštinama (da se bolje snalaze u životu) i da više budu u stanju da **prave zdrave izvore**.

4.2. Mortalitet i invalidnost usled nasilja i nesrećnih slučajeva među mladim ljudima treba smanjiti najmanje za 50%.

4.3. Treba znatno smanjiti broj mladih ljudi **sa štetnim oblicima ponasanja kao što je pušenje, uzimanje droga ili alkohola**.

4.4. Incidenciju trudnoće među tinejdžerkama treba smanjiti najmanje za jednu trećinu.

Cilj 12. Odnosi se na prevenciju bolesti zavisnosti u opštoj populaciji.

### **Cilj 12. – Smanjivanje zla kao posledice pušenja, uzimanja alkohola i droga**

Do 2015. u svim zemljama – članicama treba u znatnoj meri da budu smanjena štetna dejstva adiktivnih materija na zdravlje, kao što su duvan, alkohol i psihoaktivne droge.

U svim zemljama treba naročito da se postigne sledeće:

12.1. Da broj nepušača iznosi najmanje 80% kod osoba starijih od 15 godina života i oko 100% kod mlađih do tog uzrasta.<sup>7</sup>

12.2. Da potrošnja alkoholnih pića per capitam ne poraste ili ne bude više od šest litara godišnje, a da kod osoba mlađih od 15 godina života bude blizu nule.

**12.3. Da prevencija nezakonite upotrebe psihoaktivnih droga opadne najmanje za 25%, a mortalitet najmanje za 50%.**

Promocija zdravlja i prevencija bolesti zavisnosti bazira se na nekoliko bitnih prepostavki:

- Promocija zdravlja počinje u zajednici i završava u zajednici;
- Pažnja je usmerena ka pojedincu i ka okruženju;
- Promocija zdravlja ističe aspekt pozitivnog zdravlja, u skladu sa premisama: „budi aktivan, sposoban da funkcionišeš na najbolji način, budi zadovoljan“;
- Aktivnosti obuhvataju sve sektore društva i okruženje.

Koncept promocije zdravlja ističe pozitivne potencijale i sposobnosti pojedinca i zajednice. U okviru tog koncepta je i definicija unapređenja zdravlja L. Breslowa: „Unapređenje zdravlja je napredovanje prema blagostanju i ostvarivanju optimalnog sklopa ponašanja sa društvenim, okolinskim, biomedicinskim i drugim odrednicama, da bi se izbegli zdravstveni rizici.“ Prema I. Kikbuschu: „... bitno obeležje unapređenja zdravlja je aktivno učešće građana zasnovano na shvataju da je zdravlje na najkonkretniji način određeno načinom života ljudi i njihovom interakcijom sa okolinom.“

## **Ponašanje i zdravlje**

Ljudsko ponašanje se razvija kroz proces primarne i sekundarne socijalizacije. Primarna socijalizacija počinje u porodici, a sastoji se u prenošenju znanja, razvijanju stavova i veština značajnih za život svakog pojedinca. Oblici ponašanja formirani u mlađem uzrastu su najtrajniji oblici, teško se menjaju u kasnijim periodima. Zatim uticaj porodice postepeno slabi, a uticaj šire okoline (škola, društvo vršnjaka, ustanove i organizacije) postaje sve snažniji. Ova modifikacija se može usmeravati u pozitivnom, ali i u negativnom smislu. Na ljudsko ponašanje formirano kroz primarnu ili sekundarnu socijalizaciju utiču brojni faktori kao što su: znanje (mali uticaj, ali je važno kao osnov), stavovi (formirana reakcija na izazove), motivi (unutrašnja pokretačka snaga), vrednosni sistem, veštine (praktične sposobnosti), navike, tradicija, verovanja, religija. Svi ovi faktori određuju ulogu zdravstvenog vaspitanja u mobilisa-

<sup>7</sup> Treba raditi sa ljudima, ne za njih, jer bi ih to stavilo u pasivan položaj – da je neko drugi, a ne oni sami, odgovoran za njihovo zdravlje.

nju stanovništva na aktivnost u cilju zaštite zdravlja i prevencije bolesti zavisnosti.

## Subjekti u zdravstvenom vaspitanju

Potreba za zdravstvenim vaspitanjem postoji kod svih kategorija stanovništva. Interes svake zajednice je da što veći broj ljudi bude slobodan od psihoaktivnih supstanci. Subjekti zdravstvenog vaspitanja su zbog toga svi ljudi u jednoj zajednici, pojedinci, grupe, bez ili sa izraženim rizicima, oboleli i rekonvalescenti.

Pod zdravim stanovništvom podrazumevaju se u prvom redu deca i omladina, žene trudnice i majke, a zatim i celokupno stanovništvo koje nema izražene poremećaje zdravlja. Zdravstveno vaspitanje je ovde mera primarne prevencije i obuhvata aktivnosti koje doprinose očuvanju i unapređenju zdravlja. Počinje u porodici u kojoj se stiču osnovna znanja, stavovi i navike, nastavlja se u predškolskim ustanovama i školi. Kao vaspitači se pojavljuju roditelji, zdravstveni i prosvetni radnici. Osnovni cilj rada je da se ne započne sa korišćenjem psihoaktivnih supstanci.

## Sadržaj zdravstveno-vaspitnog rada

Sadržaj zdravstveno-vaspitnog rada proizilazi iz potreba stanovništva određene teritorije. Potrebe mogu biti prepoznate od strane laika, ali i od strane stručnjaka. Laik može da ne prepozna svoju potrebu, ali i ako je prepozna, može da je ne smatra značajnom. Sa druge strane, ako stručnjak samostalno prepozna i utvrdi zdravstvenu potrebu, ljudi mogu da ostanu nezainteresovani. Sadržaj zdravstveno-vaspitnog rada treba da bude rezultat usklađivanja interesa stanovništva i profesionalaca koji učestvuju u prevenciji bolesti zavisnosti, odnosno da bude u skladu sa interesima celokupne zajednice.

## Organizacija zdravstvenog rada

Zdravstveno-vaspitni program namenjen prevenciji bolesti zavisnosti prolazi kroz odgovarajuće faze programskega rada.

1. **Prva faza** – sagledavanje dimenzije problema bolesti zavisnosti za teritoriju za koju se programira zdravstveno-vaspitna aktivnost. Ovo se sprovođa korišćenjem podataka dobijenih procenom zdravstvenog stanja stanovništva i dopunskim informacijama o stavovima, navikama, običajima, koje se prikupljaju anketnim istraživanjem. Ovakvo snimanje osnove (sagledavanje realnosti, utvrđivanje stvarnosti) pomaže nam da izdvojimo prioritetne potrebe i osmislimo program za prevenciju bolesti zavisnosti koji će biti prilagođen definisanim prioritetima. Time je obezbeđena pogodnost (prikladnost) programa, koja je definisana kao stepen usaglašenosti koji postoji između zdrav-

stveno-vaspitnog programa, sa jedne strane, i prioritetnih problema zajednice i njenih resursa, sa druge strane. Pri formulaciji ciljeva programa treba imati u vidu potrebe zajednice i njene resurse, profesionalne grupe, naučne metode i procese, kulturni i društveni sistem i sistem vrednosti zajednice.

2. **Druga faza** – na osnovu prikupljenih podataka postavlja se dijagnoza zdravstvenog stanja stanovništva i „*edukativna dijagnoza*“. Pri tome se izdvajaju i prioritetni zdravstveni problemi.

3. **Treća faza** – izrada programa u skladu sa specifičnim problemima definisane teritorije. Pri tome se definišu kadrovi koji u tome učestvuju, metod rada i sredstva koja će se koristiti, koliko će dugo trajati aktivnosti, mesto rada. Daju se konkretni odgovori na pitanja: ko, gde, kako, kada i koliko učestvuju u aktivnostima.

4. **Četvrta faza** – svi predviđeni kadrovi uz učešće drugih činilaca u zajednici (pojedinci, škole, društvene organizacije, mesne zajednice, mediji) pristupaju realizovanju programa.

5. **Peta faza** – podrazumeva kritički osvrt (evaluaciju) na efekat postignut sprovedenim merama. Na osnovu nje se vrši reprogramiranje, odnosno, menjanje onih aktivnosti predviđenih programom koje ne daju odgovarajuće rezultate.

### **Zdravstveno-vaspitni rad u zajednici**

Promocija zdravlja i prevencije bolesti zavisnosti u zajednici podrazumeva niz međusobno povezanih, planski definisanih aktivnosti, sa ciljem da informišu i motivišu promene ponašanja, odnosno da usmeravaju pojedinca i zajednicu ka ponašanju koje vodi zdravlju (na mikro i makro nivou). Ovaj proces uključuje primenu mnogobrojnih motivacionih i komunikacionih aktivnosti i veština. Svaki aktioni program namenjen poboljšanju zdravstvenog stanja u jednoj zajednici (na nacionalnom, regionalnom, lokalnom nivou, na nivou porodice ili individue) oslanja se na različite aktere. To su učesnici u aktivnostima vezanim za zdravstvo, institucije, javne i privatne organizacije, kao i pojedinci. Jedni direktno pružaju usluge, drugi rade u oblastima čiji se pojedini delovi odnose na zdravstvo. Bez obzira na primarno profesionalno usmeravanje, svi oni moraju biti upoznati sa osnovnim potrebama ljudi, karakterističnim zdravstvenim potrebama zajednice, trebalo bi da upoznaju motivacioni postupak i ovladaju veštinama komunikacije, kako bi implementacija programa unapređenja zdravlja u zajednici imala uspeha. Neophodno je, takođe, po uspostavljanju partnerskih odnosa, koordinisati aktivnosti svih učesnika pri izvođenju akcija prevencije bolesti zavisnosti u zajednici, da bi se svi zajedno na najbolji način angažovali u pravcu realizacije zajedničkih ciljeva.

Zajednicu čine ljudi koji imaju ista interesovanja i osećanje pripadnosti istoj grupi. Zajednica se ne može uvek izjednačiti sa nekom teritorijom, obzirom da zajednicu čine ljudi a ne fizički prostor.

Aktivno učešće članova zajednice omogućava da profesionalci, kao i građani koji se ne bave profesionalno pitanjima zdravlja, ujedine znanja, iskustva i svoje potencijale i angažuju se u pronalaženju načina da se prisutni problemi reše. Uloga profesionalaca koji se bave zdravstvenim vaspitanjem sastoji se u tome da pomogne zajednici da se organizuje i da se efektno obavi edukacija, kako bi sve planirane aktivnosti imale uspeha.

Promocija zdravlja i zdravstveno vaspitanje kroz veliki broj metoda rada kao rezultat ostvaruju unapred definisanu promenu ponašanja pojedinca i zajednice u celini, koja vodi unapređenju zdravlja na mikro i makro nivou. Zadovoljenjem suštinskih potreba pojedinca doprinosi se uspostavljanju njegove unutrašnje ravnoteže i ravnoteže u odnosima sa okolinom i drugim ljudima u zajednici.

Osnovne potrebe koje pokreću pojedinca i zajednicu na aktivnost definisao je američki psiholog Glaser, u okviru svoje teorije kontrole: osnovne potrebe su zajedničke većini pripadnika ljudskog roda, „ugrađene“ su u naša genetska uputstva i neprekidno teže da budu zadovoljene. Od značaja je da aktivisti Crvenog krsta dobro poznaju osnovne potrebe ljudi, jer su one pre-sudne za motivaciju stanovništva radi dostizanja planiranih ciljeva promocije zdravlja u zajednici. Najvažnije potrebe su:1) Potreba za preživljavanjem i produžetkom vrste (glad, žed, seksualni nagon itd.); 2) Potreba za ljubavlju, učestvovanjem i saradnjom (potreba da se bude prihvaćen, voljen, da pripadamo nekoj vrsti zajednice); 3) Potreba za slobodom (npr. da sami donosimo odluke); 4) Potreba za moći (sposobnost da sami možemo nešto da uradimo za sebe i druge, da „preuzmeme život u svoje ruke“ itd.); 5) Potreba za zabavom (učenje u kombinaciji sa zabavom daje najbolje rezultate).

Implementacija programa primarne prevencije bolesti zavisnosti u zajednici praćena je upotreboru odgovarajućih metoda zdravstveno-vaspitnog rada koje su specifične za pojedine ciljeve i metode zdravstveno-vaspitnog rada u procesu promocije zdravlja.

Ciljevi i odgovarajuće metode, koje su potrebne za njihovu realizaciju, mogu se prikazati na sledeći način:

1) **Opšti cilj.** Podizanje nivoa znanja, formiranje stavova i promovisanje pozitivnih oblika ponašanja i životnog stila značajnih za očuvanje i unapređenje zdravlja i primarnu prevenciju bolesti zavisnosti.

## 2) **Specifični ciljevi**

1. **Informisanje stanovništva** o značaju zdravstvenih potreba, mogućnostima unapređenja zdravlja, prevencije i kontrole bolesti zavisnosti – na nivou ličnog doprinosa pojedinca (mikro nivo) i zajednice (makro nivo), odnosno kroz formiranje partnerskih odnosa. Od izuzetnog je značaja informisanje

stanovništva u procesu formiranja svesti o tome *da je i ličnom inicijativom* moguće doprineti očuvanju sopstvenog zdravlja i zdravlja ljudi u okruženju, odnosno prevenirati zavisnost od PAS.

*Metode rada:* zdravstveno informisanje stanovništva u saradnji sa mas medijima, zdravstvene tribine, organizovani prikazi – izložbe, zdravstvene kampanje.

**2. Organizovano prenošenje i usvajanje znanja** koja doprinose formiranju pozitivnih navika i stavova od značaja za očuvanje i unapređenje zdravlja, odnosno doprinose promeni ponašanja povezanog sa faktorima rizika za nastanak bolesti zavisnosti (neotpočinjanje sa pušenjem, korišćenjem alkohola i psihoaktivnih supstanci, mogućnošću za kontrolu stresa, značaj pravilne ishrane i fizičke aktivnosti).

*Metode rada:* zdravstveno predavanje, razgovor (individualni, planirani, dopunski), rad sa malom grupom, organizacioni sastanak, seminari i savetovanja, multimedijijski pristup (učešće u edukativnim televizijskim i radio emisijama, tekstovi u novinama i časopisima, korišćenje interneta).

**3. Usvajanje pozitivnih stavova i ponašanja koja unapređuju zdravlje:** promena stavova i ponašanja koja su vezana za pojedine zdravstvene rizike; podrška aktivnom stavu i osposobljavanju stanovništva za samozaštitu i odupiranje socijalnom pritisku da se započne korišćenje psihoaktivnih supstanci.

*Metode rada:* formiranje mreže i odbora za pojedina pitanja promocije zdravlja, izrada programa edukacije edukatora za sprovođenje zdravstveno-vaspitnog rada, mobilizacija zajednice za razvijanje partnerskih odnosa sa državom u cilju efikasnije primene mera promocije zdravlja, stvaranje „kritične mase“ za prihvatanje novih mera, planiranje edukativnih situacija kroz metode aktivne nastave (kreativne radionice, igranje tuđe uloge), rad u maloj grupi (redukovanje štetnih navika i rizičnog ponašanja kod grupa na povišenom riziku i biološki osetljivih grupacija), metod životne demonstracije, individualni rad u savetovalištu.

U tom smislu trebalo bi da se odvija i koordinacija i usmeravanje rada socijalno-humanitarnih organizacija i društava u oblasti zdravstvenog vaspitanja i promocije zdravlja. Inovacija metoda i izrada modela zdravstvenog vaspitanja i promocije zdravlja, kao i izrada i distribucija štampanih i audiovizuelnih zdravstveno-vaspitnih sredstava i rad na njihovoj inovaciji takođe su deo planiranog programskog rada na prevenciji bolesti zavisnosti.

## **Metode zdravstveno-vaspitnog rada (Podela po Green-u)**

### **1. METOD KOMUNIKACIJE**

- predavanja, diskusije;
- individualne metode (intervju, savetovanje);

- medijske tehnike (mas-mediji, audiovizuelna sredstva, programsko učenje, kompjuterski programi i igre).

## 2. STRATEGIJE STICANJA VEŠTINA

- sticanje veština (demonstracije, vežbe);
- simulacije (kreativne radionice, igre, psihodrama, igranje uloga, prikaz slučajeva, kvizovi, modelovanje).

## 3. ORGANIZACIONI METOD

Organizacija zajednice (organizovanje ljudi u cilju očuvanja ili unapređenja zdravlja, prevencija bolesti zavisnosti)

- akcije;
- kampanje;
- grupe za samopomoć.

Zdravstveno informisanje zajednice od izuzetnog je značaja u procesu prepoznavanja odgovornosti u oblasti očuvanja i unapređenja zdravlja, u kreiranju svesti ljudi o zdravlju kao vrhunskoj vrednosti i formiraju javnog mnjenja sa ispravnim stavovima prema bolestima zavisnosti. Teme bi trebalo da budu precizno definisane, izvor izveštavanja kompetentan, a poruke precizne i razumljive za auditorijum.

Adekvatna i blagovremena informacija o faktorima koji su od značaja za zdravlje i prevenciju bolesti zavisnosti predstavlja početak kompleksnog procesa unapređenja zdravlja u zajednici. Ograničenja mas-medija, u smislu jednosmernosti i posrednosti u komunikaciji, manje su značajna u odnosu na mogućnost obuhvata velikog broja članova zajednice i mogućnost da se dospe i do geografski udaljenih i manje pristupačnih područja, tokom kratkog vremenskog perioda.

Veštine komunikacije su, pored veština motivacije, od najvećeg značaja za efektivnu implementaciju programa za unapređenje zdravlja u zajednici. Ove veštine naročito su značajne u procesu prezentacije ideja pojedincima, zdravstvenim profesionalcima, ključnim osobama u zajednici, u promociji programa uz učešće mas medija, kao i u dobijanju podrške i materijalnih sredstava za realizaciju programa.

Upoznavanje ključnih zdravstveno-vaspitnih potreba zajednice, uslova života, osnovnih motiva koji pokreću zajednicu, kao i nivoa opšte i zdravstvene kulture, omogućava profesionalcima koji rade na prevenciji bolesti zavisnosti da odaberu najefektniji način komunikacije sa zajednicom i u zajednici, odnosno najefektiniji način za prezentaciju ideja zajednici. To će olakšati njihovu implementaciju i ostvarivanje planiranih ciljeva. Kombinacijom metoda komunikacije i organizacije zajednice daje se podrška svim fazama u akciji unapređenja zdravlja, ubrzava dostizanje ciljeva, kroz obezbeđenu edukaciju na individualnom nivou, na nivou formirane mreže u zajednici, na organizacionom i društvenom nivou. Na taj način uobličava se i mišljenje javnosti o

svim značajnim pitanjima vezanim za prevenciju bolesti zavisnosti, odnosno formira se socijalna podrška kao ključni element za sve planirane aktivnosti.

#### LITERATURA

- /1/ *The Health Communication Unit*, University of Toronto, Conducting Survey Research, 1977; /2/ *The Health Communication Unit*, University of Toronto, Research, What Works! Effective Health Communication, Participant Source Book, 1996; /3/ Health & Welfare Canada, 1986, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, Ottawa, Ontario: National Health & Welfare; /4/ Glasser, W., *Preuzmite kontrolu nad vašim zdravljem*, Socijalna zaštita, No 30–32, 1989, 106–116; /5/ Timotić, B., Janjić, M., Bašić, S., Jović, S. i Milić, A., *Socijalna medicina*, Velarta, Beograd, 2000; /6/ Marchall, J.G., *A development of evaluation model for a consumer health information service*, The Canadian Journal of Information Science, 2000, 17(4):1–15; /7/ Rees, A.M., *The Consumer Health Information Source Book*, 4th Edition, Phoenix, Orux Press, 1994; /8/ Institut of Public Health of Serbia, *Health Status, Health Needs and Utilisation of Health Services-in 2000*, Report on the analysis for adult population in Serbia, World Health Organization, Assistent Office Belgrade, 2001; /9/ SZO Regionalna kancelarija za Evropu, *Vodič za nastavnike i koordinatorje*, LEMON Edukativni materijal, 1986; /10/ Jović S., *Promocija zdravlja u zajednici: Značaj motivacionog postupka i veština komunikacije*, uvodno izlaganje, Prvi kongres socijalne medicine Srbije i Crne Gore, Zbornik radova, 2002., 17–21.

## **ULOGA VERE U PREVENCICI BOLESTI ZAVISNOSTI**

1. Droe kroz istoriju, zašto droga
2. Da li je čovek i u kojoj meri „zavisno biće“
3. Problemi modernog čoveka i njegovo bekstvo u „bolesti zavisnosti“
4. Porodica budućeg narkomana, ličnost mladog narkomana
5. Vera, religija i duhovnost
6. Prevencija bolesti zavisnosti, vera, crkva
7. Ko, gde, kako i kada treba da deluju određena lica u okviru aktivnosti Opštinskog koordinacionog odbora za primarnu prevenciju bolesti zavisnosti (OKO)

1.

Droe nisu nepoznate istoriji sveta. Uzimali su ih gotovo svi narodi, poznati preko prvih istorijskih zapisa, u dalekoj prošlosti ljudskog roda, a vrlo verovatno da su ih uzimali i preistorijski narodi sve dokle savremena nauka može da prati postojanje sadašnjeg tipa čoveka, a to je do mlađeg paleolitskog doba.

Kao da su ljudi, oduvek, imali potrebu da povremeno napuste savremeni život, predaju se čarima nekog drugog, skrivenog, tajanstvenog, pa i zabranjenog sveta i da u njemu nađu ne samo mir, bezbrižnost i olakšanje, nego ponekad čak i opravdanje i smisao za onu svakidašnjicu iz koje su bežali. A ta svakidašnjica, i onda kao i danas, bila je često više nego teška i surova.

2.

Čovek jeste „zavisno biće“, i to od rođenja (tačnije, od prenatalnog doba), pa sve do smrti. Čovek je, naime, zavisan od drugog čoveka (najpre od majke, potom i od oca, dakle od porodice), od društvene sredine i naroda u kome je rođen, a i od vladajuće religije u tom narodu (i kada nije religiozan, on je pod uticajem te religije), zavisan je zatim, od svojih emocija, prepoznatih i mnogo više od neprepoznatih (uticaj nesvesne psihe o kojoj je dubinska psihologija pružila dovoljno dokaza u vezi njene prisutnosti i jačine), kao i od svoga urođenog temperamenta koji spada u područje snažne genetske zavi-

snosti čovekove. Svi ovi nabrojani činioci koji čine svakog čoveka „zavisnim bićem“ ne umanjuju njegovu slobodu koja mu je data i zadata. Bilo da je čovek religiozan, u kom slučaju je njegova odgovornost pred Bogom, ljudima i samim sobom velika i svesna, bilo da čovek nije religiozan, on je pored svih determinizama kojima je u toku života neprestano izlagan „apsolutno slobodan“, kako je pisao ateistički francuski filozof Žan Pol Sartr. Čovek, jednom reči, može da bude zavisan na zdrav i bolestan način.

### 3.

Opšta društvena klima u svetu posebna je klima jednog, prvenstveno tehnikratskog doba, u kome su tako krupni događaji kao što su: socijalne revolucije, emancipacija žena, slabljenje moći i ugleda hrišćanske crkve i svakako, ne na poslednjem mestu, neslućeni razvoj nauka, u prvom redu tehnike i fizičke, ostavili neizbrisivog traga i na ljudsku psihu. Raspad jednog društva koje se vekovima održavalo u okvirima prividnog jedinstva, oštре antagonističke snage koje su se ovim raspadom manifestovale na svim poljima društvene delatnosti, uslovile su i kršenje principa i moralnih normi patrijarhalnog društva koje je predstavljalo stub lične i opšte orientacije čoveka. Ovakvim procesom raspadanja i komadanja starog društva, s jedne strane, silno su oslobođene individualne snage svakog pojedinca, do tada sputavane utvrđenim normama klasnog, etičkog i pravnog principa, s druge strane. Prodor u slobodu doneo je, kao što to uvek biva u sličnim situacijama, obilje kompleksnih problema koji traže svoje razrešenje.

Jedan od nekoliko ključnih problema sa kojima se savremeni čovek danas sukobljava jeste, po našem mišljenju, problem rascepa njegove ličnosti, na društveni i individualni deo. Ovo praktično znači problem adaptacije na izvanredno promenljive, dinamičke uslove sredine koja ga okružuje ili, drugim rečima, kako se snaći u društvu, pa ipak ostati svoj, uprkos frapantnosti neizdrživog gubitka osećanja pripadnosti jednoj grupi ili jednoj celini.

Erih From je i ovom prilikom tačno primetio da uvid u karakternu strukturu modernog čoveka u strukturi savremene socijalne scene vodi do shvatanja da današnji rasprostranjeni nedostatak vere nema više progresivni aspekt koji je imao pre nekoliko generacija. „Tada je bitka protiv verovanja bila bitka za emancipaciju od duhovnih okova, bila je to bitka protiv iracionalnog verovanja, bio je to izraz vere u čovekov razum i njegovu sposobnost da uspostavi socijalni poredak, vođen principima slobode, jednakosti i bratstva. Danas je nedostatak vere izraz duboke zbrke i očaja.“

### 4.

Narkoman (alkoholičar), pre nego što je ovo postao, doživljavao je svoju porodicu, druge ljude, čak i čitavo društvo kao opasnost. Ne treba suvi-

še žuriti sa zaključkom da je svako ovakvo doživljavanje opasnosti, samim tim što nosi obeležja anksioznosti, neizbežno neurotično. Neurotičar koji je skoro uvek anksiozan, a ponekad je zbog svoje slobode izabrao narkomaniju. Studiranje životne istorije raznih narkomana neurotičara, vrlo često otkriva da je njihov strah od porodice i društva dobrim delom opravdan. Moderno društvo, u čijem je sklopu i moderna porodica, ističući već decenijama kao svoj ideal uspeh kao dužnost pojedinca, uspeh u kome sredstva za njegovo postignuće ne igraju bitnu ulogu, stvorilo je kod velikog broja mlađih ljudi osećanje odvratnosti, prezira, ali i straha od ovakvih roditelja i ovakvog društva. Ako mlađi čovek ne želi da se uklopi u mašinu savremenog, visoko industrijalizovanog i tehnokratskog doba, a nije dovoljno jak da svojom kreativnom ličnošću oglasi protest, onda se druga strana ovog protesta najčešće pokazuje u povlačenju iz društva. Svako povlačenje koje nije stvaralačko, izvedeno radi prikupljanja snage i novog objavljivanja sebe drugima, reaktivno je, znači posledica stvarne ili umišljene opasnosti od drugih. Kako u svakom reaktivnom povlačenju ima neispunjene agresije prema objektu od koga se subjekat povlači, agresije koja se mora suzbiti ili potisnuti, tačna je Fromova primedba da je destruktivnost aktivna forma povučenosti. Opasnost od destruktivnosti raste kod onih narkomana koji su svoje strašljivo, reaktivno povlačenje iz društva, pod uticajem dužeg uzimanja droge, pretvorili u povlačenje karakterizovano indiferentnošću prema drugima.

Vredno je spomenuti mišljenje psihanalitičara Paula Federna koji ističe sličnost karakterne strukture između patološke strasti i depresije. Stoga, po njemu, narkomanija i alkoholizam služe individui kao odbrana od depresije. Pošto su to pretežno narcističke ličnosti, one nisu u stanju da podnesu bol i unutrašnju napetost, tako da neodoljivo teže, bez mogućnosti zrelog odlaganja, ka trenutnom zadovoljenju svojih unutrašnjih potreba.

## 5.

„Čovek uopšte nema slobodu da veruje ili ne veruje, pitanje je samo u šta veruje“ (Rihard Vajcoker, predsednik nemačke države). Čovek mora da ima neku veru, neke ideale, neke ciljeve za koje će se boriti da bi mogao aktivno i zdravo da živi. Rušenje svake vere u čoveka – jer vera u povećanje standarda života ili odlaženje na drugu planetu može samo privremeno da zadovolji, ali se ona ne dotiče dublje čovekove unutrašnjosti – stvara od ljudi skeptike, rezignirane, pesimističke i nihilističke jedinke. Savremena sumnja, međutim, nije aktivna sumnja ranijih vekova, kada se na mesto dogmatizma useljavao u ljudsku psihu plodni skepticizam, i to samo kao prelazna faza ka kriticizmu. Naučnici su preko ove plodne sumnje dolazili do svojih epohalnih otkrića. Danas je sumnja, u stvari, ravnodušnost u kojoj je sve moguće, a ništa sigurno. Sumnja više nije racionalna, slično neurotičarevim željama i ona je

postala iracionalna. Ovakvo stanje u duši čovekovoj, samim tim što je duboko neprirodno, u isto vreme je i za duže vreme neizdržljivo. Ovakav očajnički traži neki izlaz, ali umesto pravog izlaza on upada u čorsokak.

U pitanju je, dakle, opštelijudski fenomen verovanja čiji se koren nalazi u biću čovekovom (*homo religiosus* - kao najstariji ili jedan od najstarijih arhetipa u kolektivno nesvesnom svih ljudi, prema učenju K. G. Junga), a ne kao njegov istorijsko otuđen oblik, kako su učili marksisti. Prema mitropolitu Amfilohiju Radoviću, postoje dve vrste religioznosti: „zdrava religioznost – kroz koju se pojavljuje i ostvaruje samo ljudska priroda, njeno ustrojstvo, njeno zdravlje i stiče saznanje šta je čovek i šta je ono što njemu daje pravi smisao, čime se i kako taj smisao ostvaruje.“ Postoji, međutim, prema mitropolitu Amfilohiju i „magijska religioznost – koja je lažna i izvitoperena, zasnovana na idolima i idolosluženju.“

Bitno je, smatram, istaći da u model ili obrazac vere, koji je kao pattern of behavior prisutan kod svih ljudi, bude urezana religija kao najprirodniji sadržaj u tom kalupu ili šablonu vere. Reč – religare, prema svome poreklu, znači ponovno vezivanje za nešto (ovo nešto za religiozne ljude može da bude samo neka natprirodna sila koja je istovremeno Tvorac sveta i ljudi, dakle, Bog). U zapadno-evropskoj civilizaciji i kulturi ova religija, već pune dve hiljade godina, hrišćanska je religija, a za pravoslavne hrišćanske narode u svetu, pa dakle i u Srbiji i Crnoj Gori, Makedoniji i svuda gde žive pravoslavni narodi na tlu bivše Jugoslavije, to je pravoslavlje, pravoslavno hrišćanstvo.

Ukoliko se ovaj urođeni obrazac vere kod svih ljudi ne ispunjava u toku života čoveka religijom (u najboljem slučaju apstraktnim ili pozitivnim pojmom duhovnosti)<sup>8</sup>, on će biti ispunjen nekom ideologijom (kao što je kod mnogih, do nedavno, bio ispunjen marksističkom ideologijom), ili će ostati jednostavno prazan, što će neminovno, bilo kada u toku čovekovog života dovesti ovoga do beznađa, besmisla življenja, možda i do kliničkog oblika depresije.

## 6.

Ako su bolesti zavisnosti multidimenzionalni problem koji je multifaktorijalno uslovljen, onda je i prevencija bolesti zavisnosti višedimenzionalna. Pre nego što nešto kažemo o ulozi vere i religije u prevenciji bolesti zavisnosti, treba podsetiti da se primarne preventivne mere ogledaju u sveobuhvatnoj edukaciji u porodici, školi i crkvi, o delovanju raznih sredstava koja izazivaju bolesti zavisnosti, kako bi se pomoglo pojedincima, pre svega mladima da

<sup>8</sup> „Duhovnost jeste proces“, piše psiholog prof. dr Snežana Milenković, „kojim ljudska bića transcendiraju sebe, pre svega svoj ego i egoističke potrebe i interesu. Za one koji veruju u Boga – duhovnost je njihovo iskustvo odnosa sa Bogom. Za humanistu – duhovnost je samo prevazilaženje (transcendiranje), samonadrastajuće iskustvo sa drugom osobom.“

samostalno i kritično donose odluke o svom životu. Pri tome treba izbegavati zastrašivanje iznošenjem istinitih informacija o drogama. Edukacija, prirodno, mora da počne od „edukacije edukatora.“

Ako nam je poznato kako droga omogućava da se na jedan negativan i svakako štetan način čovek upoznaje sa tajanstvenim slikovitim svetom podsvesnog i nesvesnog života, ako on preko droge dolazi povremeno i kratko-trajno do ostvarenja nekog unutarnjeg mira i blaženstva, zašto mi ne bismo ovu potrebu, koja je opšteliudska, zamenili sa nekom drugom, poznatom i isprobanoj metodom oživljavanja bogatog unutarnjeg života čoveka. Zašto ta, vekovima isprobana metoda bogaćenja duševno-duhovnog života svakog čoveka (kada je reč o pravoslavnem narodu), ne bi bila pravoslavna srpska crkva sa njenom bogatom tradicijom liturgije, crkvenog pevanja, učestvovanja u radu omladinskih crkvenih organizacija itd. Ispitajmo zato ulogu Crkve u lečenju i prevenciji bolesti zavisnosti.

1. Porast interesovanja za religiozna pitanja uopšte, posebno za mesto i ulogu pravoslavne crkve u životu i radu srpskog naroda i srpske omladine poslednjih godina, pruža neke mogućnosti pravoslavnoj crkvi za rad. Osim nedeljnih propovedi sveštenika u crkvama koje su u Beogradu i u većim gradovima u Srbiji relativno dobro posećene, preporučuje se stalna višegodišnja javna tribina sa predavanjima koja bi se održavala dva puta nedeljno, u organizaciji patrijaršije i Pravoslavnog teološkog fakulteta u Beogradu. Na ovim tribinama treba sistematski govoriti o uzrocima, lečenju i prevenciji svih vrsta zavisnosti, naročito kod omladine.

2. U nekim gradovima Srbije i Crne Gore (i u katoličkim i u pravoslavnim sredinama) zabeleženi su sporadični slučajevi lične inicijative nekih obrazovanih sveštenika. Uz veliko lično zalaganje i entuzijazam, oni su postigli iznenađujuće dobre rezultate u lečenju pojedinih mladih narkomana i alkoholičara, okupljajući ih oko verske nastave, budeći u njima ljubav prema liturgiji i aktivirajući ih u kreativnom radu crkve.

3. Preventivna delatnost medicine i crkve predstavlja najznačajniju pomoć u borbi protiv alkoholizma i narkomanije. Poznato je da u odmaklim stadijumima alkoholizma (narkomanije ili zavisnosti od lekova), motivacija za lečenje slabih, jer su najosetljivije ljudske funkcije, kao što su one etičke prirode, prve na udaru bolesti. Pošto je prošlost za narkomana, kao i za alkoholičare, izgubila smisao, a budućnost je neizvesna, ostaje samo sadašnjost, u kojoj se preko alkohola (droge) traži zadovoljstvo i mir. Otuda je u psihoterapiji bolesti zavisnosti neophodno ne samo podstići motivaciju za lečenje, već sa njom otvoriti horizont budućnosti i onda kada više nije lako opravdati prošlost ni sadašnjost.

Pošto je najčešći razlog alkoholizma i narkomanije gubitak smisla življenja (noogene neuroze prema bečkom psihijatru Viktoru Franklu) i to usled dužeg trajanja egzistencijalne frustracije i egzistencijalnog vakuma, najbolji

put prema izlečenju jeste povratak (vraćanje) smisla življenja, snaženje „volje za smisлом“ naročito kod mlađih alkoholičara i narkomana. Religija je oduvek bila i ostala snažna, privlačna meta koja ispunjava život i biće svakog čoveka. Ostaje pitanje kako, na koji način približiti religiju mladim ljudima danas. Otpornim i buntovnim prema svakoj vrsti lažnog autoriteta, mladima se može prići samo stvarnim autoritetom, u prvobitnom i jedinom ispravnom smislu latinske reči *auctoritates* koja znači „onaj koji unapređuje, snaži, podstiče na razvoj.“ Ostvarivanje ovakvog autoriteta postiže se ispunjenjem sebe verom, iskreno doživljenom. Samo onaj ko je doživeo Boga može da približi drugog Bogu. Dobre uspehe u lečenju alkoholičara i narkomana imali su bivši alkoholičari i narkomani koji su preko nekog religioznog doživljaja iskusili preokret.

Psihoanalitički posmatrajući bolesti zavisnosti, naročito narkomaniju i alkoholizam, uživanje droge ili alkohola je jedan od načina i pokušaja da se stalno uskraćivani, željeni susret sa infantilno doživljenim jedinstvom sveta ponovo uspostavi (postoje i drugi načini: religiozna ekstaza, umetničko stvaranje na najvišem nivou, ali i psihoza). Otud smatram da je svaki čovek ugrožen nekom bolešću zavisnosti i to u svakom trenutku svoga života. Svi su ljudi toksikomani ili kandidati za toksikomane, jer svaki čovek teško podnosi svesnost, još teže zahteve morala. Može se učiniti u prvi mah paradoksalno, ali slično gledanje na bolesti zavisnosti ima i religija.

Rad na lečenju i prevenciji narkomanije je naša dužnost i zadatak koji nam tek predstoji. Društvo je obavezno da se brine o svom podmlatku, ne samo onom koji je zdrav i napredan, već i o onom koji je oboleo. Angažovanje društva nosi u sebi i potrebu ispravljanja sopstvenih grešaka i iskajavanja sopstvenih grehova. Uspeh u ovakvom radu, sa pojedincima i grupama narkomana, o čijem broju još uvek nemamo tačnu predstavu, a o čijem daljem mogućem širenju moramo da vodimo računa, vratice poverenje pojedinaca u društvo i društva u pojedinca.

Upravo zato što je sklonost uživanju narkotičnih supstanci, prema tvrđenju savremenih antropologa, opštelijudsko svojstvo, samo naša neprestana budnost, neprekidna spremnost naše odluke i našeg izbora, našeg svesnog izbora JEDNE mogućnosti življenja među mnogim, i to hrišćanske (pravoslavne) mogućnosti, našeg svesnog žrtvovanja i odricanja od privlačnog haosa bezgraničnosti, može da obuzda u nama razaračke impulse demonskog dela naše prirode, koja nas preko lažne ekstaze narkomanske opijenosti vuče u ništavilo i smrt. Jer, padanje u mreže narkomanije znači prevladavanje smrti nad životom, znači življenje za danas (i juče i sutra iščezavaju), znači prepustanje sebe anonimnosti haosa, izlaženje iz istorijskog toka zbivanja u koji je čovek jednom nepovratno zakoračio, a koji je, od vremena dolaska Isusa Hrista u svet, čovekova sveta dužnost dalje da korača.

Na pitanje **KO** treba da deluje u okviru aktivnosti Opštinskog koordinacionog odbora za primarnu prevenciju bolesti zavisnosti (OKO), moj je odgovor: to treba da budu stručna lica koja imaju praktičnog iskustva i teorijska znanja iz oblasti bolesti zavisnosti (psiholozi, psihijatri, psihoterapeuti, socijalni radnici i druga stručna lica zadužena za borbu protiv bolesti zavisnosti).

Na pitanje **GDE** treba da deluju određena lica u okviru aktivnosti OKO, poželjno bi bilo da to bude jedno **određeno mesto** u gradu Beogradu koje može da primi nekoliko stotina slušalaca i na kom bi se mestu stalno održavala predavanja, konsultacije, praktični rad itd.

Na pitanje **KAKO** treba da deluju određena lica u okviru aktivnosti OKO, moj je odgovor: treba da deluju **koordinirano**, bez nepotrebnih ponavljanja, **dopunjavajući se**.

Na pitanje **KADA** treba da deluju određena lica u okviru aktivnosti OKO, moj je odgovor: **odmah i stalno**, ne prekidajući, već usavršavajući svoju aktivnost u toku idućih godina, jer će problem bolesti zavisnosti biti **uvek aktuelan**.

#### LITERATURA

- /1/ Vladimir Dimitrijević, priredio, *Zlostavljanja uma/porobljavanje i sredstva zaštite*, Svetigora, Cetinje, 1998; /2/ Jerotić V., *Hrišćanstvo i psihološki problemi čoveka*, Bogoslovski fakultet, SPC, Beograd, 1974; /3/ Jerotić V., Ličnost mladog narkomana, Institut za alkoholizam i narkomaniju, Beograd, 1974; /4/ Jung G. K., Duh i život, Odabranata dela K. G. Junga, knjiga treća, Matica srpska, Novi Sad, 1997; /5/ Milenković S., *Psihoterapija i duhovnost*, Čigota, Beograd, 2001; /6/ Nastović I., *Dubinsko – psihološki dijagnostički praktikum*, Dečje novine, Gornji Milanovac, 1985; /7/ Petrović S., *Droga i ljudsko ponašanje*, Partenon, Beograd, 2001; /8/ From E., *Čovek za sebe*, Naprijed, Zagreb, 1996; /9/ Cerić I., *Zavisnost od droga*, Psihijatrija tom II, urednik Dušan Kecmanović, Medicinska knjiga, Svjetlost, Beograd-Zagreb-Sarajevo, 1989; /10/Aleksandar Despotović i Srboljub Stojiljković priredili sa saradnicima, *Čovek i droge*, Institut za alkoholizam i narkomaniju, Beograd, 1971.

## **ULOGA MAS-MEDIJA U PREVENCICI BOLESTI ZAVISNOSTI**

I.1. Masovni mediji prenose poruke u prevenciji bolesti zavisnosti i programu zaštite do svih pripadnika **zajednice**. Naša tema nema na umu neku posebnu ciljnu grupu i to je dobra okolnost za upotrebu masovnih medija. Druga dobra okolnost je to što se svest ljudi menja od lečenja posledica ka shvatanju akcija koje mogu delovati preventivno. U tom smislu se menja životni stil mnogih pojedinaca. Danas su veoma popularni stilovi koji se mogu svesti na ideju „voditi zdrav život.“

I.2. Masovni mediji su u stanju da proslede poruke do svih članova zajednice, u kojoj su za temu bitni:

- grupe aktivista i dobrovoljaca za popularizaciju prevencije;
- stanovnici opštine;
- građani republike.

Nebrojane ciljne grupe zavise od dometa mas-medija, od kojih su neki lokalni, drugi regionalni, a postoje i oni sa nacionalnim pokrivanjem.

I.3. Da bi se masovni mediji **maksimalno** iskoristili za temu kao što je prevencija bolesti zavisnosti, potrebno je da se za nju obezbedi **pozitivan publicitet**. U zaštiti i prevenciji može da pomogne svako, i stručnjaci i obični građani, pa je pozitivan publicitet potreban svakoj akciji.

I.4. Osim masovnih medija postoje i drugi delotvorni kanali kojima se takođe može uticati na stavove pripadnika javnosti. Njih ne treba potcenjivati, mada živimo u sve više medijski „zaštićenom“ društvu.

I.5. Ostala sredstva pogodna za uticaj na javnost obuhvataju:

- brošure;
- igre, naročito video-igre u „virtuelnim zajednicama“;
- postere;
- majice, ambalažu i drugo;
- bedževe i druge oznake naročito prijemčive za omladinske potkulture;
- škole i rad u njima;
- crkve i njihovu pomoć.

II.1. Masovni mediji nisu samo dobar put da se utiče na javnu svest o prevenciji bolesti zavisnosti, već su i snažno sredstvo za ubedljivanje čitave zajednice da se uključi u akciju. **Persuazivnu (nagovaračku) moć** medija treba koristiti da bi se ostvarili sledeći ciljevi:

- da se ljudi upoznaju sa osnovnim veštinama i metodama prepoznavanja problema;
- da se pridobije podrška javnosti za program prevencije bolesti zavisnosti;
- da se, uz pristanak javnosti, lobira za donošenje političkih odluka i odgovarajućih zakona za prevenciju bolesti zavisnosti (primer: Zakon o oglašavanju reklama). Posebno je važno da se lobiraju predstavnici zakonodavne vlasti, jer na njih, u obrnutom smeru, utiču predstavnici i lobisti proizvođača roba koje izazivaju bolesti zavisnosti;
- da se primeni princip transparentnosti i javnosti rada i na sopstveni tim ili NVO, kako bi se izbegla mogućnost da se šire glasine o tome da na ovom poslu „neko zarađuje.“

II.2. U svakom društvu postoje teme i ustanove kojima se obezbeđuje besplatan, **benevolentan publicitet**. Grupe, timovi i ustanove za prevenciju bolesti zavisnosti, koje dovode do velikih šteta u društvu, mogu da računaju na ovu pogodnost, jer, nema protivnika oceni da oni rade društveno koristan i vaspitno blagorodan posao. Zato će im mediji često besplatno ustupiti vreme i prostor za slanje poruka.

II.3. Kada nije moguće dobiti benevolentan publicitet, dozvoljeno je da se koriste metode odnosa sa javnošću – PR (public relations). Osnovno pravilo ovog postupka je da svojoj temi ili akciji pribavite „**vrednost vesti**“. Vrednost vesti je uvek u nečemu negativnom, ali ne treba preterivati sa slanjem poruka koje plaše.

II.4. Prednost upotrebe metoda PR, tj. odnosa sa javnošću je da možete sami odrediti **momenat** i sredstvo kojim će vaša poruka uticati na javnost. To se postiže time što ćete:

- iskoristiti dobar povod;
- sami napraviti interesantan povod, na primer, koristiti rezultate istraživanja;
- napraviti događaj koji privlači pažnju medija, na primer javnu, uličnu kampanju;
- iskoristiti pozitivan stav koji o ovom pitanju imaju ugledne javne ličnosti i „zvezde“.

II.5. Svaku poruku namenjenu uticaju na javnost treba **prilagoditi** vrsti masovnog medija, jer oni imaju različite mehanizme prenošenja uticaja na ljude. To mora da zna svako ko je kao član tima zadužen za rad sa medijima.

II.6. Treba se prilagoditi specifičnim zahtevima i iskoristiti prednosti ako je u pitanju:

- štampa;
- radio;
- film;
- televizija;
- Internet i interaktivno komuniciranje.

II.7. Masovni mediji će najviše pomoći prevenciji bolesti zavisnosti ako **kontinuirano i istinito** obaveštavaju javnost o ovoj temi i o aktivnostima na prevenciji. Ne preporučuje se kao metod širenja straha ili pretnji, jer ovakve poruke znaju da dovedu do „bumerang efekta“. Umesto toga, bolje je ohrabri-vati sve životne stilove u kojima se odbacuje upotreba droga, alkohola, duvana itd. Mediji, pogotovo lokalni, ne mogu da urade sve sami i zato će im vaša pomoć biti dobrodošla.

II.8. Kontinuitet medijskog uticaja najbolje ćete obezbediti uspostavljanjem **kooperativnog odnosa** sa njima. U toj saradnji vi im možete ponuditi da tim, NVO, predstavnik za štampu itd. postanu trajan izvor informacija o bolestima zavisnosti i njihovom sprečavanju u životu vaše zajednice (od lokalne do nacionalne).

II.9. Svoje informacione resurse tim može realizovati na sledeće načine:

- u kontaktima sa medijima i novinarima;
- konferencijama za štampu;
- gostovanjem članova aktivista za prevenciju u RTV emisijama i programima;
- besplatnim ili plaćenim oglasima i apelima;
- sastavljanjem „pisama redakciji“ u štampi;
- pripremom i poklanjanjem promotivnog materijala novinarima;
- prihvatanjem da tim, ili predstavnik za štampu, budu stalan izvor informacija.

III.1. Deca predstavljaju jedan od **najprijemčivijih** segmenata masovne publike. Nove generacije su TV generacije. U SAD je utvrđeno da gledaju preko 28 časova TV programa nedeljno, što prevazilazi fond časova provedenih u školi. Istovremeno, zavisnost prema štetnim supstancama se, po pravilu, razvija u ovom uzrastu. Zbog toga se težiše aktivnosti u prevenciji bolesti zavisnosti stavљa na decu. Međutim, ovaj sloj publike ima specifičan obrazac upotrebe masovnih medija – malo koristi štampu, dosta radio, a najviše TV i Internet. To je rukovodstvo za odabir medija u akciji.

III.2. Medijski sadržaji, posebno TV i Videa, konzumiraju se od najranijeg detinjstva i time se upliću u stvaranje bazičnih stavova koji sedimentiraju u karakter ličnosti. Zato je njihov uticaj **odložen**, a ne kauzalan. Ne treba da

vas obeshrabruje odsustvo vidljivih i statistički dokazivih, **brzih** promena u ponašanju mladih.

III.3. Deca nemaju dovoljno životnog iskustva i shodno tome ni dovoljno izgrađene „**selektivne mehanizme**“ za kritičku valorizaciju medijske ponude. Zbog toga je jedan pravac aktivnosti sprečavanje da ponašanja koja dovode do bolesti zavisnosti budu otvoreno ili skriveno popularisana u medijskim proizvodima.

III.4. Na osnovu istraživanja se tvrdi da deca do osme godine **ne prave razliku** između reklama, plaćenih oglasa i stvarnih zbivanja. Za njih su i vesti neka vrsta video-igre. To je dobra okolnost, jer se sadržaji namenjeni prevenciji bolesti zavisnosti mogu utkati u sve forme programa.

III.5. U veoma popularne proizvode namenjene mladima spadaju rokmuzika i muzički video spotovi. Njihovi sadržaji često su kontraproduktivni, jer sugerisu:

- upotrebu droge i/ili alkohola;
- asociraju na rizično vođenje seksualnih odnosa i aludiraju na nasilje prema ženama.

IV.1. Ako se najveći deo javnosti upozna sa rizicima bolesti zavisnosti iz medija onda je obavljena veoma važna obrazovna funkcija. Bolje je da se ovo iskustvo posreduje putem medija nego da se preživljava kao neposredno porodično ili iskustvo iz okoline.

IV.2. I pored moralne dileme da li ga treba koristiti, najveći utisak na javnost izaziva **svedočenje** žrtava bolesti zavisnosti. Mada je ono bolno za žrtve, uz dobру procenu situacije, treba razmisiliti da ovakav potez učine:

- odrasli, žrtve bolesti zavisnosti;
- maloletnici, ako to dozvole psiholozi;
- u svakom slučaju, mora se ponuditi potpuna zaštita anonimnosti žrtve-svedoka;
- da se svedočenje, „life stories“, ne koristi u senzacionalističke svrhe.

**Zaključak.** Mediji su prirodni saveznici u vašoj misiji i zato im uvek gorovite **istinu**, bez preterivanja koje bi širilo „moralnu paniku“. Tada se njihova upotreba svodi na kampanju, koja je uvek kratkotrajnija od prevencije – koja treba da bude permanentna. Optimalno rešenje bi bilo da svaki tim usmeren na prevenciju bolesti zavisnosti ima **savetnika za medije**, ili barem iskusnog novinara za rad u predloženim pravcima. Pošto je ovo teže izvodljivo rešenje, prihvativate se saradnje s medijima i **učite iz sopstvenog iskustva** bilo ono dobro ili loše i uvek idite dalje. **Ne odustajte.**

## **ZAKONI I LOKALNA PRAVNA REGULATIVA U PREVENCIJI BOLESTI ZAVISNOSTI**

### **Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanjazbog upotrebe psihoaktivnih supstanci kroz pravnu regulativu**

Zloupotrebe alkohola, opijata, kanabinoida, sedativa, kokaina, halucinogena, duvana i isparljivih rastvarača su dio društvene patologije i imaju zajedničke karakteristike u nastajanju, razvijanju, posledicama – medicinskim, psihološkim i socijalnim obilježjima i njihovom uticaju na pojedinca, društvo i državu u celini.

Prikazati pravnu regulativu – međunarodne i državne opšte akte, zakone, podzakonske akte i normativne akte lokalne samouprave sprečavanja i suzbijanja štetnosti psihoaktivnih supstanci, je veoma težak i kompleksan posao. Problematika zahtijeva multidisciplinarni pristup, posebno istraživanja – što je teško izvodljivo u našim uslovima.<sup>9</sup>

Pojedini pojmovi, termini iz ove problematike, nijesu jasno i precizno određeni – pravna regulativa koja uređuje ovu materiju nije u dovoljnoj mjeri usklađena sa međunarodnim aktima. Neizgrađenost pojmove, terminologije, nerazvijenosti pravnog sistema u ovoj oblasti u Državnoj zajednici Srbija i Crna Gora – onemogućava i usporava čvrst zakonodavni okvir uređenja prevencije bolesti zavisnosti koji bi bio u skladu sa potrebama naše državne zajednice.

Pravnom regulativom su u celini ili djelimično uređena pitanja prevencije bolesti zavisnosti kroz: međunarodna akta, ustave republika, građansko-pravnu, krivično-pravnu, upravno-pravnu i saobraćajno-pravnu regulativu, zdravstveno-socijalne mjere i djelatnost državnih organa, privrednih društava, ustanova i nevladinih organizacija.

U USTAVIMA republika – uređena je zaštita i unapređenje čovjekove okoline, životne sredine, zaštite zdravlja.

**GRAĐANSKO-PRAVNIM MJERAMA** – uređen je odnos roditelja i djece u pogledu stvaranja uslova za zdrav psihofizički razvoj djeteta. Odgovornost za maloletnu djecu je jasno naznačena:<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Ova materija u bivšoj Jugoslaviji je bila uređena sa više od 50 zakona i podzakonskih akata.

<sup>10</sup> U bivšoj našoj državi ostalo je na snazi republičko porodično zakonodavstvo nastalo prije stvaranja nove države. Pravni kontinuitet republičkih zakona produžen je ustavnim

- Roditelji imaju pravo i dužnost da štite svoju maloletnu djecu i da se brinu o njihovom životu i zdravlju;
- Roditelj s kojim dijete ne živi u porodičnoj zajednici ima pravo i dužnost održavanja ličnih odnosa sa svojim djetetom;
- Ako to zahtijevaju njihovi interesi, djeca se mogu povjeriti na zaštitu i vaspitanje drugom licu ili odgovarajućoj ustanovi; i
- Sistemom pravnih normi u Zakonu o vanparničnom postupku uređeno je lišavanje poslovne sposobnosti i zadržavanje u zdravstvenoj organizaciji koja obavlja djelatnost u oblasti neuropsihijatrije.

**KRIVIČNO-PRAVNIM NORMAMA** – određuju se krivična djela, krivična odgovornost i sankcije prema licima koja su pod uticajem psihoaktivne supstance izvršila krivično djelo.<sup>11</sup>

**UPRAVNO-PRAVNOM REGULATIVOM** – prekršaji i prekršajna odgovornost i zaštitne mjere, novčane kazne i kazna zatvora i zaštitne mjere – zabrana upravljanja motornim vozilom i obavezno liječenje alkoholičara i narkomana.

**SAOBRAĆAJNO-PRAVNIM MJERAMA – NORMAMA** – uređena je vožnja pod uticajem prihvatljivih supstanci koja se odnosi na bezbjednost putnog, željezničkog, vazduhoplovног, pomorskog, rečnog i morskog saobraćaja.<sup>12</sup>

---

zakonima za sprovođenje Ustava Republike Srbije i Ustava Republike Crne Gore. U državnoj zajednici Srbija i Crna Gora pozitivno porodično zakonodavstvo, kojim se uređuju naprijed navedena pitanja, čine raniji zakoni republika članica: - u Srbiji, Zakon o braku i porodičnim odnosima (“Službeni glasnik SRS”, br. 22/80) - u Crnoj Gori, Porodični zakon (“Službeni list SRCG”, br. 7/89).

<sup>11</sup> Krivičnim zakonom SRJ („Službeni list SRJ“, br. 35/92, 37/93, 24/94. i 61/2001) i krivičnim zakonima republika predviđena je krivična odgovornost za krivična djela predviđena saveznim zakonom – neovlašćena proizvodnja i stavljanje u promet opojnih droga – član 245. i omogućavanje uživanja opojnih droga – član 246, krivična odgovornost i mjere bezbjednosti – članovi 12, 60-66, 68, svrha, vrste, izricanje mera bezbjednosti obavezno psihijatrijsko liječenje i čuvanje u zdravstvenoj ustanovi, obavezno psihijatrijsko liječenje na slobodi, obavezno liječenje alkoholičara i narkomana, zabrana vršenja poziva, djelatnosti ili dužnosti, zabrana upravljanja motornim vozilom. Republičkim krivičnim zakonima predviđene su posebne inkriminacije: zlostavljanje i napuštanje maloletnika, neplaćanje alimentacije, kršenje porodičnih obaveza. U Republici Srbiji – služenje alkoholnih pića maloletnicima. U Zakonu o krivičnom postupku utvrđen je krivični postupak za krivična djela koja su izvršena pod uticajem psihoaktivne supstance (alkohola i droga). Prema učiniocu krivičnog djela koje je izvršeno u stanju zavisnosti o alkoholu ili drogi mogu se primijeniti kazne: zatvor, novčana kazna, maloletnički zatvor, uslovna osuda, sudska opomena.

<sup>12</sup> U krivičnim zakonima republika predviđeno je posebno krivično djelo – u glavama: krivična djela protiv javnog saobraćaja – ugrožavanje javnog saobraćaja. Zakonom o osnovama bezbjednosti saobraćaja na putevima („Službeni list SFR“ br. 14/65, 20/69, 15/70, 53/85, 50/88, 80/89, 29/90 i 11/91) uređeni su osnovni uslovi za sticanje prava na upravljanje motornim vozilom. Zakonom o proizvodnji i prometu droga („Službeni list SRJ“ br. 46/96) uređena je proizvodnja i promet opojnih droga i nadzor nad proizvodnjom i prometom. Zakonom o stavljanju

ZDRAVSTVENO SOCIJALNO PRAVNIM MJERAMA – uređuje se zdravstvena i socijalna zaštita zavisnika, njihov pregled i liječenje, preventivne mjere, reklamiranje psihoaktivnih supstanci, evidencije i sl.

## Pravni problemi pušenja duvana

U vezi sa rješavanjem pravnih problema pušenja duvana, u javnom mnjenju postoji spor između pušača i nepušača – pojavljuju se dva prava u sukobu koja zahtijevaju odgovor na pitanje, čije je pravo preče: da li pušača da puši ili pravo nepušača da udiše svež vazduh? Na prvo pitanje, u većini zakonodavstava se daje odgovor, citiranjem odredbi najviših pravnih akata u određenoj zemlji, a i stavova najvećih eksperata u teoriji građanskog prava, na koja se mogu pozvati nepušači – da treba prihvati shvatnja nepušača. Razlozi za ovakav odgovor se mogu naći u: teoriji naknade štete, teoriji zloupotrebe prava, teoriji o narušavanju i povredi prava, teoriji o naknadi štete zbog izazivanja duševnog rastrojstva, teoriji objektivne odgovornosti i teoriji o odgovornosti proizvođača.

U državnoj zajednici Srbija i Crna Gora ova materija je regulisana sledećim propisima: odredbama članova 17, 18 i 39 Zakona o zdravstvenoj ispravnosti životnih namirnica i predmeta opšte upotrebe – kojima je zabranjeno reklamiranje duvana i duvanskih prerađevina u štampi, na radiju, televiziji i dr. („Službeni list SFRJ“, br. 53/91).<sup>13</sup>

U Republici Srbiji donijet je Zakon o zabrani pušenja u zatvorenim prostorijama („Službeni glasnik RS“, br. 16/95), Pravilnik o obliku i sadržini zna-

---

ljekova u promet – propisuju se način i uslovi pod kojim se vrši stavljanje u promet ljekova za upotrebu u medicini i veterini. Zakonom o evidencijama u oblasti zdravstva ustanovljene su evidencije u oblasti zdravstva. Zakonima republika o javnom redu i miru predviđaju se kaznene mjere za konzumiranje droge na javnom mjestu i zaštitne mjere. Podzakonskim propisima se sprovode zakoni u skladu sa pojedinim zakonskim obavezama: naredbe o ljekovima podliježu posebnoj kontroli, način propisivanja i izdavanja ljekova, proizvodnja, promet i potrošnja droga, praćenje i način obavještavanja nadležnih organa, uslovi i postupak izdavanja dozvola za uvoz i izvoz opojnih droga.

<sup>13</sup> U Evropskoj uniji postoji neslaganje između zemalja članica, koje se svodi na dva oprečna stanovišta: od potpune zabrane reklamiranja duvanskih prerađevina (Belgija i Francuska) do zabrane koja izuzima pane, plakate na prodajnim mjestima i neke forme indirektnog reklamiranja (Njemačka, Španija). Međutim, ipak je postignut kompromis u vrlo restriktivnim propisima sa mogućnošću odlaganja zabrane na petogodišnji rok. Ova materija je bila detaljno regulisana u bivšim jugoslovenskim republikama. U Hrvatskoj je prije nekoliko godina zabranjeno direktno reklamiranje cigareta u svim sredstvima informisanja, a ista zabrana postoji i u Sloveniji i Makedoniji. U Federaciji BiH je zakonom zabranjeno reklamiranje cigareta u štampi, na radiju i televiziji, kao i na javnim panoima, a proizvođačima je zabranjeno i da sponzorišu razne priredbe i sportska takmičenja, posebno ona namijenjena mlađima i organizacijama mlađih (podaci iz pisma Crnogorskog društva za borbu protiv raka, koje je ono uputilo Sekretarijatu za zakonodavstvo RCG s molbom da se u CG normativno uredi materija zabrane pušenja na određenim mjestima i zabrane reklamiranja duvanskih prerađevina od 25.11.2001. godine).

ka zabrane pušenja („Službeni glasnik RS“, br. 30/95), Odluka o određivanju sredstava javnog informisanja, kojima je zabranjeno reklamiranje alkoholnih pića i duvanskih prerađevina („Službeni list SFRJ“, br. 24/79).<sup>14</sup>

U Republici Crnoj Gori izrađena je Skica o ograničavanju upotrebe i prometa duvanskih proizvoda.

### Lokalna pravna regulativa u prevenciji bolesti zavisnosti

Ostvarivanje reforme pravnog sistema, kao uslova za ulazak u EU državne zajednice Srbija i Crna Gora, ne može se zamisliti bez demokratizacije društva u oblasti lokalne samouprave.

Nova moderna koncepcija lokalne samouprave daje mogućnost opština da stvaraju, podstiču i pomažu učešće lokalnog stanovništva u regulisanju prevencije bolesti zavisnosti, zdravstvene i socijalne zaštite – putem različitih oblika organizovanja, udruživanja i saradnje u vezi sa uređenjem pojedinih pitanja iz oblasti prevencije bolesti zavisnosti, posebno u oblastima obrazovanja, zdravstvene i socijalne zaštite, informativne djelatnosti.

Građani imaju pravo da pokrenu inicijativu pred nadležnim organima i da zahtijevaju da se statutom urede pitanja iz oblasti pravne regulative prevencije bolesti zavisnosti: prodaje, potrošnje alkoholnih pića u ugostiteljskim objektima – licima za koje je vidljivo da su pod uticajem alkohola i licima koja nijesu navršila 18 godina života, da zabrane unošenje, prodaju, potrošnju i služenje alkoholnih pića u zdravstvenim, školskim, kulturnim i dječijim ustanovama, sredstvima javnog saobraćaja, prostorijama sportskih objekata, ustanovama za organizaciju odmora, u preduzećima, nevladinim organizacijama.

<sup>14</sup> U bivšim jugoslovenskim republikama, pušenje na javnim mjestima je bilo zabranjeno specijalnim propisima. U Hrvatskoj, u junu mjesecu 2000. godine, donijet je rigorozni zakon po kojem svi ugostiteljski objekti moraju da obezbijede najmanje 70% prostora za nepušače. Slična normativna rješenja ima slovenački Zakon o ograničenju proizvoda od duvana donijet 1996, Uredba o zabrani pušenja na određenim javnim mjestima i ustanovama Vlade Federacije BiH. Ova Uredba je zamjenjena Zakonom o ograničenoj upotrebni duvanskih prerađevina. Propisi o zabrani pušenja donijeti su i u Makedoniji – po ugledu na propise država Evropske Unije. Propisima Republike Srbije – Zakonom o zabrani pušenja u zatvorenim prostorijama iz 1995. zabranjuje se pušenje u zatvorenim prostorijama u kojima se: obavlja vaspitno obrazovna djelatnost i obezbeđuje smještaj, boravak i ishrana djece, učenika i studenata, obavlja prijem, smještaj, njega i liječenje korisnika zdravstvene zaštite i lica u stanju socijalne potrebe, obavlja proizvodnja, kontrola i promet lijekova, obavlja proizvodnja, smještaj i promet životnih namirnica, održavaju kulturne, zabavne, sportske i druge manifestacije, priredbe i takmičenja, obavlja javno snimanje i emitovanje, djelatnost društvene ishrane, održavaju sjednice i drugi organizovani skupovi. Pušenje se zabranjuje u prevoznim sredstvima u kojima se obavlja javni prevoz u drumskom saobraćaju, prevoznim sredstvima u kojima se obavlja javni prevoz u željezničkom i vazdušnom saobraćaju, u unutrašnjoj plovidbi, osim u posebno određenim odeljcima za pušenje, zatvorenoj prostoriji u kojoj radi zaposleni nepušač, odnosno dva ili više zaposlenih od kojih je samo jedan nepušač, liftovima. Preduzeća, pravna i fizička lica, državni organi i drugi organi, dužni su da u prevoznim sredstvima istaknu na vidnom mjestu znak zabrane pušenja.

Oblici učešća građana u izjašnjavanju i odlučivanju u prevenciji i pravnoj regulativi bolesti zavisnosti u opštini, mjesnoj zajednici su: inicijativa, građanska inicijativa, zbor građana, referendum (mjesni i opštinski) i drugi oblici izjašnjavanja utvrđeni statutom.<sup>15</sup>

U cilju prevencije bolesti zavisnosti, sprečavanja i suzbijanja drugih devijantnih ponašanja, građani mogu učestvovati u ostvarivanju lokalne samouprave i putem peticija, predloga, žalbi i na drugi način predviđen statutom opštine. Opština propisuje prekršaje za povrede svojih propisa i vodi prekršajni postupak, osniva organe lokalne uprave, javne službe iz oblasti primarne zdravstvene i socijalne zaštite koji treba da se bave pitanjima prevencije bolesti zavisnosti i obezbeđuje sredstva za obavljanje navedenih aktivnosti.

---

<sup>15</sup> Neke mogućnosti u suzbijanju i pravnoj regulativi prevencije bolesti zavisnosti postoje su i ranije, a bile su regulisane propisima o radnim odnosima i opštim aktima preduzeća i ustanova. Međutim, zbog nejasnosti i nepreciznosti pojedinih formulacija, neobezbjeđenja mehanizama zaštite – sankcije nijesu bile efikasne.