



## Psihosocijalni faktori rizika i zloupotreba psihoaktivnih supstancija kod adolescenata

### Psychosocial risk factors and substance abuse in adolescents

Dušan Backović\*, Miloš Maksimović\*, Dejan Stevanović†

Medicinski fakultet, \*Institut za higijenu i medicinsku ekologiju, Beograd;

†Kliničko-bolnički centar „dr Dragiša Mišović“, Beograd

#### Ključne reči:

psihotropni lekovi; narkotici; duvan; alkoholna pića; adolescencija; faktori rizika; psihosocijalni faktori.

#### Key words:

psychotropic drugs; narcotics; tobacco; alcoholic beverages; adolescent; risk factors; psychology.

#### Uvod

Zloupotreba psihoaktivnih supstancija, kao i bolesti zavisnosti koje nastaju progresijom ovog poremećaja, čine značajne probleme za celu društvenu zajednicu zbog oštećenja fizičkog i mentalnog zdravlja obolelih, kao i socio-ekonomskih problema za njihovo neposredno okruženje. Skoriji podaci, koji pokazuju raširenost problema zloupotrebe psihoaktivnih supstancija kod mladih u Srbiji, govore da bar svaki trideseti srednjoškolar iz gradske sredine redovno uzima neku psihoaktivnu supstanciju<sup>1</sup>. Među svim dijagnostikovanim novoobolelim od sindroma zavisnosti od psihoaktivnih supstancija kod nas jednu petinu čini populacija učenika i studenata<sup>2</sup>.

Pušenje cigareta je najrašireniji oblik ponašanja rizičnog po zdravlje, koje je često udruženo sa zloupotrebom alkohola i drugih psihoaktivnih supstancija kod istog adolescenta i u njegovom društvu<sup>3-5</sup>. Faktore rizika zloupotrebe psihoaktivnih supstancija, kao pojave koja je multifaktorski uslovljena, predstavljaju individualni faktori razvrstani kao: kognitivni (uverenja i stavovi), faktori rizičnog ponašanja i faktori ličnosti (emocionalni i voljni aspekti). Osim individualnih faktora koji determinišu pojavu zloupotebe supstancija kod mladih, koji su u središtu naučnog interesa već duže vreme, sve aktuelnije je izučavanje uticaja psihosocijalnih faktora prisutnih u porodici, vršnjačkoj grupi i školskoj sredini<sup>6,7</sup>.

#### Dijagnostički kriterijumi zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstancija

Problemi psihofizičkog zdravlja i socijalnog funkcionisanja u vezi sa korišćenjem psihoaktivnih supstancija prema važećim preporukama klasifikuju se kroz stanja akutne into-

ksikacije, sindrom zloupotrebe i zavisnosti, sindrom prekida (apstinencije) i psihofizičke posledice nastale dužom upotrebom psihoaktivnih supstancija. U međunarodnoj klasifikaciji bolesti MKB-10 akutna intoksikacija opisana je kao stanje nastalo unošenjem psihoaktivne supstancije koje se manifestuje smetnjama svesti i poremećajima: opažanja, kognicije, osećanja i ponašanja i negativnom reakcijom ili posledicama u socijalnoj sredini, koja traje u zavisnosti od farmakodinamskih i farmakokinetičkih osobina supstancije. Štetna upotreba psihoaktivne supstancije je poremećaj definisan kao obrazac ponašanja koji vodi ka oštećenju fizičkog ili mentalnog zdravlja. Ovakav obrazac ponašanja najčešće je i socijalno neprihvatljiv, te se njegove posledice javljaju i na društvenom planu<sup>8</sup>. U Dijagnostičkom priručniku Asocijacije psihijatarata iz Sjedinjenih Američkih država DSM IV, opisana je zloupotreba supstancija kao maladaptivan obrazac korišćenja supstancije koji izaziva štetne posledice po zdravlja pojedinca, njegovo profesionalno i socijalno funkcionisanje i interpersonalne odnose (neuspeh u ispunjavanju obaveza na radnom mestu, školi ili u kući sa karakterističnim ponavljanjem korišćenja supstancija u situacijama u kojima to može biti opasno po zdravlje i život)<sup>9</sup>.

Za postavljanje dijagnoze sindroma zavisnosti prema MKB 10 klasifikaciji, neophodno je da budu zadovoljena bar tri od opisanih šest kriterijuma: 1) snažna žudnja ili kompulzija da se uzme supstancija; 2) gubitak kontrole ponašanja u odnosu na supstanciju (uglavnom bezuspešni pokušaji da se smanji ili kontroliše njeno korišćenje); 3) javljanje apstinencijalnog sindroma ako se prekine; 4) tolerancija na efekte supstancije (potreba za značajnim povećanjem doze); 5) zapostavljanje drugih životno važnih aktivnosti i 6) kontinuirano korišćenje supstancije uprkos štetnim posledicama. Dija-

gnostički kriterijumi američke DSM IV klasifikacije suštinski se ne razlikuju od navedenih<sup>8,9</sup>.

### **Epidemiološki podaci o zloupotrebi psihoaktivnih supstancija kod adolescenata**

Zloupotrebe psihoaktivnih supstancija i bolesti zavisnosti u našoj sredini predstavljaju izražen socijalno-zdravstveni problem. Raširenost ovog problema procenjuje se, uglavnom, na nedovoljno sigurnim podacima zdravstvenih službi i kartoteka Republičkog MUP-a. Za proteklih deset godina, epidemiološki podaci za celu Srbiju kretali su se između 30 000 i 100 000, od čega je preko 20 000 narkomana pripadalo, po mestu boravka, beogradskim opštinama. Deskriptivna epidemiološka analiza bolesnika sa dijagnostikovanim sindromom zavisnosti u Srbiji u periodu 1985–1994. godine, beleži porast standardizovane stope incidencije ovog poremećaja preko pet puta (na kraju posmatranog perioda u odnosu na početak). U istom periodu standardizovani morbiditet bolesti zavisnosti u hospitalnim uslovima porastao je više od tri puta<sup>2</sup>.

Anketa sprovedena 1995. godine kod nas na 320 obolelih od sindroma zavisnosti, kojima je dijagnoza postavljena u proteklih 12 meseci, dala je podatke o prosečnoj starosti od 21,3 godine (13–48). Od toga, gotovo jedna polovina pripadala je grupi od 20–24 godine, a 21,2% od ukupnog broja kategoriji učenika i studenata. Dve trećine ispitivanih pre obraćanja lekaru uzimali su psihoaktivne supstancije duže od četiri godine, i to jedna polovina opijate, a jedna trećina kombinaciju više psihoaktivnih supstancija<sup>2</sup>.

Mnoge studije sprovedene na populaciji adolescenata pokazuju da mlađi ispitanici uglavnom daju prihvatljive procene o sopstvenom ponašanju u vezi sa zloupotrebom alkohola i psihoaktivnih supstancija, ukoliko je istraživanje sprovedeno u formi ankete samoprocene<sup>10,11</sup>. Istraživanje sprovedeno u periodu 1996–1998. godine u šesnaest osnovnih i srednjih škola u Kragujevcu, u kome je anonimnim upitnikom ispitan svaki peti učenik starosti 14–16 godina, dalo je podatke o zastupljenosti pušenja cigareta i konzumiranja alkohola kod 41% ispitivanih, kao i zloupotrebe: kanabisa 6,4%, ekstazija 1,2%, opioida i inhalansa po 0,9% i halucinogena 0,7% ispitanika. Prema ovim podacima, svaki 15. srednjoškolac i svaki trideseti osnovac višeg razreda redovno su uzimali psihoaktivne supstancije (prosečno u svakom razredu barem jedan). Kao početak konzumiranja navodi se 14–15 godina i to 2/3 pod uticajem grupe vršnjaka. Informacije o problemima psihoaktivnih supstancija kod ispitivane populacije stižu uglavnom preko televizije (30–40%), duplo ređe od roditelja, a veoma retko od nastavnika, profesora i vršnjaka<sup>1</sup>.

Pušenje cigareta je najzastupljeniji oblik rizičnog ponašanja po zdravlje među adolescentima. Ono je često udruženo sa ostalim oblicima zloupotrebe psihoaktivnih supstancija i bolesti zavisnosti, tako da se procenjuje da mlađi koji puše, tri puta češće konzumiraju alkohol i osam puta češće marihuanu u odnosu na vršnjake nepušače<sup>3</sup>. Uzorak od 2 930 srednjoškolaca iz 39 škola Kejptauna, Južnoafrička republika, koji su popunili upitnik samoprocene koji se odnosi na ponašanje tokom predhodnog meseca, daje podatke o prevalenciji korišćenja duvana kod 27%, alkohola 31% i marihua-

ne kod 7% ispitanika<sup>12</sup>. Novija velika multicentarska studija pod nazivom Praćenje alkohola i drugih psihoaktivnih supstancija u školama Evrope (ESPAD), sprovedena u periodu 1995–1999. godine na preko 90 000 adolescenata otkrila je da je više od polovine školske dece probalo cigarete. Postoje značajne razlike u ispoljavanju praćenih oblika rizičnog ponašanja u odnosu na sociokulturalne uticaje, gde mlađi severnoevropskih zemalja češće ispoljavaju ponašanje u vidu ozbiljnog opijanja i intoksikacije drugim psihoaktivnim supstancijama u odnosu na vršnjake iz istočnoevropskih zemalja<sup>4,13</sup>. U našem istraživanju sprovedenom nad celokupnom populacijom adolescenata smeštenih u domovima za decu bez roditeljskog staranja i hraniteljskim porodicama, kao i na kontrolnoj grupi opšte populacije adolescenata na teritoriji Beograda, nalazimo da je pušenje cigareta kao oblik rizičnog ponašanja voma često (79,3% prema 51,4% kod kontrolne grupe vršnjaka koji žive u celovitim porodicama)<sup>14</sup>.

Konzumiranje alkohola smatra se karakterističnim obeležjem socijalnog ponašanja u periodu simbolične transformacije iz adolescencije u odraslo doba. Probanje i eksperimentisanje alkoholnim pićem je očekivani aspekt sazrevanja, integralni deo procesa socijalizacije koji se obično odigrava u miljeu između porodice i šireg društva. Studija preseka na mladima uzrasta 15–16 godina iz 30 evropskih zemalja (ESPAD) pokazuje da je apsolutna većina ispitivanih konzumirala alkohol barem jednom u životu, a dve trećine bar jednom u proteklih 30 dana<sup>13</sup>. Najveći procenat učenika koji su imali iskustvo pijanstva na uzrastu 13 godina ili još mlađem, zabeleženi su u: Danskoj 42%, Velikoj Britaniji 38%, Grenlandu 35%, Finskoj i Rusiji po 33%<sup>4</sup>. U longitudinalnoj studiji Pedersen i Skronal<sup>5</sup> našli su da je uzrast otpočinjanja konzumiranja alkohola najbolji prediktor kasnijeg ponašanja i eventualnih problema u vezi sa alkoholom. U matematičkom modelu sa strukturnom jednačinom, autori su procenili da 10% kasniji momenat započinjanja korišćenja alkohola vodi ka 35% manjem konzumiranju alkohola u odnosu na očekivane prosečne vrednost u kasnijem dobu. U uzorku od preko 7 000 građana SAD starijih od 18 godina, nađeno je da se relativni rizik stvaranja zavisnosti smanjuje za 14% i pojava kasnije zloupotrebe alkohola za 8% sa svakom godinom kasnijeg probanja alkohola<sup>15</sup>.

Prema uzorku od 2 017 mladih srednjoškolaca iz Ohaja, SAD, korišćenje alkohola među najbližim prijateljima i njihove norme ponašanja u ovoj oblasti su mnogo važnije od uticaja roditelja<sup>16</sup>. Ovo potvrđuje i naše istraživanje, po kome deca bez roditeljskog staranja, pod uticajem društva konzumiraju alkohol mnogo učestalije (čak 15,7% 1–4 puta nedeljno u poređenju sa 9,9% ispitivane dece sa biološkim roditeljima,  $p < 0,05$ )<sup>14</sup>.

Prospektivna studija koja je upoređivala mlade uzrasta 15–16 godina iz Britanije i Francuske (u ukupnom broju od 2 641 iz 226 škola), naišla je kod 16% ispitivanih iz Francuske i 40,6% iz Britanije pojavu ozbiljnog eksperimentisanja sa kanabisom, tako da je na kraju šestogodišnjeg ispitivanja broj onih koji su probali marihuanu barem jednom nadmašivao jednu trećinu u obe ispitivane zemlje<sup>17</sup>. Prospektivna kohortna studija sa 3 021 mladim iz Minhena, Nemačka, i 1 725 američkih adolescenata od 14–24 godina naišla je da je prisustvo zlou-

potrebe psihoaktivnih supstancija kod bliskih drugova direktno povezano sa incidencijom probanja marihuane<sup>18</sup>. Problemi u porodici koji podrazumevaju prisustvo samo jednog roditelja ili nizak socioekonomski status, takođe su značajni prediktori otpočinjanja zloupotrebe kanabisa kod mladih<sup>19</sup>. U našem istraživanju, deca bez roditeljskog staranja češće zloupotrebljavaju marihuanu (32,8% u poređenju sa 8,6% dece iz prirodnih porodica), takođe je i njihov prvi kontakt sa marihuanom raniji (sa 11–14 godina kod 68,4%)<sup>14</sup>.

### Faktori rizika od zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstancija

Pod faktorom rizika od zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstancija podrazumevamo svako uverenje ili ponašanje koje povećava verovatnoću za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti kod nekog pojedinaca ili društvene grupe. Zavisnost od supstancija je multifaktorski uslovljena pojava sa mnogo činilaca kod prisutnih, manje ili više u određenom prostorno-vremenskom kontinuumu, tako da je ispravnije govoriti o manjoj ili većoj verovatnoći uticaja faktora, a ne o njihovoj uzročno-posledičnoj povezanosti sa pojavom zloupotrebe i zavisnosti<sup>6</sup>. Individualni faktori rizika u ovom smislu su oni u čijem je središtu pojedinac sa njegovim genetskim potencijalima, ličnošću (kognitivni, emocionalni i voljni aspekti), kao i aspekti ponašanja koji su u manjoj ili većoj meri lični. Problem zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstancija dugo je posmatran kod nas sa individualnog aspekta problema ličnosti, dok je socijalni kontekst bio zanemaran<sup>7</sup>. Psihosocijalne determinante zloupotrebe psihoaktivnih supstancija obuhvataju individualne i grupne faktore rizika iz okruženja. Porodica i bliža socijalna sredina sa svojim osobinama ponašanja i socijalnih normi, čine primarne psihosocijalne determinante. Najbliže socijalno okruženje čini u ranom periodu najveći uticaj, tako da problemi u odnosima roditelji–dete, a naročito postojanje zloupotrebe supstancija kod roditelja predstavljaju primarne faktore socijalizacije u inicijaciji pojave pušenja i konzumiranja alkohola kod mladih. U pojedinim studijama nađeno je da nedostatak pažnje, topline i odgovornosti roditelja, kao i nepostavljanje jasnih granica prihvatljivog ponašanja, dovodi do veće verovatnoće za pojavu pušenja kod dece<sup>20,21</sup>. Na osnovu 26 godina praćenja adolescenata iz Čikaga, SAD, autori su zaključili da oni sa slabije razvijenim odnosima u porodici iskazuju šest puta veći rizik od otpočinjanja pušenja i da oni koji već puše imaju slabiju kontrolu roditelja u oblasti pravila ponašanja<sup>22</sup>. Nasuprot tome, pozitivni prisni odnosi roditelji–adolescent povezani su sa smanjenjem rizika od pojave pušenja cigareta i konzumiranja alkohola<sup>23</sup>.

U analizama faktora životne sredine, pojava pušenja i konzumiranja alkohola iskazuje povezanost sa socioekonomskim stanjem u neposrednom okruženju školske dece<sup>15,24</sup>. Život u okruženju nižeg socijalno-ekonomskog nivoa udružen je sa većom verovatnoćom pojave pušenja cigareta kod mladih<sup>25</sup>. Velika prospektivna studija sprovedena u Kaliforniji i Oregonu, SAD, na socijalno-ekonomski heterogenoj grupi od 3 056 adolescenata u periodu 1985–1995. godine, istakla je da su loš uspeh u školi i mladi uzrast u odnosu na ostale u razredu faktori koji nose povećan rizik za otpočinjanje pušenja, dok

celovitost porodice predstavlja protektivni faktor<sup>27</sup>. Pojava promene mesta boravka u toku detinjstva i rane adolescencije povezana je sa ranijim otpočinjanjem konzumiranja psihoaktivnih supstancija. Na uzorku od 3 700 mladih odraslih osoba iz Ontarije, Kanada, promena mesta boravka u ranom detinjstvu i adolescenciji iskazala je izrazitu povezanost sa uzrastom na kome se prvi put konzumiraju psihoaktivne supstancije, posebno kod ispitanika muškog pola<sup>28,29</sup>. U našem objavljenom radu, interno raseljeni adolescenti sa Kosova na školovanju u Beogradu, pored naglašenih teškoća u prilagodavanju, konzumiraju alkohol i psihoaktivne supstancije značajno ređe u odnosu na svoje vršnjake iz Beograda (56,3% naspram 75,7% i 6,3% naspram 20,4%)<sup>30</sup>.

Adolescenti iz narušenih porodica takođe imaju tendenciju da ranije otpočinju sa konzumiranjem alkoholnog pića i da kasnije piju više, kao i da češće zloupotrebljavaju ostale psihoaktivne supstancije u odnosu na vršnjake iz nenarušenih porodica<sup>19,31–33</sup>. Adolescenti čiji su roditelji razvedeni češće konzumiraju alkohol i druge psihoaktivne supstancije<sup>34</sup>. Na osnovu uzorka od oko 25 000 učenika iz 48 američkih država praćenih tokom 1991–1994. godine, ispitanici bez roditelja iskazali su značajno povećan rizik u odnosu na one sa oba roditelja izražen u vidu *odds ratio* (OR): za otpočinjanje pušenja cigareta OR = 2,48 i konzumiranje alkohola OR = 1,39<sup>35</sup>. Navedeni faktori mogu imati manji značaj u posebnim grupama adolescenata u kojima socijalni faktori kao zloupotreba supstancija u neposrednom socijalnom okruženju (novoj, promenjenoj sredini) preuzimaju vodeću ulogu<sup>24</sup>. Zaključci ispitivanja opšte populacije adolescenata u Grčkoj govore da je zastupljenost zloupotrebe supstancija kod vršnjaka signifikantno povezana sa pojavom istih oblika rizičnog ponašanja ispitanika<sup>36</sup>. Deca bez roditeljskog staranja karakteristična su grupa poznata po češćem ispoljavanju poremećaja prilagodavanja i ponašanja, a naročito po širokoj zastupljenosti rizičnog ponašanja, konzumiranja duvana, alkohola i psihoaktivnih supstancija<sup>37,38</sup>. Život adolescenta bez staranja prirodnih roditelja obično je povezan sa predhodnom teškom životnom situacijom, zdravstvenim problemima i aktuelnim okruženjem vršnjaka koji često iskazuju antisocijalna ponašanja<sup>39</sup>. Među objašnjenjima ovakvog stanja, javlja se uticaj prolongiranog psihosocijalnog stresa, tendencija promene mesta boravka i ekonomske teškoće<sup>40</sup>.

### Teorijski koncepti u izučavanju problema zloupotrebe psihoaktivnih supstancija

Problematično ili rizično ponašanje je, svako ono ponašanje koje izlazi iz prihvatljivih okvira date društvene sredine i, ujedno, nosi značajne zdravstvene rizike. To mogu biti: delikventno ponašanje, zloupotreba alkohola i drugih psihoaktivnih supstancija i preuranjene seksualne aktivnosti. Problematično ponašanje je funkcionalno (svrsishodno) i instrumentalno (usmereno ka određenom cilju) i ima značajnu ulogu u psihosocijalnom razvoju adolescenata. Teorija problematičnog ponašanja iznosi da zdravstveno rizično ponašanje i problematično ponašanje druge vrste čine jednu zajedničku grupu koja ima istu socijalnu ili psihosocijalnu razvojnu ulogu kod adolescenata kojima zdravi oblici ponašanja nisu dostupni u procesu razvoja<sup>41</sup>. Autori Jessor i Jessor<sup>42</sup> smatraju da se zloupotreba

psihoaktivnih supstancija može predvideti na osnovu opšte sklonosti problematičnom ponašanju. Pojava problematičnog ponašanja predstavlja ishodište tri povezana sistema: ponašanja, ličnosti i percepcije socijalnog okruženja. Pojava problematičnog ponašanja je u tesnoj vezi i sa prepoznavanjem osobina socijalnog okruženja, gde varijable bliskih struktura predstavljaju: odobravanje problematičnog ponašanja od roditelja i vršnjaka i dominantni modeli problematičnog ponašanja prisutni kod vršnjaka, a grupu varijabli daljih struktura podrazumevaju obeležja: percepcija podrške od roditelja i vršnjaka i kontrola roditelja i prijatelja, kao i kompatibilnosti očekivanja koja imaju roditelji i vršnjaci<sup>43</sup>. Smatra se da zloupotreba psihoaktivnih supstancija i druge zdravstveno rizične aktivnosti, zbog funkcije u ličnom i socijalnom životu adolescenta, opstaju kao problem ukoliko nemaju alternative koje pružaju podjednaku satisfakciju. Otklanjanje ovakvih oblika ponašanja zahteva angažovanje u alternativnim konvencionalnim aktivnostima (edukativnim, akademskim ili sportskim) kojima se korisni cilj postiže na bezbednji način.

Zloupotreba psihoaktivnih supstancija iz perspektive teorije socijalnog učenja takođe se definiše kao funkcionalno ponašanje, nastalo kao rezultat interakcije ličnih faktora i faktora socijalne sredine. Teorija socijalnog učenja naglašava ulogu društva, roditelja i rođaka koji mogu graditi ili podržavati model ponašanja i u ovoj oblasti<sup>44</sup>. Ova teorija proširuje teoriju problematičnog ponašanja uvođenjem pretpostavke da na ponašanje neposredno utiču okolnosti i društvo, socijalne veštine kojima mlada osoba raspolaže, kao i nagrađivanje ili sankcionisanje postojećeg problematičnog ponašanja<sup>44, 45</sup>. U pojedinim novijim studijama potvrđuje se da su konzumiranje alkohola i konzumiranje marihuane i drugih psihoaktivnih supstancija kod mladih međusobno povezana<sup>46, 47</sup>. Zloupotreba supstancija može da predstavlja neuspešan pokušaj samolečenja ili lakšeg prevladavanja psihičkih trauma<sup>48</sup>. Konzumiranje alkohola među mladim ljudima predstavlja „kapiju“, gde redovno konzumiranje stvara zavisnosti od alkohola ili korišćenja drugih psihoaktivnih supstancija u kasnijem dobu<sup>49</sup>. Jasno je prepoznata povezanost pojave zloupotrebe ili zavisnosti od alkohola sa antisocijalnim ponašanjem kod mladih<sup>50, 51</sup>. U smislu izučavanja faktora koji razjašnjavaju uticaj na nastanak zloupotrebe supstancija kod mladih, bilo bi potrebno, u budućim istraživanjima, povesti računa i o razlici dejstva genetskih faktora<sup>52</sup>.

Prema Kendelovoj teoriji, zloupotreba psihoaktivnih supstancija prolazi kroz više uzastopnih faza: eksperimentisanje sa pivom i vinom, sa cigaretama i žestokim pićem, da bi sledeća faza bila probanje marihuane i, tek na kraju, zloupotreba ostalih nelegalnih psihoaktivnih supstancija<sup>49, 53</sup>. Zloupotreba manjeg obima u ranim fazama ne mora obavezno rezultovati prelaskom u sledeće faze, ali su zloupotrebe kasnijih faza malo verovatne ako se ne prođe kroz prethodne. Postoje izvesne razlike u prediktorima zloupotrebe različitih psihoaktivnih supstancija: prethodno pušenje cigareta i konzumiranje piva i vina su najvažniji prediktori zloupotrebe žestokog pića, a sistem vrednosti koji afirmiše zloupotrebu marihuane i druženje sa vršnjacima koji je zloupotrebljavaju vode u eksperimentisanje sa ovom psihoaktivnom supstancijom. Loši odnosi sa roditeljima, depresija, pušenje marihu-

ane, nekonvencionalni stavovi i druženje sa vršnjacima koji zloupotrebljavaju psihoaktivne supstancije su snažni prediktori zloupotrebe opijata, halucinogena i psihostimulansa<sup>54, 55</sup>.

Zloupotreba psihoaktivnih supstancija kroz biopsihosocijalni model konceptualizovana je kao proizvod nedovoljno razvijenih socijalnih veština za ovladavanje različitim stresovima. Ovakvo sagledavanje problema zloupotrebe psihoaktivnih supstancija na polju bihejviorne medicine, zasnovano je na dve centralne premise: da osoba može koristiti psihoaktivne supstancije da bi ublažila negativne emocije (anksioznost ili preterano uzbuđenje) ili da bi se pokrenula pozitivna osećanja (kada je prisutan umor ili apatija). Druga premisa je postojanje različitih veština savladivanja stresa kao: generička reagovanja koja pomažu ovladavanje raznovrsnim stresorima i reagovanja koja koriste u odolevanju iskušenju korišćenja psihoaktivnih supstancija<sup>56</sup>.

Alternativni pristup proučavanju zloupotrebe psihoaktivnih supstancija predstavlja model psihosocijalnog stresa, izveden iz Albijeveog modela psihoopatologije, koji integriše tradicionalni značaj individualnih i porodično-sistemskih varijabli i kompetenciju u savladavanju socijalnih teškoća kod adolescenata<sup>57</sup>. U riziku od korišćenja psihoaktivnih supstancija prisutnost ove pojave u socijalnoj sredini kao i nivo psihosocijalnog stresa stoje nasuprot kvalitetu emocionalnih veza, veštinama savladivanja teškoća i pozitivnim prilikama koje nudi socijalno okruženje. Zloupotreba psihoaktivnih supstancija u adolescenciji je iz ove perspektive dugoročni ishod multiplih iskustava sa značajnim osobama u socijalnom okruženju od samog rođenja (identifikacija sa roditeljima, vršnjacima i drugim osobama), koja nude modele socijalnih uloga i razvoj efikasnih strategija za savladavanje teškoća. Nedostatak pozitivne identifikacije sa roditeljima i inkorporisanja vrednosti i stavova, nedostatak samopouzdanja i adekvatnih mogućnosti za školovanje ili zaposlenje vodi ka neuspehu usvajanja veština odolevanju pritiscima upotrebe psihoaktivnih supstancija. Nasuprot tome, verovatnoća da će adolescenti izabrati psihoaktivne supstancije biće manja ako izgrade odnose poverenja sa članovima porodice, vršnjacima i nastavnicima, razviju adekvatne veštine za prevazilaženje problematičnih situacija i imaju u školi i socijalnom okruženju model kompetentnog savladavanja teškoća<sup>58</sup>.

### **Preventivni programi zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstancija**

Prvi programi prevencije zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstancija zasnivali su se na informativnom ili edukativnom modelu sa polaznim pretpostavkama da mladi zloupotrebljavaju psihoaktivne supstancije zbog nepoznavanja štetnih dejstava i uverenju da će adolescent koji je svestan posledica doneti racionalnu odluku da ne koristi psihoaktivne supstancije. Korišćena je taktika zastrašivanja često nereálnim primerima i kvazi-moralističke poruke<sup>59</sup>. Prema nalazima nekih istraživanja, ovakav pristup je čak podsticao eksperimentisanje sa supstancijama<sup>60</sup>. Relativna neuspešnost ovih programa uslovljena je zanemarivanjem brojnih faktora vezanih za adolescenta i okruženje koji mogu usloviti početak zloupotrebe. Najvažniji razlog zbog kojeg ovakav

pristup, u globalu, nema značajnijeg pozitivnog uticaja na ponašanje, je što se u njemu premalo uzimaju u obzir raznovrsni lični motivi zbog kojih se koriste supstancije koje menjaju raspoloženje kao što su: pokušaj oslobađanja psiholoških pritisaka radi otklanjanja dosade, anksioznosti, depresije i umora, olakšanja socijalnih interakcija, kao i želje da se zadovolje radoznalost, potreba za avanturom ili uživanjem. Neuspešnost informativno-edukativnog modela može biti uslovljena i odnosom koji mladi imaju prema nedoslednosti u verbalnim porukama i ponašanju odraslih. Mladi ljudi ne veruju porukama o štetnosti alkohola i duvana, ako njihovi roditelji piju i puše, a ukoliko su informacije koje mladi dobijaju o supstancijama u kontradikciji sa njihovim ličnim iskustvom, odbaciće ih kao neistinite. Primarna prevencija bolesti zavisnosti u našoj sredini sve do nedavno bila je gotovo isključivo u okvirima ovog prevaziđenog modela. Najvažniji uzroci su sigurno nepoznavanje efikasnijih strategija i činjenica da su ovi programi najjeftiniji i da ih je najlakše sprovesti. Pošto je loš uspeh u školi često identifikovan kao rizičan faktor za pušenje i konzumiranje alkohola i drugih psihoaktivnih supstancija, preventivni programi sprovedeni u školskoj sredini pokazali su izvestan uspeh u modifikovanju ponašanja i stavova đaka o pušenju, kao kod drugih udruženih kognitivnih faktora rizika<sup>61</sup>.

U fokusu programa koji su kasnije razvijeni bili su individualni problemi nedostatka samopoštovanja i neadekvatan sistem vrednosti. U poslednje tri decenije učinjen je vidan napredak na ovom polju razvojem i primenom sveobuhvatnih preventivnih strategija zasnovanih na psihosocijalnim teorijama i modelima zloupotrebe psihoaktivnih supstancija, koji razmatraju socijalni kontekst u kome nastaje

prvo iskustvo i kasnija zloupotreba psihoaktivnih supstancija, kao što su teorija problematičnog ponašanja i teorija socijalnog učenja<sup>42, 44, 58</sup>.

Rezultati istraživanja nesumnjivo afirmišu kognitivno-bihejviorni pristup kao metodu izbora u prevenciji i terapiji bolesti zavisnosti<sup>55, 56, 58, 61</sup>. U fokusu ovoga pristupa su zapravo oni faktori koji su ključni za nastanak zavisnosti i za podložnost recidivima. Postojanje socijalne insuficijentnosti adolescenata pre nastanka zavisnosti doprinosi njenom nastanku i održavanju, a sama zavisnost progresivno smanjuje socijalnu efikasnost, što čini *circulus vitiosus*. Sa stanovišta primarne prevencije, kao i izbegavanja recidiva, osnovni zadatak bio bi identifikacija i eliminisanje što više faktora rizika i razvijanje veština koje obezbeđuju alternativne načine postizanja zadovoljstva i afirmisanja motiva na konstruktivniji i zdraviji način. Dokazano je da se kod zavisnika verovatnoća trajne apstinencije povećava ukoliko postoji širi spektar socijalnih veština<sup>55, 62, 63</sup>.

### Zaključak

Kognitivno-bihejviornim tehnikama, kroz individualni i kroz grupni psihoterapijski rad, najbrže i najefikasnije može se doprineti razvoju socijalne kompetentnosti adolescenata sa rizičnim ponašanjem. U slučaju psihijatrijskog komorbiditeta, kognitivno-bihejviorna terapija može ispoljiti pozitivne terapijske efekte i na psihijatrijske poremećaje koji su udruženi sa zavisnošću. Ove tehnike se mogu primeniti samostalno (kada po pravilu daju bolje rezultate nego ostale metode) ili se mogu kombinovati sa psihodinamskim pristupom ili drugim oblicima psihoterapije i psihofarmakoterapijom.

### L I T E R A T U R A

1. *Milić ČT*. Characteristics of the use and abuse of psychoactive substances. *Vojnosanit Pregl* 2000; 57(1): 49–53. (Serbian)
2. *Miljuš D, Dopsaj M*. Some descriptive-epidemiologic characteristics of drug dependency in Serbia. *Glasnik Zavoda za Zaštitu Zdravlja Srbije* 1995; 69(1–6): 51–6. (Serbian)
3. *DuRant RH, Smith JA, Kreiter SR, Kronchuk DP*. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153(3): 286–91.
4. *Plant M, Miller P*. Young people and alcohol: an international insight. *Alcohol Alcohol* 2001; 36(6): 513–5.
5. *Pedersen W, Skerndal A*. Alcohol consumption debut: predictors and consequences. *J Stud Alcohol* 1998; 59(1): 32–42.
6. *Patton LH*. Adolescent substance abuse. Risk factors and protective factors. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42(2): 283–93.
7. *Petrović SP*. Drugs and human behavior. Beograd: BIGZ; 1983. (Serbian)
8. *WHO*. The ICD 10 Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
9. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Press; 1994.
10. *Winters KC, Stinchfield RD, Henly GA, Schwartz RH*. Validity of adolescent self-report of alcohol and other drug involvement. *Int J Addict* 1990–1991; 25(11A): 1379–95.
11. *Lintonen T, Ablstrom S, Metsa L*. The reliability of self-reported drinking in adolescence. *Alcohol Alcohol* 2004; 39(4): 362–8.
12. *Flisher AJ, Parry CD, Evans J, Muller M, Lombard C*. Substance use by adolescents in Cape Town: prevalence and correlates. *J Adolesc Health* 2003; 32(1): 58–65.
13. *Hibell B, Andersson B, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, et al*. The 1999 ESPAD Report: Alcohol and other drug use among students in 30 European countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol & Other Drugs; 2000.
14. *Backović D, Marinković J, Grujučić-Šipetić S, Maksimović M*. Differences in substance use patterns among youth living in foster care institutions and in birth families. *Drugs: Education, prevention and policy* 2006; 13(4): 341–51.
15. *Grant BF, Dawson DA*. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse* 1997; 9: 103–10.
16. *Olds RS, Thombs DL*. The relationship of adolescent perceptions of peer norms and parent involvement to cigarette and alcohol use. *J Sch Health* 2001; 71(6): 223–8.
17. *Ledoux S, Miller P, Choquet M, Plant M*. Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol Alcohol* 2002; 37(1): 52–60.
18. *von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Hofler M, Wittchen HU*. What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend* 2002; 68(1): 49–64.

19. Miller DS, Miller TQ. A test of socioeconomic status as a predictor of initial marijuana use. *Addict Behav* 1997; 22(4): 479–89.
20. Chilcoat HD, Anthony JC. Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(1): 91–100.
21. Piko B. Perceived social support from parents and peers: which is the stronger predictor of adolescent substance use? *Subst Use Misuse* 2000; 35(4): 617–30.
22. Juon HS, Ensminger ME, Sydnor KD. A longitudinal study of developmental trajectories to young adult cigarette smoking. *Drug Alcohol Depend* 2002; 66(3): 303–14.
23. Simons-Morton B, Haynie DL, Crump AD, Eitel SP, Saylor KE. Peer and parent influences on smoking and drinking among early adolescents. *Health Educ Behav* 2001; 28(1): 95–107.
24. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The social epidemiology of substance use. *Epidemiol Rev* 2004; 26: 36–52.
25. Jackson C, Henriksen L, Dickinson D, Levine DW. The early use of alcohol and tobacco: its relation to children's competence and parents' behavior. *Am J Public Health* 1997; 87(3): 359–64.
26. Maksimović M, Kocjančić R, Backović D, Paunović K, Stojanović S, Šipetić S. Importance of family structure in mental disease prevention in adolescents. In: Pantović RV, editor. Proceedings of the 11th Scientific meeting on nature, resources and ecology. 2003 June 2–4; Donji Milanovac, Srbija. Donji Milanovac: 2003. p. 423–26. (Serbian)
27. Ellicksen PL, McGuigan KA, Klein DJ. Predictors of late-onset smoking and cessation over 10 years. *J Adolesc Health* 2001; 29(2): 101–8.
28. Ennett ST, Flewelling RL, Lindrooth RC, Norton EC. School and neighborhood characteristics associated with school rates of alcohol, cigarette, and marijuana use. *J Health Soc Behav* 1997; 38(1): 55–71.
29. De Wit ML, Embree BG, De Wit D. Determinants of the risk and timing of alcohol and illicit drug use onset among natives and non-natives: similarities and differences in family attachment processes. *Soc Biol* 1999; 46(1–2): 100–21.
30. Maksimović M, Kocjančić R, Backović D, Ille T, Paunović K. Adaptation and mental-hygienic characteristics of internally displaced adolescents. *Srp Arh Celok Lek* 2005; 133(5–6): 266–71. (Serbian)
31. Isohanni M, Oja H, Moilanen I, Koiranen M. Teenage alcohol drinking and non-standard family background. *Soc Sci Med* 1994; 38(11): 1565–74.
32. Denton RE, Kampfe CM. The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review. *Adolescence* 1994; 29(114): 475–95.
33. Nicholson JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Effects on later adjustment of living in a stepfamily during childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40(3): 405–16.
34. Neber LS, Short JL. Risk and protective factors for children's substance use and antisocial behavior following parental divorce. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68(1): 154–61.
35. Wallace JM Jr, Forman TA, Guthrie BJ, Bachman JG, O'Malley PM, Johnston LD. The epidemiology of alcohol, tobacco and other drug use among black youth. *J Stud Alcohol* 1999; 60(6): 800–9.
36. Madianos MG, Gefou-Madianou D, Richardson C, Stefanis CN. Factors affecting illicit and licit drug use among adolescents and young adults in Greece. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91(4): 258–64.
37. Mather M. Adoption: a forgotten paediatric speciality. *Arch Dis Child* 1999; 81(6): 492–5.
38. Rutter M. Children in substitute care: some conceptual considerations and research implications. *Child Youth Serv Rev* 2000; 22(9): 685–703.
39. Marinković J, Backović D, Kocjančić R. Health status of adolescents deprived of parental care. *Med Pregl* 2004; 57(11–12): 588–91. (Serbian)
40. Marinković J, Backović D. Relationship between type of placement and competencies and problem behavior of adolescents in long-term foster care. *Child Youth Serv Rev* 2007; 29(2): 216–25.
41. Champion HL, Foley KL, DuRant RH, Hensberry R, Altman D, Wolfson M. Adolescent sexual victimization, use of alcohol and other substances, and other health risk behaviors. *J Adolesc Health* 2004; 35(4): 321–8.
42. Jessor R, Jessor SL. A problem of behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth. New York: Academic Press; 1977.
43. Frith J. The use of role plays in teaching drug and alcohol management. *Aust Fam Physician* 1996; 25(4): 532–3.
44. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84(2): 191–215.
45. Weisheit RA. The social context of alcohol and drug education. *J Drug Education* 1983; 29: 72–81.
46. McCabe SE, Knight JR, Teter CJ, Wechsler H. Non-medical use of prescription stimulants among US college students: prevalence and correlates from a national survey. *Addiction* 2005; 100(1): 96–106.
47. McCabe SE, Teter CJ, Boyd CJ. The use, misuse and diversion of prescription stimulants among middle and high school students. *Subst Use Misuse* 2004; 39(7): 1095–116.
48. Kilpatrick DG, Acierno R, Resnick HS, Saunders BE, Best CL. A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65(5): 834–47.
49. Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *J Stud Alcohol* 1992; 53(5): 447–57.
50. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38(8): 861–8.
51. Parker DA, Levin BM, Harford TC. Effects of early drinking and an antisocial orientation on the alcohol use of young Russians. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20(7): 1179–83.
52. Tarter RE. Etiology of adolescent substance abuse: a developmental perspective. *Am J Addict* 2002; 11(3): 171–91.
53. Landry JM. Understanding drugs of abuse; The progress of addiction, treatment and recovery. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
54. Johnston LD. Alcohol and illicit drugs: The role of risk perceptions. In: Romer D, editor. Reducing Adolescent risk: an Integrated Approach. Thousand Oaks, CA: Sage publications Inc; 2003.
55. Marlatt GA, Donovan DM. Relapse prevention. New York: The Guilford Press; 2005.
56. Baer JS, Kivlahan DR, Donovan DM. Integrating skills training and motivational therapies. Implications for the treatment of substance dependence. *J Subst Abuse Treat* 1999; 17(1–2): 15–23.
57. Albee GW. Preventing psychopathology and promoting human potential. *Am Psychol* 1982; 37(9): 1043–50.
58. Thompson KL, Bundy KA, Wolfe WR. Social skills training for young adolescents: cognitive and performance components. *Adolescence* 1996; 31(123): 505–21.
59. Lewis C, Battistich V, Schaps E. School-based primary prevention: what is an effective program? *New Dir Child Dev* 1990; (50): 35–59.
60. Glynn TJ, Anderson DM, Schwarz L. Tobacco-use reduction among high-risk youth: recommendations of a National Cancer Institute Expert Advisory Panel. *Prev Med* 1991; 20(2): 279–91.
61. Velasquez MM, Maurer GG, Crouch C, DiClemente CC. Group treatment for substance abuse. New York: The Guilford Press; 2001.
62. Washton AM. Psychotherapy and substance abuse – a practitioner's handbook. New York: The Guilford Press; 1995.
63. Volpicelli JR, Pettinati HM, McLellan AT, O'Brien CP. Combining medication and psychosocial treatments for addictions. New York: The Guilford Press; 2001.

Rad je primljen 13. II 2007.