

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ПРАВНИ ФАКУЛТЕТ

Мр Татјана А. Јовановић

**АЛКОХОЛИЗАМ И НАРКОМАНИЈА
У СЕЛИМА СРБИЈЕ**

Докторска дисертација

Београд, 2016.

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF LAW

Tatjana A. Jovanović

**Alcoholism and Drug adiction in
Rural Areas of Serbia**

Doctoral dissertation

Belgrade, 2016.

Ментор:

Др МИЛОВАН МИТРОВИЋ, редовни професор
Универзитет у Београду
Правни факултет

Чланови комисије:

Др Мирјана Тодоровић, редовни професор у пензији
Универзитет у Београду
Правни факултет

Др Ђорђе Игњатовић, редовни професор
Универзитет у Београду
Правни факултет

Др Саша Бован, редовни професор
Универзитет у Београду
Правни факултет

Датум одбране докторске дисертације: _____

АЛКОХОЛИЗАМ И НАРКОМАНИЈА У СЕЛИМА СРБИЈЕ

Резиме

Предмет истраживања докторске дисертације је идентификација различитих аспеката алкохолизма и наркоманије у селима Србије. Алкохолизам као вид девијантног понашања, уз алкохол као најраспрострањенију ПАС, је занемарен друштвени проблем, посебно на селу, док се дрога сматра најчешћим и најутицајнијим узрочником нарушавања физичког и психичког здравља и поремећаја понашања код људи.

Теоријско-практична анализа алкохолизма и наркоманије у сеоској средини базирала се на испитивању учесталости употребе алкохола и дрога међу сеоском популацијом, и на утврђивању повезаности ових образаца понашања са релевантним социо-демографским варијаблама: пол, узраст, материјални статус и место становања.

Актуелност теме потврђена је и чињеницом да је учесталост алкохолизма и наркоманије велика, не само у градским срединама већ и у селима. Данас не постоји значајна разлика у узроцима, манифестацији и последицама алкохолизма и наркоманије у сеоским и градским срединама.

Најрадикалније друштвене промене за последњих пола века доживело је српско село. Класично српско село нестаје, а уместо њега формира се такав рурални простор који поприма карактеристике града, стварајући елементе субурбаног са својим специфичностима. Успоставља се један социо-културни међупростор који карактерише неусклађеност традиционалних и модернизацијских образаца живљења.

Анализи алкохолизма и наркоманије код нас приступало се и приступа у оквиру проучавања градских средина, док је село и сеоско окружење остало потпуно занемарено. О овим појавама у руралној средини писало се само посредно, узгред, у оквиру анализе неких других појава које су заузимале централно место.

Социолошко-правна природа алкохолизма и наркоманије определили су садржину и структуру докторске дисертације. Рад се тематски састоји из две целине. У првом, теоријском делу, су применом анализе садржаја приказани приступи сагледавању различитих теоријских схватања у објашњењу настанка и

развоја социјалне патологије, и оног дела који се посебно тиче алкохолизма и наркоманије.

Употребом компаративног метода утврђене су сличности, односно разлике у јављању алкохолизма и наркоманије у Србији и у земљама окружења као и са земљама у којима се овим феноменима приступа комплексније и систематичније. Примена историјског метода допринела је сагледању настанка и развоја алкохолизма и наркоманије, његових узрока и последица и на личном и на друштвеном плану.

У другом делу дисертације анализирани су и дискутовани резултати истраживања које је обухватило 528 испитаника из 69 сеоских насеља Републике Србије. Посебан задатак дисертације био је да пружи детаљнији увид у социјално-патолошке појаве, са посебним нагласком на алкохолизам и наркоманију који су разматрани у светлу укупних друштвено-економских промена које прате српско друштво, као и структурне и територијалне дистрибуције ових феномена. Осим анкете студија случаја је обухватила представнике институција које имају контакта или су укључене у идентификацију и решавање проблема алкохолизма и наркоманије.

На овај начин испитане су хипотезе од којих се полазило у истраживању, односно реализовани су специфични циљеви дисертације. У том смислу, утврђен је пораст алкохолизма и наркоманије у селима Србије, уз тенденцију појачавања узајамне везе између промена у вредносним обрасцима на селу и ширења алкохолизма и наркоманије. Коначно установљена је повезаност између пијења као елемента традиције и друштвеног ритуала (обичаји, славља...) и прекомерног пијења на селу. Будући да је сељак истовремено и произвођач и потрошач алкохолних пића, то непосредно утиче на широку распрострањеност алкохолизма у сеоским срединама.

Установљена је потреба да се културне манифестације у селима профилишу на нов начин у којем неће бити места за алкохол.

Кључне речи: алкохолизам, наркоманија, села у Србији.

Научна област: социологија

Ужа научна област: социологија права

УДК: 178.1/.8:614.79(043.3)

ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTION IN RURAL AREAS OF SERBIA

Summary

The subject of the doctoral dissertation research is to identify the various aspects of alcohol and drug addiction in the villages of Serbia. Alcoholism as a form of deviant behavior, with alcohol as the most widely used psychoactive substance is neglected social problem, especially in the rural areas, and drug addiction is considered to be the most common and most influential cause of impairment of physical and mental health and behavioural disorders in humans.

Theoretical and practical analysis of alcoholism and drug abuse in rural areas is based on the examination of the frequency of use of alcohol and drugs among the rural population, and determination of association of these behavioural patterns with relevant socio-demographic variables: gender, age, financial status and place of residence.

The actuality of the subject is confirmed by the fact that the incidence of alcoholism and drug abuse is very high, not only in urban areas, but also in villages. Presently, there is no significant difference in causes, manifestations and consequences of alcoholism and drug abuse in rural and urban communities.

The Serbian village has experienced the most radical social changes in the last fifty years. The conventional Serbian village is disappearing, and being substituted by rural area that takes on the characteristics of the city. In this way, a single socio-cultural gap is formed that is characterized by inconsistency between traditional and modern forms of life. The study of alcoholism and drug addiction in our research, as well as in other researches, was and still is approached within the study of urban areas, while the village and the rural environment remained totally neglected. These phenomena in the rural environments are addressed only indirectly, in the context of the analysis of other phenomena that have occupied a central place.

Social-legal nature of alcoholism and drug abuse has influenced the direction of the contents and structure of the dissertation. The work consists thematically of two parts. In the first, theoretical part, through the application of the content analysis, different approaches to the various theoretical concepts in explaining the origin and

development of social pathology are presented, and the part that refers particularly to the alcohol and drug addiction.

Using the comparative method, similarities and differences were found in the occurrence of alcoholism and drug abuse in Serbia and in neighbouring countries, as well as countries where these phenomena are addressed in a more complex and systematic way. Application of the historical method has contributed to addressing the origin and development of alcoholism and drug abuse, the causes and consequences at the personal and social level.

In the second part of the thesis, results of the research, which covered 528 respondents from 69 rural settlements of the Republic of Serbia, were analysed and discussed. A special task of the thesis was to provide a more detailed insight into the socio-pathological phenomena, with special emphasis on alcoholism and drug addiction reviewed in the light of the overall socio-economic changes in the Serbian society, as well as structural and territorial distribution of these phenomena. In addition to the survey, case study included representatives of institutions that have contact or are involved in identifying and solving the problems of alcoholism and drug addiction.

The hypotheses were tested that served as basis in research, i.e. the specific targets of the dissertation were realized. Hence, an increase in alcoholism and drug addiction in Serbian villages was determined, with a tendency of enhanced mutual relation between the changes in value patterns in the rural environments and expansion of alcoholism and drug addiction. Finally, the connection between drinking as an element of tradition and social ritual (customs, celebrations ...) and excessive drinking in the rural areas has been established. Since farmers are producers and consumers of alcoholic beverages, at the same time, it directly affects the expansion of incidence of alcoholism in rural communities.

The need for cultural events in the rural areas to be profiled in a new way, in which there will be no place for alcohol, is established.

Key words: *alcoholism, drug addiction, villages in Serbia.*

Scientific area: Sociology

Special scientific field: Sociology of Law

UDC: 178.1/.8:614.79(043.3)

САДРЖАЈ

ГЛАВА 1. УВОД.....	1
1.1 Предмет, циљ и значај рада	6
1.2 Основне поставке од којих се полази у истраживању.....	8
1.3 Методе истраживања	10
1.3.1 Методологија истраживања	13
1.3.2 План и реализација узорка	14
1.3.3 Метод прикупљања података	16
1.3.4 Инструменти истраживања	17
1.4 Резултати досадашњих истраживања	18
1.4.1 Теоријски оквир анализе алкохолизма и наркоманије	19
1.4.2 Преглед значајнијих истраживања код нас	23
1.4.3 Истраживања алкохолизма и наркоманије у Европи и свету	32
ГЛАВА 2. ДЕФИНИЦИЈЕ АЛКОХОЛИЗМА И НАРКОМАНИЈЕ.....	45
2.1 Главни теоријски приступи у проучавању алкохолизма и наркоманије.....	51
2.2 Социологија девијација или психијатријска социологија.....	62
ГЛАВА 3. ТЕОРИЈСКА ОБЈАШЊЕЊА ДРУШТВЕНОГ ПОРЕКЛА АЛКОХОЛИЗМА И НАРКОМАНИЈЕ	70
3.1 Појам друштвене дезорганизације и њен утицај на појаву алкохолизма и наркоманије.....	89
3.2 Културно вредносни обрасци српског села и њихова примена као узрок алкохолизма и наркоманије	95
3.3 Узроци настанка алкохолизма и наркоманије	102
3.4 Последице алкохолизма и наркоманије	109
ГЛАВА 4. СТАВОВИ ПРЕМА АЛКОХОЛИЧАРИМА И НАРКОМАНИМА.....	119
4.1 Ставови према алкохоличарима.....	123
4.2 Ставови према наркоманима	128
4.3 Квалитет живота алкохоличара и наркомана	132

ГЛАВА 5. ДРУШТВЕНА ФОРМАЛНО-ПРАВНА КОНТРОЛА	
АЛКОХОЛИЧАРА И НАРКОМАНА	138
5.1 Политика друштва у сузбијању алкохолизма и наркоманије	145
5.2 Друштвена улога прописа у контроли алкохоличара и наркомана.....	156
ГЛАВА 6. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА И РАСПРАВА	183
6.1. Профил испитаника	184
6.2. Присуство и учесталост употребе алкохола међу сеоским становништвом	185
6.3. Навике везане за употребу алкохола.....	189
6.4. Ставови о узроцима алкохолизма	192
6.5. Ставови о понашању и особинама алкохоличара.....	194
6.6. Ставови околине по питању алкохола	197
6.7. Присуство и учесталост коришћења ПАС међу сеоским становништвом – по мишљењу испитаника	200
6.8. Врсте ПАС у сеоским срединама у Србији.....	203
6.9. Ставови о узроцима наркоманије у сеоским срединама у Србији.....	204
6.10 Студије случаја – Алкохолизам и наркоманија на селу из перспективе институционалних актера	206
Циљ и методе	206
Профил корисника ПАС.....	212
Актери у процесу и њихове улоге.....	213
Препоруке	214
Статистички подаци	215
ГЛАВА 7. КРИТИКЕ И КОНТРАВЕРЗЕ У ОБЈАШЊАВАЊУ, ДИЈАГНОЗИ И ЛЕЧЕЊУ АЛКОХОЛИЧАРА И НАРКОМАНА	220
ГЛАВА 8. ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА	238
ЛИТЕРАТУРА.....	250
СПИСАК КОРИШЋЕНИХ ЗАКОНА, РЕШЕЊА И СТРАТЕГИЈА	265
СПИСАК ТАБЕЛА	266

СПИСАК ГРАФИКОНА.....	269
ПРИЛОГ 1 Образац анкетног листа.....	270
ПРИЛОГ 2 Изводи из интервјуа са представницима институција.....	275
ПРИЛОГ 3 Списак представника институција које су учествовале у истраживању	293
БИОГРАФИЈА	294
Изјава о ауторству	295
Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада	296
Изјава о коришћењу	297

ГЛАВА 1. УВОД

Друштво на различите начине учествује у одређивању разних страна друштвено девијантног понашања. Облицима и јачином тих утицаја бави се социологија. Сасвим је јасно да анализа социјалних аспеката девијантног понашања и поремећаја ни из далека не може да исцрпи суштину што сам појам девијантног има у себи.

У овом раду пажња је усмерена на алкохолизам и наркоманију као два основна и карактеристична облика зависности. Традиционално, социологија зависности се првенствено бави употребом алкохола и опијата. Од 1970-их, међутим, социолози су окренули своју пажњу на друге врсте понашања која се сматрају зависношћу, као што су употреба дувана, преједање, коцкање, куповина и, недавно, сексуална зависност. Ове друге врсте понашања уклапају се, у различитим степенима, у дефиницију зависности коју је први пут предложио Алфред Линдесмит (1938). За Линдесмита, зависност има две компоненте, „само физиолошку толеранцију”, за коју користи термин „навикнутост” и „зависност”, термин који „ће бити резервисан за примену на случајеве у којима постоји физиолошка или фармаколошка толеранција и психичка зависност која се одликује појавом не утољиве жеље за супстанцом што доводи до развоја других карактеристичних начина понашања наркомана као што је познато у нашем друштву” (Lindesmith, 1938: 597-598). Физиолошка (или фармаколошка) толеранција се односи на процес кроз који се индивидуалне потребе за супстанцама повећавају, како би се доживели исти ефекти као на почетку. У једном тренутку, међутим, појединац не може више добити жељени утисак, без обзира колико супстанце се узима.

Алкохолизам схваћен као болест има одлике класичне социјално медицинске болести у чијем настанку велики значај имају и социјални фактори. Историјски посматрано алкохолизам је третиран најпре као порок, лоша навика и на крају као болест, тј. ставови су ишли од моралистичког до социјално-медицинског приступа. Озваничен је као болест 1951. године, када је први пут

дефинисан од стране експерата СЗО¹, да би у међувремену претрпео значајне промене у различитим и бројним класификацијама. Све чешће се међу теоретичарима може чути да алкохолизам није јединствен поремећај, већ скуп поремећаја који се по узроку међусобно разликују. Посебно значајан здравствени, али и економски проблем представља штетна употреба (злоупотреба) алкохола без знакова зависности (саобраћајни удеси, друге несреће, туче, убиства, затим оштећења јетре, кардиоваскуларна обољења итд.). Процењује се да је на годишњем нивоу око 23 милиона европљана зависно од алкохола, са нематеријалном штетом у висини од око 68 милијарди евра (WHO, 2004).

Болести зависности су обележиле другу половину прошлог века, посебно наркоманија, која је присутна у свим земљама света, у свим слојевима, међу свим узрастима и код оба пола, ширећи се све више међи младима. Али болести зависности нису специфичне само за наш век, јер је позната ствар да су готово сви народи, у разним и одређеним приликама, употребљавали разне дроге. Према процени УН у свету има између 170 и 330 милиона људи, старости од 15 до 64 године који су у току 2013. године бар једном користили неку дрогу (UNODC, 2015)².

Употреба дроге је нарочито карактеристична за модерна друштва. Узимање дрога сматра се данас најчешћим и најутицајнијим узрочником нарушавања физичког и психичког здравља, као и поремећаја понашања код људи (Sakoman, 1994). Дрога се схвата не само као начин задовољавања потреба, већ и животна филозофија мноштва људи. „Савремени свет, који у сваком свом сегменту показује тенденцију ка раслојавању, цепању и деструкцији, погодује доживљају незадовољства код већине људи“ (Голднер-Вуков, 1992: 18). Морална криза српског друштва, поремећен систем вредности и економска ситуација додатно су утицали на понуду и потражњу дрога једног дела неиспуњене, депримирајуће и слабо упућене омладине.

Медицини припада онај део употребе дрога који има карактеристике болести, болести зависности. Жудња, жеља за психоактивном супстанцом (дрогом)

¹ Светска Здравствена Организација

² United Nations Office on Drugs and Crime

потискује и мења све психичке функције, осећања, морал, одговорност, вредносне системе и подстиче оне особине које служе задовољењу жудње – манипулативност, пасивност, нестрпљивост, безобзирност, егоцентричност, хедонизам.

Алкохол код нас има епитет друштвено прихваћене „дрогe“, па се сматра сасвим нормалним, употреба и конзумација алкохоних пића, док се трезвењаци и они који не пију, доживљавају као друштвено-непожељни. Алкохолизам се сврстава у ред централних друштвених проблема (угрожавајући и појединце и друштво). Велика друштвена пермисивност према употреби алкохола, код нас, ствара све више алкохоличара у свим старосним категоријама. Са алкохолом су повезани многи други облици патологије (криминал, сиромаштво, проституција). „Негативни тенденцијски тренд код нас прати раст потрошње алкохолних пића, - омладина и жене пију све више и више, - пијење се све више толерише у току рада, - расте број алкохоличара, жена и мушкараца, - на лечење се стиже касно, све млађе особе - све тежи болесници, - превентивне активности готово и да не постоје” (Николић, 2007: 149). У Србији, у Заводу за болести зависности у Београду, што се алкохолизма тиче, број отворених картона, значи нових пацијената, је годишње просечно око 220³. Ванболнички се годишње лечи од 20.000 - 50.000, а у болницама од 5.000 - 10.000 алкохоличара, и то са основном дијагнозом алкохолизам. Бројне здравствене последице алкохолизма лече се под другим дијагнозама, у којима се алкохол као узрочни фактор и не региструје, чак и код унапредовале алкохолне болести. „Профил леченог алкохоличара код нас је следећи: мушкарац 30-40 година; алкохоличарски стаж 10-15 година; основна или средња стручна спрема; критичне професије су келнер, железничар, рудар, столар, шофер, молер, грађевински радник“... (Николић, 2007: 150).

Наркоманија у Србији до 1970-тих година била је ретка појава. Дрогу (опијум) су најчешће узимале старије особе скривајући притом своју зависност. Од хипи покрета наркоманија је и у нашем друштву све израженија. Прве групе наркомана појавиле су се у Београду, Нишу и то су углавном били младићи из имућнијих породица. У то време мало се знало о дрогама, није постојала стручна

³ Подаци добијени од Д. Ракетић, психијатра - руководиоца диспанзера за наркоманију

литература, већ се наркоманија сматрала и везивала за „болест капиталистичког друштва“: Од 1965. године у нашој земљи стално је присутан тренд раста употребе ПАС нарочито последњих десет година, уз појаву нових синтетичких дрога. Не постоје прецизни подаци о броју особа које повремено употребљавају, злоупотребљавају или су зависне од ПАС. Пошто употреба ПАС све више добија пандемијски карактер, уз медицинске, економске и друштвене последице које је прате, борба у већини земаља добија шири друштвени значај. Ситуација у Србији везана за злоупотребу ПАС је таква да је све више зависника посебно међу младима. Дрога се може наћи свугде и на сваком месту: на улици, у школама, кафићима, клубовима. Не само у градовима, већ и у селима. Према подацима добијеним у Заводу за болести зависности у Београду – што се наркоманије тиче, број отворених картона је годишње око 330, а број рецидива око 800. Кроз хитну службу ове установе обављено је 1.400 прегледа тј. интервенција прошле године. Са територије града Београда је 86% пацијената, а остали су из других региона. „Најчешће коришћена прва дрога је марихуана и хашиш, а ове прате по годинама наркоманског стажа медикаменти (седативи, тродон...), хероин, синтетске дроге и коначно мешано, „све што се има и што се нађе“ (Николић, 2007: 240).

За алкохолизам постоји и даље висок степен толеранције, без обзира што се зна колико је штетан за психофизичко здравље. Србија је по потрошњи алкохола мало изнад европског просека (8,63 литара по глави становника у односу на европски просек 8,39).⁴

Процењује се да у Србији има око 170.000 наркомана, а само у Београду 30.000. У болницама се лечи годишње око 600 наркомана (Николић, 2007: 238-239)

Истраживање је било фокусирано на рурална подручја Србије, која су према Закону о планирању и изградњи (Сл. Гласник РС бр. 72/2009, 81/2009 (исправка), 64/2010 (УС), 24/2011) дефинисана као „насеље у којем се становништво претежно бави пољопривредом, а није седиште општине“. Истим законом „град“ је дефинисан као „насеље које је као град утврђено законом“.

⁴ Подаци добијени из базе података СЗО http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/app_main/view_indicator.aspx?iid=462 (бази података приступљено 05.04.2015.).

На територији Републике Србије, сеоско становништво је у периоду 2002. – 2011. смањено за 311.139 становника (10,9%), опавши на ниво испод 3 милиона, те тако данас чини 40,6% укупног становништва Србије.⁵ Промене унутар сеоског окружења: пражњење села, депопулација, распад пољопривредних домаћинстава, економски застој пољопривреде и села, дезорганизација породице, криза система вредности су реалност са којом се рурални простор суочава. Сеоска подручја се одликују мање разноврсним економијама са вишим стопама незапослености и нижим нивоом образовања (Anonymous, 1992; Goetz, 1993). Нижи ниво образовања сеоских становника повећава шансе да ће њихове породице трпети негативне последице таквог по здравље ризичног понашања као што је алкохолизам. Сеоска подручја се одликују већим нивоом сиромаштва, лошијим условима становања и већим напуштањем школе од градских подручја (Anonymous, 1992). Поред тога, старије особе и врло младе чине већи део сеоског становништва, што је довело до већег односа зависности (Bachrach, 1981) и веће потрошње на социјалне и људске услуга за подршку овим групама. Сеоске породице имају мање шансе да буду здравствено осигуране од урбаних породица и да имају веће издатке за здравствену заштиту из сопственог џепа.

Новија истраживања емпиријски су потврдила да се у селима Србије запажа присуство тзв. „круга пропадања“ (енг. *circle of decline*) у коме ниска густина насељености ствара недостатак критичне масе корисника услуга, потрошача и произвођача. Поред жена, млади на селу се такође суочавају са високим ризицима од искључености са тржишта рада (Цвејић, Бабовић, Петровић, Богданов; 2010).

Већа стопа сиромаштва у руралним подручјима представља ризик за пораст болести зависности, јер су се рурална подручја показала као осетљивија на економску кризу у односу на град. Рурално становништво је у неповољнијем положају од урбаног, по опремљености и одговарајућом инфраструктуром.

Алкохол је детектован као примарни узрок злоупотребе у руралним подручјима (Kelleher, Richert, 1991). Све већи број доказа сугерише да је конзумација алкохола и преваленција поремећаја услед употребе алкохола висока или виша у неким сеоским срединама него у урбаним (Helzer et al., 1991). Ово се

⁵ Подаци добијени на основу пописа становништва 2002/2011.

посебно односи на рурална подручја која се суочавају са економским заостајањем и развојним ограничењима, као и за оне групе у оквиру сеоских заједница са највећим ризиком (мањине, сиромашни). Поред тога, истраживања указују на то да се потрошња алкохола од стране одређених група руралног становништва повећава. Из тог разлога научна заједница је у новије време усредсређена на идентификацију најугроженијих група руралног становништва (и оних са високим ризиком), како би се установили обрасци оваквог понашања међу руралним становништвом. Истовремено, осећа се недостатак истраживања која би се бавила разликама у појави алкохолизма у руралним заједницама и градским подручјима (Kelleher, Robbins, 1997).

1.1 Предмет, циљ и значај рада

Докторска дисертација се бавила проучавањем алкохолизма и наркоманије у селима Србије. Из назива саме докторске дисертације уочавају се две основне карактеристике ове теме:

1. акценат се ставља на алкохолизам и наркоманију као посебне врсте социјално-патолошких или девијантних појава,
2. испитивање се усмерава на рурални простор или сеоско окружење у Србији.

Из ових карактеристика јасна је веза између социологије, социологије села, социјалне патологије, права, медицине. У том смислу интеркултурална димензија социјалних проблема (алкохолизма и наркоманије посебно), постаје у овом контексту изузетно значајан приступ.

Интердисциплинаран приступ у истраживању условила је сама актуелност и важност коју тема поседује. Мултидисциплинаран приступ у истраживању (социолошки, правни, психолошки, медицински), омогућава да се из различитих углова сагледају узроци, обим и облици испољавања алкохолизма и наркоманије на селу, и да се да одговор на питање који су то кораци на локалном и националном нивоу, у превенцији и спречавању ширења алкохолизма и наркоманије.

Садржинска одређеност предмета истраживања укључује:

- појам алкохолизма и наркоманије,
- узроци јављања социјално-патолошких појава у сеоским срединама,

- сеоски систем вредности и социјална патологија,
- утицај породице на девијантно понашање,
- социо-економска ситуација и појава девијантног понашања,
- утицај града на девијантности у руралним срединама,
- последице алкохолизма и наркоманије,
- формално-правна контрола алкохоличара и наркомана.

Циљ докторске дисертације је теоријско-практична анализа алкохолизма и наркоманије код нас, с посебним акцентом на сеоску средину. У складу с тим, испитивање је базирано на учесталости употребе алкохола и дрога у сеоској популацији, као и утврђивању повезаности ових образаца понашања са релевантним социо-демографским варијаблама – пол, узраст, материјални статус и место становања тј. географска локација. Све то је допринело дефинисању показатеља значајних за решавање проблема алкохолизма и наркоманије, условљавајући проучавања која одређујуће утичу на стање становника Србије.

Актуелност ове теме огледа се у научном и у практичном смислу.

Научни значај теме види се у покушају да се укаже на недовољност истраживања из ове области. Социјално-патолошке појаве у нашим руралним срединама ретко су биле предмет посебних истраживања. Очигледан је мањак монографија или студија које би се бавиле феноменологијом, етиологијом социјално-патолошких појава у сеоским срединама. У том смислу, алкохолизму, наркоманији, криминалитету се приступало у оквиру интердисциплинарних студија, али само као допуна основне теме истраживања. Судбину несистематских истраживања села, уопште дели и истраживање девијантности на селу. Ништа мање непотпуни су и статистички подаци који не обезбеђују евиденцију потребну за анализу девијантних појава на селу (изузев криминалитета).

Практичан значај истраживања треба да укаже на напоре које друштво треба да чини на превенцији, посебно моделе подршке за руралне породице. Јер само синтезом одговарајућих теоријских модела, емпиријских истраживања и адекватне статистике друштвених установа могуће је сагледати сву комплексност што га појам социјалне патологије има за сеоско становништво, али и ширу друштвену заједницу.

Секундарни циљ ове анализе је преглед схватања о алкохолизму и наркоманији код нас.

У практичном смислу актуелност коју изазивају ове појаве (алкохолизам и наркоманија), очигледна је и несумњива.

Такође, практичан значај истраживања јавља се у функцији ширег друштвеног разумевања ових појава, као и укупне друштвене реакције према њима. Закључци који ће се добити имаће не само ужи научни, већ и шири друштвени значај.

1.2 Основне поставке од којих се полази у истраживању

Истраживање у циљу израде предметне докторске дисертације заснивало се на следећим хипотезама:

Прва хипотеза од које се полази у докторској дисертацији је да су социјално-патолошке појаве (алкохолизам и наркоманија) присутне у селима Србије.

Следећа хипотеза истраживања је да постоји значајна повезаност између мењања и нестајања сеоског система вредности, веровања и понашања, и појаве и развоја социјално-патолошких појава, посебно наркоманије на селу. Видљиво мењање и нестајање традиционалног начина живота на селу (изузев неразвијених планинских села), као и све динамичније везе града и села погодују формирању и ширењу девијантности на селу.

Толерантан став друштва према алкохолизму, уз чињеницу да је пијење део традиције и друштвеног ритуала (обичаји, славља...), значајно је повезан са алкохолизмом на селу.

Чињеница да је сељак истовремено и произвођач и потрошач алкохолних пића, уз врсту и тип пољопривредне производње утиче и на константно присуство алкохолизма у сеоским срединама.

Неповољни услови живота, пре свих сиромаштво, значајан су узрок социјалне патологије на селу.

Супротности између села и града, уз видљиво мењање и нестајање традиционалног начина живота на селу (изузев неразвијених планинских села), погодује формирању и ширењу девијантности на селу.

Утицај великих културних манифестација на селу односно сва већа окупљања која прате сеоски простор снажан су изазов пред којим се налазе српска села.

У складу са дефинисаним предметом истраживања, рад је тематски и хронолошки систематизован у осам поглавља.

Уводна разматрања укључују, поред предмета и циља истраживања, методе које су се примењивале у истраживању и претпоставке од којих се у раду пошло.

Такође, уводна разматрања укључују и досадашња истраживања која говоре о друштвеној и научној актуелности социјално-патолошких појава, посебно алкохолизма и наркоманије (Владимир Јаковљевић, Јелена Шпадијер-Џинић, Милосав Милосављевић, Гачић, Худолин, и др).

У *другом поглављу* појмовно се одређују алкохолизам и наркоманија, кроз приказ најчешће употребљаваних дефиниција алкохолизма и наркоманије, у односу на различите приступе (медицински, социолошки, психијатријски). Истовремено, у овом поглављу су приказани и главни теоријски приступи у проучавању алкохолизма и наркоманије, уз настојање да се покаже да ли можемо говорити о социологији девијација или психијатријској социологији. Међу теоретичарима и даље постоје несугласја о томе.

У *трећем поглављу* разматрана је анализа узрока настанка алкохолизма и наркоманије. При томе необично важно је било приказати и објаснити појмове као што су социјална дезорганизација и социјална аномија. Поред објашњења узрока настанка и развоја социјално-патолошких појава, акценат у овом делу докторске дисертације био је и на проучавању последица социјално-патолошких појава, посебно алкохолизма и наркоманије, које се односе како на појединца тако и на читаво друштво.

У *четвртном поглављу* изложени су ставови према алкохоличарима и наркоманима, специфичном начину живота који обележава једне, односно друге, уз компарацију тих ставова у ранијим истраживањима и сада (претежно у градским срединама).

Пето поглавље садржи институционални и законски оквир за регулисање значајне области социјалне патологије. То укључује објашњење формално-правне

контроле алкохоличара и наркомана, онако како је то регулисано нашим правним прописима, чиме се на директан и индиректан начин приказује политика друштва у сузбијању социјално-патолошких појава. На крају овог поглавља наглашава се значај друштвене улоге прописа у контроли алкохоличара и наркомана.

Шесто поглавље посвећено је резултатима истраживања на узорку руралних становника, као и резултатима до којих се дошло истраживањем у оквиру студија случаја. Ово истраживање имало је за циљ да проучи присутност, навике и ставове руралних становника о алкохолизму и наркоманији, са циљем да се установе типични обрасци употребе и злоупотребе истих, водећи рачуна о значајним варијаблама као што су: старост, пол, регион/територија, материјални статус домаћинства, лично задовољство и тип домаћинства. Осим тога, студијама случаја квантитативни подаци су допуњени квалитативним, што је омогућило да се проблему алкохолизма и наркоманије приступи са становишта институционалних актера који се овим проблемима баве. И у једном и у другом случају сасвим је јасна намера да се потврди полазна хипотеза о постојању алкохолизма и наркоманије у руралном простору Србије, са нагласком на узајамној вези између промене у вредносним обрасцима на селу и настанку социјалне патологије.

У *закључним разматрањима* покушали смо да дамо оцену значаја проучавања социјално-патолошких појава на селу, посебно алкохолизма и наркоманије, посматраних у светлу укупних друштвено-економских промена које прате наше друштво. И не мање важно, да област проучавања социјално-патолошких појава на селу је повезана са многобројним узроцима који се међусобно преплићу, условљавајући стално нови хоризонт проучавања.

1.3 Методе истраживања

Методе употребљене у овом раду опредељене су, с једне стране, расположивом литературом и природом самих података, а с друге стране, прилагођене су предмету истраживања, постављеним хипотезама и циљу истраживања. Пошто је дисертација по свом карактеру комбинација и теоријског и емпиријског истраживања, утолико се и методе односе на теоријски део, с једне, и спроведено истраживање, с друге стране.

У истраживању су коришћени посебно методи друштвених и правних наука, пре свих анкета, анализа докумената, посматрање, упоредни метод, историјско - правни метод, и математичко - статистичке методе.

Предмет и карактер истраживања условили су примену методе анализе садржаја о социјално-патолошким појавама уз коришћење одговарајуће литературе, што је омогућило хронолошки приступ сагледавању различитих теоријских схватања у објашњењу настанка и развоја социјалне патологије, и оног дела који се посебно тиче алкохолизма и наркоманије.

Основни циљ употребе анализе садржаја јесте да покаже сву комплексност појма који социјална патологија носи са собом, као и опредељујућа схватања која су у средишту интересовања теоретичара везаних за алкохолизам и наркоманију.

Употребом компаративног метода проучаване су сличности, односно разлике у јављању алкохолизма и наркоманије у нашој земљи са земљама у окружењу, као и са земљама у којима се овим феноменима приступа комплексније и систематичније.

Историјски метод је коришћен у циљу праћења настанка и развоја алкохолизма и наркоманије, фактора који су условили њихову узрочност и последица и на појединачном и на друштвеном плану.

Комплексност истраживања захтевала је употребу наведених метода како би се могла сагледати сва сложеност што је алкохолизам и наркоманија имају код нас и у свету.

Приликом израде докторске дисертације коришћени су различити извори:

- базе података домаћих и међународних институција које омогућавају различите критеријуме за селектовање података,
- документација домаћих, националних (земље у окружењу) и међународних институција значајних за праћење алкохолизма и наркоманије и
- радови домаћих и страних аутора.

Друга група метода коришћена је приликом емпиријског истраживања. Емпиријско истраживање спроведено је анкетом и студијама случаја.

Циљна група анкетног истраживања су били становници руралних насеља Републике Србије узраста 15 година и више (у истраживање нису били укључени

становници Косова и Метохије). Прикупљање података на терену спроведено је методом анкете. Анкета је базирана на посебно припремљеном упитнику, са циљем садржајног обogaћивања прикупљених чињеница, кроз укрштање анкетног испитивања и посматрања становника руралног простора.

Метод студије случаја употребљен је да систематски заокружи целину посматрања алкохолизма и наркоманије на основу јединственог карактера тих појава. Наиме, централни моменат којим смо се руководили односио се на целину случаја (холистички принцип), тј. да се само у оквиру целине може створити разноврсна грађа података да би се они као такви могли и објаснити.⁶

Укупно кроз ове методске приступе истраживању алкохолизма и наркоманије у селима Србије, обезбеђена је репрезентативна, валидна чињеничка основа за закључивање како о прошлим и савременим, тако и о будућим изгледима оних који су на директан или индиректан начин укључени у социјалну патологију на селу.

Резултати спроведеног истраживања о навикама конзумирања алкохолних пића, о ставовима и информисаности о употреби психоактивних супстанци, као и ставови о животу и животним стилевима презентовани су у шестом поглављу докторске дисертације.

Математичко-статистичка обрада резултата добијених емпиријским истраживањем је реализована у SPSS 15.0.0 статистичком пакету (Statistical Package for the Social Sciences) који је коришћен за математичко – статистичку обраду података који су добијени након теренског истраживања.

Примењена је дескриптивна статистичка анализа за груписање, графичко и табеларно приказивање, и коначно утврђивање карактеристика прикупљених података. За графичко приказивање коришћени су графикони.

Статистичким методима анализирани су старосне категорије, полна и регионална припадност испитаника, у односу на навике и ставове везане за социјално – патолошке појаве које су предмет ове дисертације. Експериментална расподела апсолутних фреквенци приказана је табеларно и/или графички за основне карактеристике узорка. Дескриптивна анализа коришћена је за откривање

⁶ О студији случаја шире видети у Милић (2011), стр. 122-126.

законитости, мерење карактеристика, ставова или понашања, у односима зависних и независних фактора да би се квантитативно утврдили и описали.

1.3.1 Методологија истраживања

Истраживање алкохолизма и наркоманије спада у тзв. „истраживања осетљивих питања“ (sensitive topics research). То су истраживања која могу имати последице било директно за учеснике у истраживању или посредно, за категорију особа која је обухваћена истраживањем (Sieber, Stanley, 1988:49). Проблеми се јављају на 3 нивоа: на првом уколико задиру у лична, интимна питања и проблеме; на другом уколико осетљива питања доводе до стигматизације и стида код особа које се испитују; на трећем уколико се јави страх код особа које се испитују да ће откривањем података произвести осуду, гнев или репресију. Понашања која се сматрају девијантним наилазе на поједине од ових проблема, па зато и припадају типу осетљивих истраживања. Зато се као императив у нашем истраживању, али и као изазов јавио проблем да се обезбеде квалитетни и валидни подаци, и да се у исто време сачува највиши ниво професионалне етике. Имајући у виду наведене тешкоће које су својствене за овакву врсту истраживања, уз универзалне принципе истраживања, истраживачка методологија је обликована са посебном брижљивошћу и пажњом.

Упитник примењен у истраживању садржао је 36 питања груписаних у 7 секција: 1) подаци о члановима домаћинства, 2) навике испитаника везане за конзумацију пића, 3) ставови према алкохоличарима, 4) ставови према опојним дрогама, 5) лична информисаност о опојним дрогама, 6) лични ставови о животу и 7) профил испитаника - подаци о месту пребивања испитаника.

Осам питања је било отвореног типа где су дословце бележени одговори испитаника, углавном везани за ставове и мишљење. Ова питања су касније у обради шифрирана и одговори сврстани у одговарајуће категорије. Остала питања су биле затвореног типа са једним или више понуђених одговора.

Ликертовом скалом су мерени ставови испитаника коришћењем петостепене скале, за изражавање задовољства, односно незадовољства начином живота, и материјалним стањем. Тростепена скала коришћена је за анализу тврдњи везаних за традиционални тип домаћинства на селу (коришћен је метод бодовања традиционалних и нетрадиционалних ставова, укупан скор који

изражава став испитаника према традиционалним вредностима је разврстан у тростепену скалу).

Приликом састављања упитника нарочита пажња је посвећена деликатности обрађених тема, те могућности да испитаник истраживање доживи као задирање у интиму и стварање осећаја стида и страха да би откривање података имало последица по њега. Како је један део испитиване популације био малолетан, тражена је сагласност родитеља или старатеља за учествовање у истраживању.

Резултати теренског истраживања интерпретирани су према неколико обележја испитаника, а у складу са хипотезама истраживања и то према: старости испитаника, полу, региону, материјалном стању домаћинства (изузетно лоше, лоше, просечно, добро, одлично), личном задовољству квалитетом живота (јак сам незадовољан, незадовољан сам, ни задовољан ни незадовољан, задовољан сам, веома сам задовољан) и типом домаћинства (традиционално, прелазно, модерно)

За одређење типа домаћинства послужили су одговори испитаника на тврдње у оквиру питања из анкетног упитника које је гласило: „Да ли се слажете са следећим тврдњама?“ У оквиру овог питања дато је 12 тврдњи које су требале да рефлектују у којој мери испитаници усвајају елементе модерних стилова живота. Сваки одговор који је рефлектовао модеран стил живота, бодован је са 1 поеном, док је сваки одговор који је рефлектовао традиционалан стил живота, бодован са 2 поена. Укупан збир поена налазио се у опсегу од 12 до 24, при чему је као модеран тип домаћинства, којем припада анкетирани, дефинисано оно домаћинство које се налазило у опсегу од 12 до 16 поена. Као прелазно домаћинство дефинисано је оно које се налазило у опсегу од 17 до 20 поена, а као традиционално оно које се налазило у опсегу од 21 до 24 поена.

1.3.2 План и реализација узорка

У циљу одабира репрезентативног узорка, који би омогућио генерализацију добијених резултата истраживања, било је неопходно утврдити величину и карактеристике основног скупа у селима Србије. Као полазна основа послужило је то да је основни скуп подељен у природне подскупове, односно стратуме. Сваки од идентификованих стратума је обухваћен узорком, и то пропорционално својој величини, а јединице узорка у сваком стратуму су одабране у комбинацији системског и случајног узорка. Анкетно истраживање је спроведено на

репрезентативном стратификованом узорку за рурална насеља Републике Србије (без података за Косово и Метохију).

Истраживање је спроведено на репрезентативном узорку од 528 испитаника из 69 руралних насеља у Србији.

Код изабраног репрезентативног узорка коришћена је једна варијабла за стратификацију и процену величине и структуре узорка. Узорак је стратификован једнодимензионално и то према четири званична географско-економска подручја на начин којим их дефинише Републички завод за статистику Републике Србије: (1) Београд, (2) Војводина, (3) Шумадија и Западна Србија, (4) Јужна и Источна Србија. Коришћена је стратегија узорковања по принципу вероватноће пропорционалне величини.

Унутар сваког стратума случајним избором су одабрана насеља из којих је насумице одабрано највише 8 домаћинстава, а затим је у оквиру домаћинства спроведен упитник са особом одабраном методом првог рођендана (испитаник је лице коме је следећем рођендан у том домаћинству). Током теренског рада додатно су праћене квоте по стратуму, полу и старосној категорији.

Величина узорка за одређени ниво (Z) и интервал поверења (C) као и вероватноћу да ће дати одређени одговор (p) коју поставимо на $p = 0,5$ рачуна се уз помоћ следеће формуле:

$$s = (Z^2 * p * (1-p)) / c^2$$

Тако за наш случај имамо:

$$(1,96 * 1,96 * 0,5 * 0,5) / (0,05 * 0,05) = 384,16$$

као полазну вредност величине узорка.

Објашњење параметара:

C - интервал поверења (или маргина грешке) је вредност која описује колико процената грешимо кад пресликавамо наше одговоре на популацију. У нашем случају је то 5%, тј. 0,05.⁷

⁷ То значи да ако за неку вредност добијемо нпр. 25%, та вредност је у популацији између 20 и 30% (25±5). Што је грешка мања, мањи је и дељеник, па је величина узорка већа. Ми правимо баланс између онога што реално можемо да урадимо (за маргину од 1% узорак је око 10.000, за 0,5% око 37.000), те зато прихватимо 5% грешке у мерењу.

Z - за ниво поверења 95% износи 1,96.⁸

p - вероватноћа да ћемо добити одређени одговор.⁹

Из овога ће се приметити да се нигде не помиње величина популације. Статистика каже да за велике бројеве величина узорка зависи од ова 3 фактора.

Да би били сигурни да смо обухватили целу популацију (да нам узорак није груписан у неким деловима популације, нпр. не добијемо мушкарце средњих година јер су на њиви цео дан), коришћена је метода пондерисања *према полу* (две групе), *према старости* (осам група) и *регионима* (четири региона). Из истог разлога није се радило више од 8 испитаника по насељу.

Величина узорка, задате квоте и начин одабира испитаника (при чему су анкетари испоштовали квоте), задовољавају услове да резултате можемо сматрати репрезентативним на нивоу сеоске популације, а према резултатима званичног пописа из 2011. године, са маргином грешке од 5% коју сматрамо прихватљивом за овај тип истраживања¹⁰.

Величина узорка је репрезентативна за 2.509.332 становника руралних насеља, старости 15 и више година, према попису из 2011. године, са маргином грешке од 5% (за све добијене вредности можемо бити сигурни да су тачне +/- 5%) и интервалом поверења од 95% (вероватноћа да је испитаник репрезентативан).

1.3.3 Метод прикупљања података

Анкетни подаци су прикупљани у периоду мај-август 2014. године. Анкетарску мрежу је чинило око 50 анкетара. Једним делом су то били искусни анкетари ангажовани по препоруци стручних агенција, а делом студенти из

⁸ Ниво поверења нам говори за који део целе популације можемо бити сигурни да су резултати тачно пресликани. кад би био 100% значило би да смо 100% сигурни да се подаци односе на популацију. Такође повећава величину узорка и обично се узима 95% што је и овде случај.

⁹ Што је већа разлика међу одговорима, ми смо сигурнији у његову вредност, тачност, јер кад укључимо грешку у прорачун, ако очекујемо да ће разлика у одговорима бити велика, p ће бити мањи, јер нпр. ако бисмо знали да ће се на питању „да ли пијете“ добити 10%, онда би са урачунатих 5% маргине/грешке то било 5-15% и ми онда знамо да имамо мање оних који пију од оних који не пију. Ако би добили 50%, онда са 45-55% ми не знамо да ли има више једних или других. Узима се најнеповољнија вредност од 50%, јер не знамо унапред какви ће одговори бити.

¹⁰ За нека друга истраживања маргина грешке мора да буде мања - кад тражимо догађаје који су мало вероватни.

општина у којима је спроведено истраживање. Сви они су прошли основну обуку за одабир испитаника и анкетирање и предата су им писана упутства. Упитник је рађен методом лице у лице са испитаником при чему је анкетар водио испитаника кроз питања и бележио одговоре. Нарочита пажња је посвећена томе да се од испитаника добију што исцрпнији и у случају отворених питања, што детаљнији одговори. Испитивање је било анонимно, од испитаника је узиман само контакт телефон због касније контроле рада анкетара, која је спроведена на 10% реализованог узорка.

У периоду од септембра до децембра 2015. године, за потребе студије случаја спроведено је квалитативно истраживање о алкохолизму и наркоманији на селу из перспективе институција које се овим проблемом баве. Студија случаја као квалитативна метода омогућила је сагледавање особина проучаваних појава (алкохолизма и наркоманије), да би се одредило постојеће стање и открили узрочни фактори који делују. Планирањем истраживања које је добило форму тзв. протокола, обухваћене су следеће општине и градови: Чачак, Ужице, Лајковац, Крушевац/Александровац, Панчево, Барајево, Обреновац, Београд. У оквиру ових општина у обзир су ушла следећа сеоска насеља: Атеница, Мачкат, Боговађа, Злегиње, Банатско Ново Село, Вранић, Стублине.

1.3.4 Инструменти истраживања

Приликом израде емпиријског дела рада коришћен је метод анкетирања путем технике упитника, у циљу прикупљања релевантних података и провере постављених хипотеза. Истраживање је било анонимно (упитници су били шифрирани) и засновано на добровољности учествовања. Анкетирање је обављено методом лицем у лице (*face to face*), а упитник је био у штампаној форми.

Упитник се састојао из седам целина: А) Подаци о члановима домаћинства (7 питања), Б) Навике испитаника везане за пиће (7 питања), В) Ставови према алкохоличарима (4 питања), Г) Опојне дроге – општи ставови (7 питања), Д) Опојне дроге - лична информисаност (4 питања), Ђ) Лични ставови о животу (4 питања) и Е) Подаци о анкети (3 питања). У упитнику је укупно било 36 питања, од чега је највише питања било затвореног типа – 18, полузатворених питања је било 5, док је отворених питања било 13.

Питања у упитнику која се односе на ставове према алкохоличарима и наркоманима креирана за потребе дисертације сачињена су ослањајући се на истраживање које су спровели Поповић, Опалић, Кузмановић, Ђукановић и Марковић чији су резултати публиковани у књизи „Ми и они другачији“, уважавајући при том разлике које произилазе из обухватности истраживања алкохолизма и наркоманије и територије где се спроводе.

У финалној фази креирања упитника консултовани су домаћи стручњаци из различитих релевантних области: социологије и области статистике.

Студија случаја, као метода, је изабрана да би се утврдило како проблем алкохолизма и наркоманије изгледа из перспективе институција које имају посредан и непосредан контакт са корисницима ПАС. За потребе студије случаја обављени су разговори са представницима институција у 7 општина широм Србије као и у институцијама на нивоу града Београда.

Разговори по општинама вршени су са представницима Центара за социјални рад, Полицијских управа – станица и сеоских основних школа. На нивоу града Београда разговори су обављени са представницима Градског центра за социјални рад, Полицијске управе града Београда – одељење за сузбијање наркоманије и Завода за лечење болести зависности из Драјзерове улице.

Све институције су нам изашле у сусрет и пристале на разговор и послале тражене податке, сем Полицијске управе Панчево, од којих није било могуће добити сагласност за обављање разговора – интервјуа.

Изводи из интервјуа приказани су табеларно (видети Прилог 2).

Структура питања за студију случаја, у складу са циљевима истраживања, укључивала је четири димензије проблема:

- присуство и распрострањеност алкохолизма и наркоманије,
- профили корисника ПАС,
- актери у процесу и њихове улоге,
- препоруке за унапређење система превенције.

Свака од ових димензија проблема подразумевала је и одговарајући сет питања.

1.4 Резултати досадашњих истраживања

У литератури се на различите начине прилази проблему социјалне девијантности, и одговарајућих облика који је прате. Ово се односи и на домаћу и

и на страну литературу, с тим што овакав приступ преовлађује у страниј. У нашој земљи веће интересовање за алкохолизам и наркоманију датира од шездесетих година прошлог века, када су ове појаве заузеле значајно место у друштвеној стварности.

Полазећи од територијалног критеријума, литература се може, поделити на домаћу и страну. У оквиру стране литературе доминира литература са енглеског говорног подручја.

Радове домаћих аутора можемо поделити у две подгрупе: (1) радови у којима се теоријски разматрају алкохолизам и наркоманија и (2) радови засновани на емпиријским истраживањима који се базирају на примарним подацима и представљају далеко значајније изворе за утврђивање повезаности у проучавањима друштвене девијантности.

У овом делу дисертације приказани су ставови домаћих и страних аутора о алкохолизму и наркоманији чији се резултати могу користити ради стицања увида у постојање везе између теорије и њихове практичне примене.

Инострана литература обилује радовима који подробно анализирају друштвену девијантност, па тако и алкохолизам и наркоманију. Поред тога, радови који обрађују било који аспект девијантног или патолошког најчешће садрже и осврт на неки од карактеристичних видова испољавања. Ова широка лепеза литературе класификована је према централном елементу анализе у четири категорије, и то радови у којима се испитују: (1) дефиниције појмова алкохолизма и наркоманије (2) узроци и последице алкохолизма и наркоманије (3) типологије девијантног понашања (4) контрола употребе дрога и алкохола, као и различити приступи у лечењу ових патолошких феномена, како код нас тако и у свету.

1.4.1 Теоријски оквир анализе алкохолизма и наркоманије

У литератури можемо рећи постоји општа сагласност у основним теоријским приказима појмова алкохолизма и употреба дрога. То се, пре свега, односи на дефинисање алкохолизма и наркоманије, врсте алкохоличара, фазе алкохоличарске болести, типова зависности од одређених дрога, као и узрока и последица алкохолизма и наркоманије. Међутим, оно што треба нагласити и апострофирати је чињеница да се код нас и у теоријском и емпиријском раду у анализи алкохолизма и наркоманије приступало и приступа у оквиру проучавања

градских средина, док је село и сеоско окружење остало потпуно занемарено. О овим појавама у руралној средини писало се само посредно, узгред, у оквиру анализе неких других појава које су заузимале централно место.

Иако постоји сагласност међу теоретичарима у основном теоријском дискурсу о социјалној девијантности, исто тако се уочавају и институционалне противречности тј. сукоби теоријских схватања и истраживачких приступа појединим стручним проблемима. Социјално - патолошке појаве су проучаване или искључиво емпиријски, или искључиво теоријски, бавећи се или само социологистичким видом појава, или психологистичким, или водећи рачуна само о биолошким условљеностима одређених патолошких појава (Јаковљевић, 1971: 62). Теоријско проучавање је доминирало у оквиру социокултурних праваца, а емпиријско у социјално-медицинским приступима проучавању алкохолизма и наркоманије. Због тога Кецмановић (1978: 145) сматра да је биопсихосоцијални приступ најпримеренији у односу на природу самог поремећаја (или алкохолизма или употребе дрога).

Поред разматрања дефиниција алкохолизма и наркоманије, у једној групи теоријских радова наших аутора анализирају се дефиниције које су чисто медицинске и оне које у себи носе социјални карактер (Џинић, 1988: 151). Међутим код дефиниција наркоманије не постоји општа сагласност око самог појма: да ли је адекватан израз наркоманија, употреба дрога, токсикоманија или адикција. Код одређених теоретичара постоји озбиљна сумња у преовлађујућу употребу термина наркоманија, јер без обзира на угао посматрања (да ли као форма индивидуалног понашања или као друштвено-културни образац), остаје чињеница да иза сваког теоријског објашњења лежи одређено вредносно-морално утемељење (Радуловић, 2004: 2).

У одређивању узрока настанка алкохолизма и наркоманије данас се као значајне издвајају психолошке, социјалне и биолошке теорије, зависно од тога којој теоријској орјентацији истраживач припада. Тако психолошке теорије истичу само дејство алкохола и дрога као најважнији мотив узимања истих. Под утицајем алкохола и дрога особа се осећа опуштенијом и веселијом, смањују се напетости и тескобе, због стреса које појединац доживљава у спољњем свету. Биолошке теорије полазе од чињенице да се девијантност у неким породицама

јавља чешће, у другим ређе или се уопште не јавља. Постоје докази да генетски утицаји доприносе развоју, посебно алкохолизма, који се описује као полигенски поремећај¹¹. Социјално-културни чиниоци изазивају алкохолизам путем обичаја, друштвено-прихваћених облика понашања у одређеним срединама, уз постојање неадекватних друштвених и породичних услова. У оквиру социјалног приступа друштвеној девијантности наши аутори имају донекле критичан став према широкој употреби појма друштвена дезинтеграција, који преовладава у објашњењу друштвених фактора настанка социјално-патолошких појава (Јанковић, Пешић, 1981). Без обзира што га многи наши истраживачи користе (Бавцон, Јаковљевић, Милутиновић, Милосављевић), за предходно поменуте теоретичаре постоји уверење да је овај појам у савременој науци превазиђен и увелико напуштен. Зато се интегративни приступ наметнуо проучавањем свих елемената друштвеног бића човека, и социо-културних и психолошких и биолошких, који имају утицај на алкохолизам или наркоманију (Јаковљевић). Тиме се по мишљењу заговорника овог приступа превазилазе све једностраности сваке од ових теорија посебно.

Углавном преовладава мишљење међу теоретичарима да постоје одређени типови алкохоличара (алфа, бета, гама, делта, ипсилон алкохоличари), онако како је то класификовао Јелинек. Истакнути хрватски алкохолог Худолин је овој класификацији додао и зета алкохолизам. Према Клинардовој подели (Clinard, 1960: 298) први тип чине друштвени или контролисани потрошачи алкохолних пића, други тип прекомерни пијанци или редовни тешки пијанци, трећи тип су алкохоличари и четврти хронични алкохоличари. У америчкој литератури анализира се и посебан тип алкохоличара-бескућника. Већина аутора у анализираним радовима позива се на примарну и секундарну алкохоличарску девијацију, пре свих Лемерт (Lemert, 1951: 370). И један и други вид прате како социјалну улогу алкохоличара тако и друштвену реакцију на такво понашање.

Да проучавање друштвене девијантности не би остало на само дескриптивном нивоу, одређен број радова наших аутора базира се на

¹¹ Следећи овакво објашњење, синови алкохоличара, рецимо 3-5 пута чешће постају и сами алкохоличари.

класификацији или типологији друштвених девијација, као вишем ступњу промишљања друштвено-патолошких појава. Међу њима посебно место заузима проучавање А. Југовића (2006) под називом: „Типологија друштвених девијација у домаћој теоријској мисли“. У раду се применом дескриптивно-критичке методе анализира 5 важних теоријских идеја и концепата српских аутора о друштвеним девијацијама и то: Владимира Јаковљевића, Јелене Шпадијер-Џинић, Весне Пешић и Ивана Јанковића, Михајла Ђурића и Милосава Милосављевића. Уочавајући сличности и разлике у теоријским приступима појединих од наведених аутора, несумњив је утицај Мертонове типологије друштвених девијација и теорије аномије из које је та типологија и настала, али и значај психопатолошких, социјално-антрополошких и егзистенцијалистичких теорија. Закључак који сам аутор изводи је да класификација друштвених девијација треба да прати темпо и динамику друштвених кретања исто као што су и саме девијације динамичне и променљиве по свом карактеру (Југовић, 2006: 17).

Следећи важан сегмент у теоријским радовима је и друштвена реакција на девијантно понашање. Пијење алкохоличких пића се схвата као прихваћен, безопасан, уобичајен образац понашања, као стил живота који је примерен савременом животу. Сматра се како је умерено, социјално прихваћено пијење нешто сасвим различито од алкохоличарског пијења и његовог стила живота. Прихватање и одобравање концепта умереног пијења отежава спровођење мера сузбијања алкохола и компликација које оно проузрокује. Овај концепт подржава моралистичко схватање алкохолизма које је плод моралне „искривљености“ алкохоличара, док је умерено пијење нешто што је сасвим у реду и оправдано. Са употребом дрога ствари стоје сасвим другачије. Нити је њена употреба прихваћена нити се подржава конзумирање истих. Употреба дрога изазива огроман отпор и породице и друштва. Зато се сузбијање употребе дрога разликује у организацији и спровођењу од сузбијања алкохолизма. Умерене потрошње дрога нема. Код нас у нашој земљи преовладава медицински модел реаговања на алкохолизам. Али исто тако обраћа се дужна пажња и на социјално-психолошке modele реаговања, као и бројне друштвене, културне, економске и психолошке чиниоце алкохолизма.

Код реакције друштва на употребу различитих дрога могу се уочити општи модели реаговања и то:

- моралистичко-легални модел кроз моралну осуду и примену репресивних мера;
- медицински модел у складу са схватањем употреба дрога као болести и лечење у оквиру постојећег медицинског система;
- психосоцијални који акценат ставља на личност уживаоца дроге и друштвених односа у којима се налази и
- социо-културни модел који инсистира на друштвеним узроцима узимања дроге (Џинић, 1988: 170-194).

1.4.2 Преглед значајнијих истраживања код нас

За докторску дисертацију показала су се као значајна истраживања која су била усмерена искључиво на употребу ПАС, пре свих алкохолизма и наркоманије у циљу идентификације карактеристика корисника одређених супстанци, тачније њихових психолошких и социјалних карактеристика. Међутим, сва та истраживања груписана су тако да се истражује или само алкохолизам или само наркоманија, или се заједно проучавају и једно и друго. Зато само условно можемо литературу груписати у три целине, које се међу собом прожимају и допуњују: 1. проучавање алкохолизма; 2. проучавање наркоманије; 3. проучавање злоупотребе ПАС (и алкохолизма и наркоманије).

У оквиру једног од таквих ранијих истраживања скромнијег обима, је и истраживање Деспотовића (1965: 19) које је спроведено према подацима 8.062 историја болести, лечених алкохоличара у Диспанзеру за лечење алкохоличара и борбу против алкохолизма. Од социјалних карактеристика које имају значај за истраживање коришћени су: старост, пол, брачно стање, школска спрема, место боравка. Истраживање је показало да је највише лечених алкохоличара било у старосној категорији између 30 и 40 година; 94% су чинили мушкарци, од којих је највише ожењених 81,6% и са нижом или средњом школском спремом. Више од 50% испитаника је било из Београда. Што се тиче психолошких карактеристика алкохоличара издвојиле су се неке које се могу подвести под опште обрасце и у нашој и у иностраној литератури: емоционално лабилне, преосетљиве, несигурне, зависне, депресивне, незадовољене амбиције, незадовољне сопственим

положајем, са осећајем кривице, уз потешкоће савладавања проблема, тензија и стресова у свакодневном животу.

Истраживање – тачније пилот пројект који се односи на типизацију српског алкохоличара спроведено је 2011. године, у 6 клиничких центара Србије. Спроведено је од фебруара до маја 2011. године на 285 пацијената, тачније 246 мушкараца и 39 жена. Они су третирани због алкохолизма у 4 клиничка центра и 2 специјалне болнице. Издвојила су се 3 основна типа алкохолно-зависних пацијената. Наиме, типични пацијент је стар око 45 година (и жене и мушкарци), 75% је било лечено и раније, а 24,85% ово је прво лечење. Алкохоличар типа 2 је такав тип да је алкохол средство за решавање конфликта (напетости, стреса, анксиозности, преосетљивости); Алкохоличар типа 3 – алкохол користи да би поправио расположење и против несанице.

У оквиру Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ конструисан је и Национални водич добре клиничке праксе – Алкохолизам 2013. године. Овај национални водич настао је са циљем да унапреди квалитет здравствене заштите, као и дијагностичке и терапијске процесе у медицини. И не само то. Намера овог водича је била да се обезбеди равноправност сваког пацијента, било да се има у виду мањи здравствени центар, или здравствена установа терцијарног типа.

Обимно истраживање вредно помена је свакако „Национално истраживање о стиловима живота становништва Србије“ спроведено 2014. од стране Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Значај овог истраживања је двојак: с једне стране ово истраживање доприноси сагледавању ставова становништва према проблему употребе дрога, алкохола као и политике у области сузбијања истих. Ови подаци представљају валидне референце како на националном тако и на регионалном нивоу, што омогућава праћење ситуације међу општом популацијом у Србији, уз компаративност са подацима из европских земаља; с друге стране добијени резултати представљају основу за поређење са резултатима истраживања спроведеног за потребе докторске дисертације. Посебну пажњу завређује део истраживања који се односи на алкохолизам и употребу ПАС. Ово истраживање спроведено је од јануара до марта 2014. Укупна величина узорка је била 5.385 испитаника. Циљна група су били становници

Србије узраста од 18-64 године. Главни резултати овог обимног и репрезентативног истраживања су следећи:

- Ризични обрасци употребе алкохола присутни су код 13,3% популације (22,1% мушкараца и 4,6% жена), што одговара броју 580.000 до 664.000 високоризичних конзумента алкохола међу одраслом популацијом у Србији, од којих већину 77% чине мушкарци; штетно или проблематично пијење односи се на 6,2% укупне популације (10,6% мушкараца и 1,7% жена) тј. у бројкама изражено 257.000 до 318.000 људи. Високо ризично конзумирање алкохола много је заступљеније код мушкараца, са готово равноправном дистрибуцијом међу узрастима.
- Приближно 50% од укупне количине конзумираног алкохола у Србији отпада на пиво.
- Свакодневна употреба седатива забележена је код 4,4% одрасле популације (2,2% мушкараца и 6,6% жена, старости изнад 34 године) тј. од 182.000-234.000 свакодневних корисника седатива и хипнотика међу одраслима старосне категорије 18-64. године. Свакодневни корисници седатива и хипнотика су већином жене, и то старости изнад 45 година.
- Употреба илегалних дрога забележена је код 8% од укупне популације, старости од 18-64 године, са већом заступљеношћу код млађе одрасле популације од 18-34 године (12,8%). Већина корисника илегалних дрога су мушкарци узраста до 44 године.
- Најчешће коришћена илегална дрога међу одраслом популацијом је канабис (марихуана и хашиш), чија је употреба бар једном забележена код 7,7% испитаника узраста 18-64 године.
- Перцепција доступности појединачних дрога одговара нивоу заступљености употребе истих-канабис као најчешће заступљена дрога је исто тако и најдоступнија, према процени становника Србије.
- Употреба других илегалних дрога је врло ретка - 1,6% испитаника користило је друге илегалне дроге, изузев канабиса.
- Високо ризична употреба канабиса у Србији је ретка и присутна код 0,5% одрасле популације, што одговара укупном броју од 14.000 до 28.000 људи.

- Разлике у заступљености употребе легалних и илегалних дрога могу се објаснити разликама у ставовима које конзумирање различитих супстанци носи (употреба алкохола друштвено прихватљива-употреба илегалних дрога наилази на осуду и сматра се далеко штетнијом).
- Највиша централна процена корисника опијата високог ризика досеже до 20.000 особа. Процена је да је број ињектирајућих корисника опијата од 9.000-13.000.
- Преваленца употребе илегалних дрога у Србији нижа је у поређењу са већином земаља ЕУ (и у току живота, у току предходних годину дана, у току предходног месеца).
- Међу интензивним корисницима супстанци уочен је виши ниво психолошког дистреса-посебно присутан међу свакодневним корисницима седатива и корисницима канабиса.

Истраживања алкохолизма код жена

Међу посебним студијама је и истраживање алкохолизма код жена. Шездесетих година прошлог века настале су прве студије о женама алкохоличарима. Етиологија алкохолизма код жена тумачена је само као проширена теорија о алкохолизму мушкараца, тако да није прављена разлика између алкохолизма жена и мушкараца. У истом духу проучавања нису узимане у обзир посебне карактеристике алкохолизма жена (узроци, време, врста пића, мотивација за пијење и сл.).

У оквиру истраживања (Стојиљковић, 1964) констатовано је да су већина жена домаћице, када пију пију саме, због израженог стигматизма према њима и много оштрије друштвене реакције. Неки други теоретичари (Гачић, 1985: 168) заступају становиште да овакав третман који имају жене алкохоличари, у складу је са друштвеним ставовима уопште, али је ипак подложен променама. Разлоге по Гачићу треба тражити у променама које прате читаво наше друштво. Друштвена промоција жена подразумева и све чешће њихово јавно пијење, у кафани, на пријемима, у друштву. Због тога, по њему, говоримо о 2 групе жена алкохоличара: 1. које пију соло, саме, кући, илити „алкохолизам домаћица“, и 2. „мушки тип“, где жене пију јавно, без скривања. Специфичности женског алкохолизма огледају се и у карактеристичном начину узимања алкохола -

распоређено у току целог дана, при чему је толеранција на алкохол код жена далеко нижа него што је то код мушкараца. Оне са опијањем почињу нешто касније, у познијем добу, а будући да су физиолошки осетљивије, отуда телесна и психичка оштећења настају брже. Код жена је чешћа појава комбиновања алкохола са таблетама и дрогом, због чега се јавља и већа смртност као последица злоупотребе алкохола и суицид. Врло често се алкохолизам жена јавља као одговор на усамљеност, несигурност, депресију, незадовољство браком, пропали брак, или одвајање од мужа или деце, одлазак деце из породице, губитак мужа и сл.

Новија истраживања показују сву смисленост комплексног проучавања алкохолизма код жена, будући да проценат жена алкохоличарки расте у односу на њихову све већу укљученост у друштву, бројне и нове улоге које преузима и изложеност различитим проблемима и притисцима. У том смислу вредан је помена и магистарски рад Данице Бошковић-Ђукић под називом: „Алкохолизам жена - настанак, последице, и лечење“ из 1997. године., који управо женски алкохолизам проучава из једног потпуно новог угла, у складу са променама које прате друштвена кретања и улогу жена у тим променама.

Истраживања алкохолизма и наркоманије код младих

Млади су категорија становништва која се у савременим условима налази у ризичној групи за коришћење ПАС. Податак да у оквиру Центра за породичну терапију алкохолизма Института за ментално здравље чак 44% чине млади испод 30 година дају за право да се ради о епидемији алкохолизма међу младима, са свим карактеристикама зависности и синдрома алкохолизма.

И ранија истраживања код нас су потврдила релативно велики постотак младих, пре свега, средњошколаца који конзумирају алкохолна пића (Стојиљковић, 1964, Капамација, Бицковић, 1970).

Петар Настасић (1998) се бавио емпиријском студијом о „Алкохолизму и међугенерациском преношењу“. Овде је примењен системски приступ проучавању алкохолизма, где се алкохолизам види као поремећај интеракција у систему, али и као симптом породичне дисфункције. Истраживање је показало да се у породици алкохоличара остварују 3 слоја:

1. површински – поремећаји комуникације и понашања,

2. дубљи слој – где су изражени поремећени регулаторни механизми за свакодневно функционисање породице,
3. најдубљи слој или емоционални слој – изражен кроз степен диференцијације личности брачних партнера. У оквиру овог проучавања рађено је и истраживање трансгенерацијске трансмисије алкохолизма у оквиру центра за породичну терапију алкохолизма Института за ментално здравље. Узорак је чинило 60 брачних парова, и показало је директну везу између степена фузије у дедовској, родитељској и нуклеарној породици. Ова студија показала се значајном и у теоријском и емпиријском смислу. У првом јер је омогућила значајније планирање терапијске мреже у лечењу алкохоличара, а у другом јер је на нов начин осветлила проучавање друштвене девијантности, посебно алкохолизма код нас.

Дицкова је са сарадницима (2003) спровела истраживање о информисаности родитеља о наркоманији и њиховој улози у превенцији исте. Овим истраживањем обухваћен је узорак од 365 родитеља чија деца похађају 7. и 8. разред основне школе и средњу школу. Тестирање је спроведено у три основне школе и три средње школе са подручја Бачке Паланке, у периоду јануар-март 2003. године, током посебно организованих тематских родитељских састанака. У случају настанка болести породица може и треба да буде значајан ослонац у помоћи појединцу да се избори за здрав и нормалан живот. Зато је неопходно да родитељи имају правилне информације и ставове у вези наркоманије.

Циљ овог истраживања је био да се утврди колики је степен информисаности родитеља чија деца похађају завршне разреде основне и средње школе, имајући у виду да је то узраст у коме деца најчешће долазе у први контакт са дрогама. Закључак истраживања показује да је тренутни степен информисаности још увек недовољан и да је потребан континуирани рад на едукацији родитеља уз евентуалне модификације у складу са постигнутим резултатима. Неки од најбитнијих резултата овог истраживања су: око 40% родитеља мисли за себе да су довољно информисани о проблему наркоманије, док је остатак проценио да је о наркоманији делимично или недовољно информисан.

Мишљење да деца која су имала нормалан психофизички живот не могу да постану наркомани, већ су то унапред предиспониране особе изразило је 23%

родитеља, а 18% о овоме нема никакав став; једва нешто више од 50% родитеља зна како се марихуана користи; 50% се изјаснило да не зна како изгледа хероин, а 2% има погрешну представу у вези наркоманије.

Преко 50% родитеља не зна како изгледа екстази. Само 15% родитеља је дало тачне одговоре по питању критеријума који указују на стање интоксикације психоактивним супстанцама. Око 50% родитеља сматра да код нас наркоманија не постоји или да је има у мањој мери.

Бојана Илић (2004) је објавила истраживање под називом “Наркоманија младих“. Резултати до којих је дошла су следећи:

У испитивањима спроведеним током више година на популацији ученика нишких основних и средњих школа, јасно се види да је став ученика о штетности дрога различит. Од одговора одабрани су само најчешћи:

- већина мисли да је узимање опасно 36 (47%);
- да је штетно 5 (15%);
- да је модерно 1(4%);
- а само око 1% њих сматра да је корисно уколико се узима у мањим количинама.

Разлози за почетно узимање дрога које су наводили у истраживању су: нису обавештени о штетности 13 (25 %); по наговору других 7 (19%); верују да могу да се контролишу 3 (15%); желе да буду посебни 7 (10%); због моде 3 (10%).

На питања о томе како се њихови родитељи понашају како би спречили употребу наркотика, резултати показују да је мало оних родитеља који овој појави не придају значај (10%); такође и оних који спроводе конкретне провере своје деце везано за могућност употребе и злоупотребе дрога (17%); већина интервенција се ограничава на разговор о штетности и њихову љутњу уколико посумњају или примете да је већ дошло до коришћења неке од ових супстанци (55%).

Сами млади виде као корисне путеве за превенцију наркоманије бољу информисаност (колико год нам се некада чинило да се и превише говори о штетности дрога, као да то није довољно допрло до њих), саветовалишта за младе (којих код нас још увек нема у довољној мери нити захватају већи број младих), утицај родитеља кроз указивање на сву штетност употребе дрога.

Значајан допринос анализи трендова, узрока и последица алкохолизма и наркоманије код омладине са потенцијално ризичним понашањем је и студија А. Југовића из 2005. године о „Злоупотреби алкохола у омладинској популацији Србије“. Ова студија је показала да је узимање алкохола изузетно заступљено међу младима, и то посебно оним чије су породице сиромашне, где су један или оба родитеља алкохоличари, и где су брачни односи увелико нарушени. Прво пиће се проба најчешће у узрасту од 15 година, једном месечно се опија око 36% младих, а најчешћи разлог се наводи подизање расположења. У ову статистику треба навести и да 25% испитаних никада није пробало алкохол. Што се тиче употребе дрога, на узорку од 3.111 испитаника, сваки трећи је пробао неку од дрога, најчешће марихуану, у узрасту од 16 година, први пут. Највећи број ових конзумента је из Београда (40%), из унутрашњости нешто мање (34%), док је са села њих 16%. Најчешћи разлози за употребу дрога је радозналост, поправљање расположења, смањивање напетости и да се не би издвајали из друштва. Закључак који се намеће јесте да алкохол и употреба марихуане међу младима доводи до све веће употребе и других дрога, због чега се међу младима све више среће проблем политоксикоманије (Љубичић, 2012).

Занимљиво истраживање је спроведено на одељењу за лечење наркоманије Специјалне затворске болнице у Београду. Ово истраживање спроведено је 2005. године, а бавило се везом конзумирања дрога и криминалног понашања зависника од ПАС. Узорак је чинило 100 особа мушког пола од 18-47 година. Криминалитет се показао значајнијим међу наркоманима лошег материјалног статуса. Два питања су била кључна: Шта зависници могу да учине под дејством дрога, а шта зато што нису под дејством дрога. Наркомани, за разлику од алкохоличара никад не чине силовања. У већини су имали завршену основну и средњу школу. Углавном су били осуђени за крађу, разбојништво, насиље у породици. 44% испитаника је навело да су им родитељи алкохоличари, 95% хероин је конзумирало интравенски, скоро 50% се предозирало, марихуану узимају са 16-17 година, а скоро 50% испитаника је делило иглу са другима. Разлози које су наводили своде се на то да физичким замењују душевни бол, због тога се врло често уочава и самоповређивање жилетима, тј. оштрим предметима. Од емоција

код њих преовладавају: агресија, депресивност, неконтролисаност, неповерење. Тако су се издвојиле 2 групе испитаника:

1. они који рано почињу да чине кривична дела, а касније конзумирају дрогу;
2. „аутентични зависници“ – прво се дрогирају, па када исцрпе све легалне начине да дођу до новца онда прибегавају криминалу.

Ловрићева је у једној емпиријској студији урађеној 2006. године закључила да је степен комуникације и однос поверења између адолесцената и родитеља знатно слабији код групе младих који имају токсикоманско искуство (зависност од хероина) него код младих који немају токсикоманско искуство, као и то да су млади који су постали наркомани били окружени лошијом социјално-психолошком атмосфером у породици у односу на младе који нису постали наркомани.

Што се тиче новијих истраживања спомињемо једно од најдетаљнијих о употреби психоактивних супстанци, а то је Европско истраживање о употреби алкохола и других дрога међу младима у Србији 2008. године, које је реализовано од стране Министарства здравља Републике Србије и Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” (2009). Истраживање је урађено по методологији ESPAD¹², реализовано је 2008. године, а обухватило је 6.500 ученика првог разреда који похађају средње школе. Обухваћене су гимназије, средње школе и средње занатске школе, у градским и сеоским насељима у Републици Србији. Овим истраживањем добијени су следећи резултати :

- Чак 15,1 % ученика општих разреда средњих школа наводи да су током живота бар једном употребљавали неку од психоактивних супстанци (искључујући дуван и алкохол).
- Најчешће коришћене психоактивне супстанце су: седативи (без лекарског рецепта) 7,6%, и марихуана коју је најмање једанпут у животу пробало 6,7% ученика,
- Девојке у значајно већој мери користе седативе у односу на младиће што указује на потребу интензивирања активности у циљу смањења злоупотребе седатива посебно усмерених на девојке.

¹² ESPAD –European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

- Ученици из урбаних средина, посебно Београда су у већем проценту навели да су бар једном у току живота пробали марихуану, међу младићима који су бар једном у току живота пробали марихуану значајно је више оних који наводе да је бар један од њихових пријатеља такође користи, те је потребно спровођење програма који се нарочито базирају на развијању вештина одупирања притисцима.

1.4.3 Истраживања алкохолизма и наркоманије у Европи и свету

Опсег иностране литературе се само условно може поделити на две групе радова у којима се разматрају друштвене девијантности: (1) са теоријског аспекта и (2) на основу претходно спроведених истраживања. Кажемо само условно јер се радови који анализирају резултате емпиријских истраживања истовремено баве и природом и развојем алкохолизма и наркоманије са теоријског аспекта. Постоји велики број истраживања ова два феномена посебно у развијеним земљама. Компарације ради, треба нагласити да када је реч о истраживањима у Европи и свету велики број њих прилагођен је руралном простору, што се не би могло рећи за истраживања у нашој земљи, која су, углавном била усмерена на општу популацију или град и градски простор.

У наставку ће бити приказана истраживања у Европи и Америци.

Европа

Због великог броја истраживања, која су рађена у европским земљама током 20. и 21. века, али са различитим методологијама које нису омогућавале упоредивост података, у наставку ће бити табеларно приказани резултати истраживања који су дати кроз извештаје Европске комисије за мониторинг дрога и зависности од дрога (EMCDDA). Ови извештаји су изабрани како би се омогућило добијање упоредивих података за различите европске земље.

У табелама су приказани подаци добијени истраживањима над општом популацијом становника европских земаља (чланице ЕУ и земље кандидати).

Из Табеле 1.1 види се да је у Србији преваленца употребе алкохола у последњих 12 месеци (72,20%), у години када је вршено истраживање, нешто нижа од европског просека (75,08%), док је преваленца употребе алкохола у току живота (89,4%) нешто већа од европског просека (82,32%).

Из Табеле 1.1 се такође може видети да је преваленца употребе алкохола у земљама Источне и Централне Европе мања него у земљама Западне и Северне Европе.

Ако упоредимо употребу алкохола у земљама бивше СФРЈ видимо да се алкохол најмање користи у Црној Гори, док је употреба алкохола у Хрватској и Србији веома слична. Највише се алкохол, од бивших, чланица СФРЈ користи у Словенији. Подаци за Македонију и Босну и Херцеговину нису били доступни.

У Табелама 1.2 до 1.5 дати су подаци о преваленци употребе различитих врста дрога. Из табела се може видети да је употреба марихуане највећа у свим европским земљама у односу на остале врсте дрога и то од 6 до 12 пута за просечне вредности преваленце употребе.

Када је у питању употреба марихуане, из Табеле 1.2 се може видети да се она у Србији користи 2,3 пута мање од европског просека за месечну и годишњу преваленцу, а за животну преваленцу 2,6 пута мање.

Највећи проблем са употребом марихуане има Чешка и земље Западне Европе. Најмања употреба марихуане је у Турској и земљама Источне Европе.

Од држава бивше СФРЈ најмањи проблем имају Црна Гора и Република Српска са приближно истим нивоом употребе, затим Србија и Федерација БиХ са такође приближним нивоом употребе. Све ове земље имају много мању употребу марихуане од европског просека. За њима следе Хрватска и Словенија које се налазе изнад европског просека.

Остале врсте дрога приказане у Табелама 1.3 до 1.5 тј. екстази, амфетамини и кокаин налазе се на приближно истом нивоу употребе, али са малим апсолутним вредностима (животна преваленца је од 2,24% до 2,84%, а месечна од 0,15% до 0,22%).

У случају свих ових дрога Србија се налази при самом дну европске лествице коришћења дрога, са употребом која је 3 до 4 пута мања од европског просека. Земље које имају најмање проблема са употребом ових дрога су, поред Србије, земље Источне и Централне Европе. Највећи проблем са овим дрогама имају Естонија, Велика Британија и Шпанија, а после њих и остале западноевропске земље.

Табела 1.1: Преваленца употребе алкохола – европске земље

Земља	Преваленца употребе алкохола		
	Последњи месец	Последња година	Цео живот
	%	%	%
Турска	10,10	14,30	28,30
Црна Гора	38,40	53,40	60,40
Португалија	50,30	61,10	73,60
Малта	56,20	69,30	75,60
Румунија	49,40	64,60	79,60
Грчка	68,60	76,90	79,90
Бугарска	64,70	74,30	81,90
Аустрија	61,00	74,70	82,00
Италија	52,60	66,00	82,30
Мађарска	56,30	79,20	84,80
Кипар	67,60	78,80	86,00
Хрватска	60,80	71,80	86,40
Естонија	71,70	85,10	88,10
Србија		72,20	89,40
Ирска	70,60	85,30	90,30
Шпанија	62,30	76,60	90,90
Словачка	60,13	77,49	91,01
Финска	73,70	86,30	93,10
Летонија		85,20	94,30
Француска		86,03	94,39
Немачка	71,60	86,60	96,40
Словенија	67,10	80,60	
Литванија	66,70	82,00	
Белгија		82,10	
Чешка	69,90	84,00	
Холандија	75,70	84,00	
Норвешка	72,40	89,30	
<i>Средња вредност</i>	<i>60,78</i>	<i>75,08</i>	<i>82,32</i>

Извор: База података EMCDDA.

Табела 1.2: Преваленца употребе марихуане – европске земље

Земља	Преваленца употребе марихуане		
	Последњи месец	Последња година	Цео живот
	%	%	%
Турска	0,20	0,30	0,80
Румунија	0,10	0,30	3,00
Црна Гора	0,00	1,00	4,10
БиХ Република Српска			4,50
Малта	0,50	0,80	4,90
Србија	0,80	1,60	7,70
БиХ Федерација			8,20
Грчка	0,90	1,70	9,00
Кипар	1,20	2,20	10,90
Португал	1,70	2,70	12,60
Литванија	0,70	2,30	13,80
Шведска	0,90	3,00	17,60
Бугарска	2,00	3,50	18,20
Летонија	1,50	4,00	20,70
Словачка	1,10	1,30	20,99
Пољска	1,80	3,80	21,00
Финска	1,40	4,60	21,10
Белгија	3,10	5,10	21,20
Хрватска	2,90	5,00	22,50
Аустрија	1,70	3,50	23,60
Норвешка	1,50	3,40	24,60
Мађарска	1,20	2,30	25,10
Ирска	2,80	6,00	25,90
Словенија	2,30	4,40	27,30
Немачка	2,30	4,50	27,80
Италија	1,50	3,50	30,90
Велика Британија		6,40	30,90
Холандија	4,20	7,00	31,10
Шпанија	7,00	9,60	34,60
Француска	1,40	1,80	38,06
Данска	2,70	6,90	41,50
Чешка	4,40	9,20	42,80
<i>Средња вредност</i>	<i>1,86</i>	<i>3,72</i>	<i>20,22</i>

Табела 1.3: Преваленца употребе екстазија – европске земље

Земља	Преваленца употребе екстазија		
	Последњи месец	Последња година	Цео живот
	%	%	%
Турска			0,10
Грчка	0,00	0,20	0,40
Србија	0,10	0,10	0,70
Румунија	0,10	0,20	0,70
Црна Гора	0,30	0,30	0,70
Кипар	0,20	0,30	0,90
Пољска	0,00	0,10	1,10
Литванија	0,00	0,20	1,30
Португал	0,20	0,30	1,30
БиХ Република Српска			1,40
Финска	0,10	0,40	1,80
Италија	0,00	0,00	1,80
Словачка	0,19	0,46	1,86
Бугарска	0,40	1,20	2,00
Словенија	0,10	0,30	2,10
Бих Федерација			2,20
Данска	0,10	0,20	2,30
Норвешка		0,40	2,30
Аустрија	0,20	0,50	2,30
Мађарска	0,20	0,50	2,40
Хрватска	0,20	0,40	2,50
Летонија	0,00	0,40	2,70
Немачка	0,20	0,40	2,70
Француска		0,90	4,20
Шпанија	0,20	0,70	4,30
Чешка	0,10	1,10	5,10
Холандија	0,40	1,40	6,20
Ирска	0,10	0,50	6,90
Велика Британија		1,60	9,30
Естонија	0,20	1,20	
<i>Средња вредност</i>	<i>0,15</i>	<i>0,53</i>	<i>2,54</i>

Табела 1.4: Преваленца употребе амфетаминa – европске земље

Земља	Преваленца употребе амфетаминa		
	Последњи месец	Последња година	Цео живот
	%	%	%
Грчка	0,00	0,00	0,10
Румунија	0,00	0,00	0,10
Турска		0,10	0,10
Црна Гора			0,30
Португал	0,00	0,00	0,50
Словачка	0,00	0,12	0,53
Србија	0,10	0,10	0,60
Кипар	0,10	0,30	0,70
БиХ Република Српска			0,90
Словенија	0,10	0,30	0,90
Чешка	0,10	0,20	1,10
Бугарска	0,30	0,60	1,20
Литванија	0,10	0,20	1,20
Италија	0,00	0,10	1,80
Мађарска	0,30	0,50	1,80
Француска		0,30	2,20
Летонија	0,10	0,30	2,20
Финска	0,10	0,80	2,30
Аустрија	0,20	0,50	2,50
БиХ Федерација			2,60
Хрватска	0,20	0,80	2,60
Пољска	0,30	0,60	2,90
Холандија	0,20	0,40	3,10
Немачка	0,40	0,70	3,10
Норвешка		0,60	3,70
Шпанија	0,30	0,60	3,80
Ирска	0,10	0,40	4,50
Данска	0,20	0,60	6,60
Велика Британија		0,80	11,10
Естонија	0,50	1,10	
<i>Средња вредност</i>	<i>0,16</i>	<i>0,41</i>	<i>2,24</i>

Табела 1.5: Преваленца употребе кокаина – европске земље

Земља	Преваленца употребе кокаина		
	Последњи месец	Последња година	Цео живот
	%	%	%
Румунија	0,00	0,10	0,30
Чешка	0,10	0,10	0,40
Србија	0,00	0,10	0,60
Словачка	0,11	0,20	0,61
Грчка	0,00	0,10	0,70
Бугарска	0,10	0,20	0,90
Литванија	0,00	0,20	0,90
Мађарска	0,20	0,20	0,90
Пољска		0,20	0,90
Црна Гора			1,00
Португал	0,10	0,20	1,20
Кипар	0,10	0,30	1,30
Летонија	0,10	0,20	1,50
Финска	0,00	0,20	1,70
Словенија	0,10	0,50	2,10
Аустрија	0,60	0,90	2,20
Хрватска	0,30	0,50	2,30
Немачка	0,30	0,80	3,40
Италија	0,20	0,60	4,20
Норвешка		0,90	4,20
Данска	0,30	0,90	5,20
Холандија	0,50	1,20	5,20
Француска		1,10	5,40
Ирска	0,50	1,50	6,80
Велика Британија		2,40	9,50
Шпанија	1,00	2,20	10,30
<i>Средња вредност</i>	<i>0,22</i>	<i>0,63</i>	<i>2,84</i>

Сједињене Америчке Државе

Истраживање Napier, Carter и Pratt из 1981. године под називом „Корелација између употребе алкохола и марихуане међу средњошколцима у руралним срединама“ односи се на податке који су прикупљени од 492 средњошколаца у једном пољопривредном округу у југозападном Охају током пролећа 1979. Узорак се састојао од 47,5 % свих ученика деветог и дванаестог разреда средњих школа у округу. Резултати су показали да је већина ученика користила сваку од дрога барем једном у животу. Алкохол је коришћен најмање једном од стране 78,3 % ученика, док је 51,3 % ученика користило марихуану најмање једном.

Циљ овог рада је био да процени учесталост злоупотребе алкохола и марихуане међу ученицима руралних средњих школа и да истражи корелате такве употребе дрога. Одређене врсте дроге за истраживање су изабране зато што су оне најчешће коришћене од стране ученика средњих школа и показало се да се те дроге најчешће користе у првим фазама каснијег обимнијег коришћења наркотика. Истраживање као што је ово требало је да допринесе формирању програма за побољшање контроле злоупотребе алкохола и марихуане у сеоским средњим школама, и на тај начин, да смањи вероватноћу да ће млади људи прећи на озбиљније фазе наркоманије (тј. виšekратну употребу дроге и зависност од наркотика).

Резултати Студије су показали да је степен употребе алкохола и марихуане међу учесницима истраживања био веома висок. Ово је прилично изненађујуће јер је претходно спроведено истраживање у руралним подручјима САД показало да је учесталост алкохола и марихуане традиционално била веома мала у односу на урбана подручја (Bowker, 1976; Национална комисија за злоупотребу марихуане и наркотика, 1973; Forslund, 1977-78; Heiligman, 1973; Tolone, Dermott, 1975; Fischler, 1975-76). Подаци приказани у овој студији јасно показују да употреба алкохола и марихуане од стране малолетника није била ограничена само на градове и предграђа, већ је била препознатљива и у руралним пољопривредним подручјима исто тако. Овај налаз је сугерисао да рурални простор није више имун на девијантна понашања у облику злоупотребе алкохола и марихуане од стране сеоске омладине.

Објашњење алкохола и марихуане у руралним подручјима много је сложеније него што су постојећи модели у стању да објасне. Занимљив налаз који је добијен је релативно висока корелација између учесталости алкохола и марихуане. Овај налаз указује да корисници једне супстанце имају релативно велику вероватноћу употребе друге. Један од начина одређивања ко ће имати највећу вероватноћу да буде корисник марихуане међу становништвом које учествује у студији је да се утврди ко конзумира алкохол. Пошто социјална стигма везана за употребу алкохола није велика, требало би да буде могуће да се утврди стопа конзумирања алкохола који омогућава да се идентификују они који су највероватније били корисници марихуане. Подаци ове студије недвосмислено су показали да социолози више не игноришу злоупотребу дроге у руралним областима, па је врло врло вероватно да злоупотреба дрога међу младима прожима цело рурално друштво.

Истраживање које „баца“ потпуно ново светло на проучавање алкохолизма у америчким руралним подручјима је о *„Социјалним и економским последицама употребе алкохола у руралним областима“* аутора Kellehera и Robbinsa из 1997. године. Друштвене последице употребе алкохола могу се поделити на оне које доводе до промена у социјалним интеракцијама са другима (директне социјалне последице) и оне из којих произилазе промене у нечијем друштвеном положају или животним шансама (индиректне друштвене последице).

Концепт друштвене улоге је централни део дефиниције проблема са пићем и злоупотребом алкохола. Најважније индикације проблема са пићем су негативне директне последице прекомерне потрошње на социјалне интеракције и, посредно, на обављање друштвених улога. Међу сеоским породицама, повећан ниво тензија изазваних нестабилним економским условима, вишим стопама незапослености и недовољним нивоом становања, може да повећа ризик од малтретирања супружника од стране алкохоличара и њиховог малтретирања од стране супружника. Алтернативно, недостатак анонимности који осећају становници малих заједница може да инхибира малтретирање супружника од стране алкохоличара. Тешки зависници од алкохола мање вероватно ће бити насилни ако предвиђају да ће видљиви трагови злостављања супружника бити примећени од пријатеља и познаника у заједници.

Тешко пијење је јасно повезано са релацијским проблемима током брака и стабилности брака. Утицај пијења на брак може варирати у зависности од пребивалишта. У тесно повезаним сеоским породицама, где су доступни алтернативни извори рођачке и пријатељске подршке, тешко пијење може бити мање деструктивно на бракове. Слично томе, негативни ставови према разводу у конзервативним сеоским срединама могу да задрже неке супружнике у браку угроженом алкохолом. С друге стране, у сеоским пољопривредним заједницама у којима муж и жена раде као партнери у вршењу интегрисаног низа задатака, тешко пијење може угрозити како брак тако и живот ове породице (Rosenfield, 1985). Родитељи са дијагнозом злоупотребе или зависности од алкохола имају веће шансе да физички злостављају своју децу, док је занемаривање деце чешће међу онима са зависношћу од алкохола. За родитеље са зависношћу од алкохола, фокус је на обезбеђењу алкохола, а искључењу осталих одговорности, што доводи до неадекватног родитељства и ескалације проблема у понашању деце. Родитељски алкохолизам може имати индиректне социјалне последице за децу, укључујући и лош учинак у школи, деликвенцију, и почетке злоупотребе алкохола (Sher, 1991; Wolin et al., 1980.).

Овај извештај такође је истакао да је преваленција проблема са алкохолом везана за посао вероватно условљена како врстом индустрије тако и карактеристикама посла. На пример, грађевинарство, превоз, производња су имали много већу преваленцу проблема са алкохолом на послу него друге услуге, трговина, или професионалне индустрије. Ове индустрије су заступљене у много већем проценту у односу на остале послове у руралним подручјима у поређењу са урбаним срединама (Anonymous, 1992).

Економске последице - конзумирање алкохола резултира широким спектром последица за друштво. Позитивне последице укључују пореске приходе, отварање радних места и маркетиншке промоције које осигуравају добротворне или забавне манифестације. Негативне економске последице су бројне, од трошкова лечења због злоупотребе алкохола и његових медицинских компликација, до губитка потенцијалних плата за особе повређене у сударима моторних возила, повећање медицинске неге коју користе породице особа са зависношћу од алкохола. Аутори ове студије закључују да је истраживање социјалних и економских последица

коришћења алкохола у руралним срединама релативно ново. Зато концептуализовање социјалних последица у смислу измењених друштвених интеракција и сметњи у функционисању улога може наглашавати јединствен друштвени контекст руралних заједница. Рурални друштвени контекст уз наглашавање социјалних последица злоупотребе алкохола може довести до нових могућности за превентивне интервенције у тој области.

Једно од карактеристичнијих и свеобухватнијих истраживања је „Злоупотреба психоактивних супстанци у руралним деловима и мањим градовима Америке“ од Karen Van Gundy (2006) из Института CARSEY. Истраживање је показало све изазове са којим се рурална друштва Америке боре. Она морају да изађу на крај са утицајем глобализације, новим обрасцима у искоришћавању земље, промењеном и променљивом демографијом, као и проблеми злоупотребе ПАС. Овај извештај је показао да урбана и рурална подручја данас имају приближно исту учесталост употребе и злоупотребе психоактивних супстанци, што рурални простор суочава са јединственим изазовима. Тај изазов је посебно уочљив на примеру „метафентаминске кризе“ у руралним подручјима. Уз то релативна изолација села, миран начин живота пружа идеалне услове за производњу и ширење наркотика. Иако је употреба забрањених дрога нижа у селима него у градовима, употреба ПАС је знатно комплекснија. Стопа злоупотребе алкохола била је виша него свих осталих супстанци (7%), док је друга по реду супстанца по учесталости употребе марихуана (мање од 2%). Разлике између сеоске и градске популације нису биле статистички значајне. Овај извештај повезује следеће факторе са злоупотребом ПАС:

- демографске карактеристике (старост, пол, раса);
- друштвено-економски фактори (образовање, приходи, запосленост);
- породично окружење (брачни статус, присуство родитеља у домаћинству, деца);
- осећај припадности заједници (доступност наркотика, ризик од употребе супстанци, друштвена повезаност и кохезија).

Када говоримо о обрасцима злоупотребе супстанци у руралним подручјима, ово истраживање је показало следеће:

Проблеми са алкохолом далеко премашују проблеме са осталим ПАС. Једина група где постоји ризик од оба је америчка омладина.

1. Године су се показале као један од најпоузданијих показатеља употребе и злоупотребе супстанци; генерално један од пет младих у узрасту од 18-25 година у руралним подручјима је користио алкохол или дрогу 2003., у поређењу са 10% омладине и око 6% одраслих. Степен злоупотребе супстанци се повећава међу младима старосне групе од 18-25 година. Млади између 12-17 година показују већу зависност према алкохолу. Они су дупло више склони употреби алкохола него млади у градовима исте старости; млади узраста 16-17 година у нешто већем проценту (13%) у односу на вршњаке из града (10%) користе алкохол; док код узраста 20-21 година не постоје разлике у употреби између сеоске и градске омладине.
2. Разлике у половима јављају се у раној зрелој доби и настављају се и код одраслих; мушкарци су два пута више од жена изложени употреби ПАС.; узраст од 18-25 година 22% мушкараца и 12% жена је било изложено злоупотреби алкохола, односно 10% мушкараца и 6% жена су били склони осталим забрањеним супстанцама.
3. Степен образовања није повезан са употребом алкохола у руралним подручјима, али је повезан са злоупотребом осталих ПАС. Уколико степен образовања опада, утолико стопа злоупотребе дрога расте у руралним срединама. Образовање се јавља као заштита од употребе дрога више у руралним него у урбаним подручјима.
4. Постоји јака веза између незапослености и злоупотребе супстанци; стопе употребе алкохола су у суштини исте за младе који раде или су незапослени. Што се тиче одраслих у руралним подручјима највише злоупотребе алкохола било је међу незапосленим и онима са пуним радним временом. Незапослена омладина у руралним подручјима показује високе стопе злоупотребе забрањених супстанци. То наводи на закључак да је незапосленост повезана са злоупотребом забрањених супстанци без обзира на године. Они који су били незапослени у руралним подручјима имали су седам пута већу вероватноћу да буду изложени злоупотреби стимуланса од оних који су незапослени у граду.

5. У руралним подручјима злоупотреба ПАС је била много мања међу људима у браку у односу на оне који нису у браку. Исто тако рурална омладина је имала мање проблема са алкохолом уколико су родитељи били присутни у кући, тако да присуство родитеља тежи да буде заштита од употребе алкохола, док присуство родитеља у граду тежи да буде заштита од осталих ПАС.
6. Заједница игра важну улогу у понашању при злоупотреби ПАС. Већи осећај припадности и заједништва среће се у руралним срединама. Међутим, парадоксално је да су стопе употребе алкохола у руралним срединама порасле, услед тога што је прекомерно опијање чешће него умерено пијење. Код употребе дрога и њене доступности одрасли у руралним срединама су мишљења да је дрога доступнија него што то мисле одрасли у граду.

На основу свега изложеног аутор овог истраживања сматра да постоји велика потреба за службом за лечење зависности од алкохола, посебно младих у руралним подручјима. Сви напори заједнице треба да буду усмерени ка искоришћавању постојећих ресурса на селу. Најефикасније методе су управо оне које су развијене, тестиране и процењене у руралним срединама.

Резултати Националног истраживања о употреби дрога и здравља међу младим Американцима, показали су да је употреба дроге достигла свој врхунац крајем 70-тих година прошлог века, опала током осамдесетих, али је потом порасла крајем деведесетих. До 2003. године употреба дрога је била у порасту. У периоду од 1995-2008. године дошло је до благог смањивања употребе ПАС, посебно марихуане и хашиша.

Налази Националног истраживања о алкохолизму међу младима у Америци показује да је он изузетно раширен. Чак 20% адолесцената млађих од 13 година на неки начин долази у контакт и проба алкохол. То су потврдила и истраживања Пелег-Орена и сарадника (Peleg-Oren et al., 2009) из 2009. године, на узорку од 12.312 испитаника, тачније ученика две средње школе, при чему знатан број њих је пробао алкохол и пре 13-те године, што доводи до промена у понашању: слабији успех у школи, употреба оружја, конзумација марихуане 21 пут чешће у односу на оне који никад не користе алкохол.

ГЛАВА 2. ДЕФИНИЦИЈЕ АЛКОХОЛИЗМА И НАРКОМАНИЈЕ

Не постоји једна јединствена, опште прихваћена дефиниција алкохолизма. Зато се врло често каже да колико теоретичара толико и дефиниција алкохолизма. У литератури међу теоретичарима постоји не јединственост у одређењу појма алкохолизма. Разлоге за то треба тражити, пре свега, у сложености самог појма јер је он у исто време и социјални и медицински проблем, који се односи како на појединца, тако и на друштво. Проучавањем алкохолизма баве се различите научне дисциплине: и психијатрија, и криминологија и социологија. С друге стране проучавање алкохолизма је јако тешко одвојити од умереног, контролисаног, друштвено прихватљивог пијења алкохолних пића, што многи теоретичари и не раде. Због различитих елемената дефинисања и дијагностиковања алкохолизма јавља се читава лепеза дефиниција од биолошких, преко медицинских, психолошких до социјалних или правних. Феномен алкохолизма се схвата и као друштвена девијација и као друштвени проблем.

За потребе докторске дисертације навешћемо, по нашем мишљењу, најкарактеристичније дефиниције алкохолизма.

Најстарија и најшире прихваћена је дефиниција од стране експерата Комитета СЗО из 1951. која гласи: „Алкохоличари су оне особе које екцесивно пију, постајући постепено зависне од алкохола, при чему испољавају било отворене душевне поремећаје, било манифестације које оштећују њихово телесно и душевно здравље, њихове односе са другим особама и њихово добро социјално и економско понашање, било да само испољавају предзнаке који наговештавају поремећаје таквог карактера. Због тога они заслужују лечење“ (Гачић, 1985: 16). У том духу се и „алкохолизам дефинише као пијење алкохолних пића које доводи до јасних, соматских и психичких оштећења и проблема у породичном, економском и социјалном животу“ (Гачић, 1975: 14-18).

Овом дефиницијом се по Гачићу издвајају три карактеристике алкохоличара:

1. дуготрајно, прекомерно, неконтролисано пијење;
2. психичка или физичка зависност;
3. здравствене (телесне и психичке) и социјалне (породичне, професионалне и друштвене) компликације.

Значај ове дефиниције огледа се у томе што је третирала алкохолизам као болест, а не као порок или ману, што је до тада преовладало у моралистичким виђењима алкохолизма. Дефиниција алкохолизма СЗО по неким теоретичарима обухвата само оне облике опијања који прелазе традиционалне, друштвено прихватљиве начине употребе алкохола и социјално прихватљивог понашања у одређеној друштвеној средини. Овом дефиницијом се не објашњавају природа и врсте поремећаја, као ни начини њиховог препознавања, стварајући проблеме у пракси, јер тиме многи алкохоличари остају изван делокруга ове дефиниције. Исто тако замера јој се да је исувише „социјална“ дефиниција, да пренаглашава значај социјалних карактеристика, на штрб медицинских и психолошких. Схватање алкохолизма као болести среће се и у другим дефиницијама које проучавају етиологију алкохолизма:

Wiklund: „Без обзира на то сматра ли се алкохолизам психопатолошком или социјалном последицом, алкохоличар се мора сматрати болесником“.

Strecker и Chambers: „Алкохоличар је болестан, у својој болести он има психичку алергију према алкохолу“.

Durfee: „Алкохолизам није последица болести, нити знак моралне деградације, већ патолошки израз унутрашње потребе, која тражи лечење, као и свака физичка болест“ (Худолин, 1973: 49).

Jellinek: „Алкохолизам је свака употреба алкохолних пића која проузрокује штете индивидуи или друштву или обома“ (Jellinek, 1960).

Hirschi: „Алкохолизам је болест целокупне личности“

Abraham: „Алкохолизам је начин бежања од реалности и средство за задовољства без труда“.

Келер и Ефрон: „Алкохолизам је хронична болест, психичка или психосоматска, која се огледа поремећајем понашања. Она је карактеристична понављаном употребом алкохолних пића до мере која прелази уобичајене количине и није у складу са социјалним обичајима средине те негативно делује на здравље или социјално и економско функционисање потрошача“.

Гачић: „Алкохолизам је хронични поремећај понашања који се манифестује поновљеним и ексцесивним пијењем које одступа од уобичајених образаца пијења за дату средину и које је праћено тешкоћама здравственог и социјалног

функционисања“. Ова дефиниција алкохолизма, по нашем мишљењу, значајна је за рано откривање проблема које прати претерана употреба алкохола, што омогућава и благовремену и адекватну терапију сваког индивидуалног пацијента.

Едвардс и сарадници су 1977. настојали да у дефиницији алкохолизма одвоје симптоме зависности од проблема везаних за алкохол. Тако по њима „синдром зависности од алкохола спада у компетенцију одређених медицинских, односно психијатријских институција, а тешкоће везане за алкохол (здравствене, породичне, професионалне, социјалне) треба да буду у другим одговарајућим установама“ (Гачић, 1985: 17).

Дефиниције које се јављају као алтернатива социјалним су свакако медицинске дефиниције алкохолизма. По њима „Алкохолизам је хронична прогресивна болест коју карактерише жеља за пијењем алкохолних пића у циљу постизања субјективног стања задовољства. У развијеној фази болести обично настају телесна и душевна оштећења, која су посредно или непосредно последица алкохолних пића“ (Деспотовић, Игњатовић, Фридман, 1978).

Весел 1977. алкохолизам дефинише као „хронично, прогресивно обољење са дефинисаном етиологијом, патогенезом, патолошко-анатомским супстратом и током. Главни етиолошки фактор алкохолизма је етанол који директним дејством над ткивима и индиректно реметећи метаболизам, генерише синдром алкохолне болести“ (Шћекић, 2001: 23).

По Осборну алкохолизам је са медицинског стајалишта више симптом него болест, а за Ларимера алкохолизам је симптом примарних патолошких промена.

Дефиниције алкохолизма и алкохоличара које су новијег датума, по неким теоретичарима губе везу са индивидуом, и друштвеним последицама људских радњи које су повезане са њима. Алкохолизам се види као абнормалан тип менталне реакције својствене особама које у алкохолу виде утеху за опсесије или емоционалне депресије, или хронични поремећај у понашању којем су својствени претерана брига за алкохол на уштрб телесног и менталног здравља, губитка контроле при конзумирању алкохола те аутодеструктиван став према животним ситуацијама и односима (Штифанић, 1995: 704).

Склони смо закључку да једна свеобухватна дефиниција алкохолизма мора укључивати у себе како етиологију, појавност, манифестације, исто тако и

друштвено значење алкохолизма, мотиве, разлоге пијења, обичаје и традицију, што све скупа доприноси сагледавању штетности што га употреба алкохолних пића има како за појединца тако и за само друштво. Са друштвене тачке гледања алкохолизам је друштвено условљено прекомерно и дуготрајно пијење алкохолних пића које доводи до промена у породичним односима, односима са колегама, пријатељима, комшијама. Алкохолизам дубоко погађа савремена друштва и на микро и на макро плану, захтевајући као императив да буде предмет интереса друштвених наука, а посебно социологије.

У истој равни посматрања појмовно-категоријалног апарата употребе алкохола, може се сагледати и проучавање употребе појма дрога. У литератури се речником дрога често наизменично користе термини као што су: наркоманија, употреба дрога, злоупотреба дрога, токсикоманија, адикција, хабитуација и зависност. Сагласност о сасвим прецизном значењу ових термина и њиховој употреби не постоји. Сви ови појмови не само да су вредносно утемељени, већ почивају на различитим теоријским концепцијама, што доводи до значења која могу да буду у потпуној супротности једна са другим. Назив који је можемо рећи „одомаћен“ у литератури код нас, посебно 70-тих година прошлог века је појам наркоманије. Он је најчешће и најшире присутан појам у одређивању дрога. Поједини аутори указују с правом да овај појам није најподеснији за означавање употребе дрога зато што не можемо увек говорити искључиво о зависности о наркотицима (Худолин, 1973: 194). По Радуловићу наркотици су супстанце које имају наркотичка или опојна својства, па се под њима означавају искључиво дроге које имају опијатска својства, као што су опијум, морфијум, хероин, метадон и сл. Исто тако свођење употребе дрога на наркоманију довело је до тога да је она схваћена као болест, у оквиру медицинског становишта које је преовладало на почетку прошлог века. Тиме се отворила могућност приписивања кривице за коришћење и злоупотребу дрога самој индивидуи и формирању једног крајње негативног, осуђујућег, стигматизованог става према њима (Радуловић, 2004: 3). Израз наркоманија употребљава се за идентификовање сваке зависности од дрога, као много шири појам, који обухвата алкохолизам, зависност од дрога, пушење, конзумирање кафе и чаја. Зато најопштија дефиниција под наркоманијама подразумева сваки вид узимања дрога или било каквих опојних средстава који

стварају било психичку било физичку зависност (Милосављевић, 2003: 169). Другачије речено под наркоманијом се схвата обољење које се састоји у појави болесне зависности о неком средству, било да је реч о средству које се налази у природи или се добија синтетичким путем. Зависност о супстанци је психолошке или физичке природе или комбинација једне и друге (Худолин, 1973: 194).

За Силвестринија наркоманија је „свесна и несавладива потреба, која се обично манифестује после више излагања, да се дрога користи не више само да би се створили почетни ефекти, већ да би се избегли поремећаји изазвани њеним недостатком и да би се одржало прихватљиво стање физичког и психичког здравља. Наркоманија се може односити на једну или више дрога. Све дроге не стварају наркоманију“ (Силвестрини, 2001: 13).

И други појмови пате од непрецизности као и појам наркоманије. Такав је случај и са појмом токсикоманија, зато што се токсичност везује за само мали број супстанци, па се не може генерализовати за употребу свих дрога. Наиме, познато је да се и данас за одређене супстанце везују лековита и позитивна својства, тако да је непримерено изједначавање дрога и отрова (посебно у вредносном смислу). Јован Букелић у књизи „Дрога-мит или болест“ наводи да је по Клоду Оливенстејну „токсикоманија сусрет једног производа, једног социокултурног тренутка и једне личности“ (Букелић, 1988: 315).

Појмови адикција, зависност су појмови који такође припадају појмовима који су дискутабилни. У својој првобитној намери они су требали да истакну сву специфичност супстанци, тј. дрога чије уношење ствара навику и зависност. У складу са променама и савременијим дефиницијама и овај појам је добијао различита значења; од склоности ка одређеним обрасцима понашања, до тешке навике, неодољиве потребе и жеље, чиме се уствари потенцирала физичка зависност као пратећа последица континуиране употребе дрога. У српском језику иначе јако је тешко наћи израз који би одговарао енглеском addiction - бити предан, препуштен, везан. У томе можда треба тражити разлоге све недоследности употребе овог појма код наших аутора. Зато Радуловић сматра да је овом феномену много примеренији термин употреба дрога. Употреба дрога подразумева „свако узимање дрога у немедицинске сврхе односно које је индиковано општеприхваћеним медицинским разлозима“ (Џинић, 1988: 171).

Светска Здравствена Организација (СЗО) објашњава зависност (наркоманију) као „стање периодичне или хроничне интоксикације изазване понављаним узимањем природне или синтетске дроге, чије су карактеристике следеће:

- несавладива потреба за узимањем дрога и њеном набавком по сваку цену,
- повишена толеранција,
- психичка и физичка зависност о деловању дроге,
- штетно дејство на особу која узима дрогу уз штетно деловање на друштво, при чему је дрога „свака супстанца која унесена у организам може да модификује једну или више функција“ (WHO, 1950).

Оно што обележава зависност од дрога је следеће:

- *Психичка зависност* је карактеристична за готово све психоактивне супстанце и манифестује се јаком жудњом за супстанцом и њеним дејствима. Може се тумачити као потреба и жеља неких људи за ефектима дроге у смислу пријатности и задовољства, и отклањања психичке напетости.
- *Физичка зависност* се јавља код неких супстанци комбиновано са психичком зависношћу, а за сваку супстанцу постоји одређени сплет симптома који је карактеришу и који се јављају код прекида уноса супстанце. Она подразумева прилагођавање организма на дрогу, што узрокује различите метаболичке промене и поремећаје, будући да је организам навикао на стално уношење дроге, чије одсуство изазива снажни апстиненцијални синдром.
- *Толеранција* постоји када је потребно узимати све веће количине супстанце да би се постигли жељени ефекти, и један је од критеријума за постављање дијагнозе зависности од супстанце. Може бити схваћена и као постепено опадање ефеката дроге, уз немогућности да се жељени ефекти постигну ранијом количином дроге, чиме се она само повећава (Милосављевић, 2003: 170; Деспотовић, Игњатовић, 1980: 15).

Међу правим зависницима о појединим психоактивним супстанцама посебно се истичу следеће групе:

- Здравствени радници – група која је посебно осетљива и угрожена зависношћу. Ово се може објаснити самом природом посла која

обезбеђује несметан приступ одређеним супстанцама, посебно наркотицима.

- Болесници који болују од различитих хроничних болести – за ублажавање бола, несанице, тескобе.
- Млади са поремећајима понашања, уз изражену склоност ризичном понашању.
- Наркоманија код младих било као израз побуне против постојећег стања, било као жеља за потпуним ослобођењем личности.

Можемо закључити да ефекти узимања дроге зависе од саме супстанце и њених својстава, затим од саме личности и на крају средине у којој се дрога узима.

2.1 Главни теоријски приступи у проучавању алкохолизма и наркоманије

Проучавања која су се нашла у тако широкој области коју зовемо социјална патологија условила су мноштво различитих теоријских праваца који нису јединствени и нису настајали у истом временском периоду. Различитост теоријских праваца условљена је:

- Различитим појмовним оквиром у који се сврстава одређени појам друштвене девијантности или патологије.
- Раздвајањем и операционализовањем предмета проучавања.
- Методолошким приступом проучавању девијантног и патолошког.

У односу на ове компоненте можемо разликовати 4 теоријска приступа:

1. социјално-медицински приступ,
2. социјално-психијатријски приступ,
3. социолошко-културни приступ,
4. интеграциони приступ.

1. Социјално медицински приступ - У склопу овог приступа заступљено је становиште да се сви социјални проблеми, а не само болести у ужем смислу, третирају као болести друштвеног система. На тој равни се посматра дистинкција између „болесног“ и „здравог“ друштва. Основу за овај приступ представљају тумачења друштва као организма у оквиру социолошког промишљања још од Херберта Спенсера преко функционалиста до структуралиста. У радовима наших аутора, посебно Андрије Герића, може се приметити да „социјална медицина

управо треба да се бави друштвеним појавама које су везане за здравље и болести човека као друштвеног бића и као члана уже и шире заједнице“ (Јаковљевић, 1971: 17). Тиме се у проучавање укључује не само медицински већ и економски и социјални аспект „народне патологије“, чиме се истражују не само друштвени већ и економски узроци. У корпусу социјалних проблема који се истражују на овај начин нашли су своје место и алкохолизам, наркоманија, проституција, незапосленост, малолетничка деликвенција и сл. Социјална медицина не проучава само социологију болести уопштено, већ и социологију болесника, медицинског особља, медицинске неге и нарочито међуодносе између структуре непосредне друштвене средине и оболелог човека, пошто масовне болести представљају у својој суштини друштвено-патолошке проблеме. У интерпретацији социјално-медицинских проблема углавном се тражи узрок и пут неповољних утицаја социјално-економских фактора на психофизичко здравље човека, чиме се поједностављује проучавање и алкохолизма и наркоманије (Муњижа, 2011).

Основни приговор овом приступу Јаковљевић налази у следећим елементима:

- пре свега, ове теорије не обухватају на задовољавајући начин све социјално-патолошке појаве;
- типичне социјално-патолошке појаве се не издвајају, јер све не припадају болестима;
- једносмерно, парцијално проучавање узрочних механизма у настанку и развоју социјалних болести, односно одсуство целокупног проучавања друштва и његовог утицаја на појединце (Јаковљевић, 1971: 18).

И поред ових критичких примедби сасвим је јасан допринос проучавања у оквиру социјално-медицинског приступа патолошким појавама, било да се они идентификују са социјалном медицином било са медицинском социологијом, пошто су све болести проучавали и са социолошког становишта. Зато је неоправдано што су многи психологистички и социологистички правци искључили проучавања која се базирају на социјално-медицинском приступу. Ако се тежи једном интегралном проучавању социјално патолошких појава оно би морало да укључи сасвим сигурно у свој оквир и сазнања до којих се дошло у оквиру социјалне медицине.

2. *Социјално-психијатријски приступ* укључује у себе две на први поглед не спојиве подгрупе и то биологистичку и психологистичку.

Биологистичке или наследне теорије полазе од става да су примарни чиниоци који доводе до девијације биолошке карактеристике појединаца. Тиме је покушано да се докаже како неки појединци због свог генетског потенцијала (било физичког било психичког или менталног-дефектне личности) изражавају већу склоност девијантности од других. Оне се базирају на кључној узрочној претпоставци да су девијације узроковане биолошким факторима, пренаглашавајући значај биолошких основа човека. Генетски наслеђена својства или директно доприносе девијантности или стварају јаку предиспозицију за њу. Чињеница је да се неки облици зависности чешће јављају у породицама у којима већ има оваквих поремећаја. Познато је да се рецимо алкохолизам појављује из генерације у генерацију у неким породицама. Исто тако се и код зависника од дрога често трансгенерацијски појављују различити облици зависности било да се ради о алкохолу, лековима или дрогама (Стентон, 1982, према Ковачевић, 2002: 144). Генетска компонента у појави алкохолизма доказана је бројним истраживањима, док код других облика зависности то није случај.¹³ Синови алкохоличара четири пута имају веће шансе да и сами постану алкохоличари. Они имају већи степен толеранције на алкохол, са мање израженим знацима пијаног стања као и специфичним цртама личности (ранији почетак пијења, анти социјално понашање, деструкција и ауто деструкција и сл.).

Рану верзију физиолошке теорије налазимо код Цезареа Ломброса, по коме су криминалци остатак ранијег и примитивнијег облика човека. Ломбросо је идентификовао физичке и психичке карактеристике или типичне особине криминалаца, а то су: велика вилица, високе јагодичне кости, велике уши, неосетљивост на бол и др. То су неки од спољних знакова урођене злочиначке природе. Физиолошка теорија имала је своје следбенике у радовима Шелдона и Елеонор Глик, по којима постоји узрочна веза између физичке грађе и деликвентног понашања. То се посебно односи на здепасте, округле особе које

¹³ Једино је код злоупотребе хероина потврђена значајнија генетска условљеност него код осталих психоактивних супстанци.

показују знаке агресивности више него особе другачије телесне грађе. И по Хајнсу Ејзенку постоји веза између генетских особина личности и девијантног понашања. При том екстровертне особе показују већу склоност ка злочиначкој активности јер се чешће излажу опасности, жуде за узбуђењима, импулсивније су (Хараламбос, 1989: 393). Генетски обликоване карактеристике личности, не дају нам за право да:

- ни један поремећај генерализујемо условљеношћу само биолошких чинилаца; тј. да је неко одређено понашање генетски утемељено условљавајући одређене поступке;
- ситуације да се у различитим друштвима јављају различити облици социјално-патолошких појава, чак и код припадника истих етничких група и породица;
- присутност епидемиолошких разлика социјално-патолошких појава код различитих слојева и класа једног народа, а још мање разлике и диференцијације које настају при брзим друштвеним променама, какве су данас у целом свету и код нас;
- овакво теоријско становиште не може да обухвати читаво поље испитивања социјалне патологије.

Основна замерка овом приступу у социјално патологији је пренаглашавање значаја биолошких чиниоца у настанку девијантности. Ипак потпуно је разумљиво да је проучавање улоге биолошких чиниоца у јављању и настајању неких социјално-патолошких појава, нужно, нарочито уколико се они посматрају у склопу других чинилаца, а не изоловано, пошто је човек у суштини био-психосоцијално биће. Због тога се код новијих заговорника биолошких теорија девијантности примећује благи заокрет, јер се по њима генетска својства јављају само као предиспозиције за девијантно понашање, а не и одлучујући чинилац који доводи до девијантног понашања.

Другу групу чине психологистичке теорије девијантности које девијације објашњавају утицајем психолошких фактора, који по њима имају одлучујући утицај на девијантност (интелигенција, црте личности, мотиви, ставови...). Овај приступ је значајно заступљен и у теоријским и емпиријским радовима. Код ових теорија постоји сличност са биолошким теоријама у следећем:

- девијанте третирају различито од остатка становништва;
- међу нормалним становништвом девијант се доживљава као абнормалан;
- њихова абнормалност је нешто што их предодређује за девијантност (Хараламбос, 1989: 393).

Међутим, јасно су уочљиве и разлике у односу на биолошке теорије.

Код психолошких теорија девијантно понашање се стиче, а не наслеђује се генима. Основ девијантности лежи у дефектним искуствима, а не у дефектним генима. Та искуства рађају „неприлагођене личности“, што доводи до девијантности. Психолошке теорије тумаче девијацију као последицу поремећаја психолошких карактеристика појединаца, или као неусклађеност психичких функција и процеса, или најопштије скупом психолошких карактеристика човека. Суштина психолошког приступа у објашњењу девијантности базира се на чињеници да су емоционални поремећаји условљени неуспешном социјализацијом што ствара неприлагођене личности. Доживљаји из раног детињства обликују понашање појединаца и у адолесценцији и у каснијем периоду.

Навешћемо две групе, по нашем мишљењу, најкарактеристичнијих психолошких теорија и то: психоаналитичку теорију и бихејвиоралну или теорију учења. У круг ових теорија могу се уврстити и рефлексолошка или теорија условљавања Павлова, егзистенцијалистичка теорија Карла Јасперса и теорија имитације Габријела Тарда.

По учењу психоаналитичара девијантно понашање се јавља као резултат несвесних конфликта у раном детињству. Дефекти личности објашњавају се фрустрацијам у току психоинстинктивног развоја. Зависност од супстанци посматра се као поремећај преидипалног типа, код којих постоје озбиљни дефекти у структури ега (Scherbaum, 1996). Различити дефекти јављају се у различитим поремећајима који имају различите видове. Међу њима су најчешћи: орална фиксација, самодеструктивне тенденције и латентна хомосексуалност.

Орална фиксација представља застој у психосексуалном развоју. Уколико особа у том раном периоду добија превише или премало задовољења у каснијем развоју показате проблеме или у смислу даљег развоја или немогућности задовољства на уобичајени начин (Гачић, 1985: 45). И Гловер је заступао становиште да се код алкохоличара ради о оралној фиксацији.

Аутодеструктивне тенденције јављају се као резултат немогућности супростављања родитељу који на различите начине ствара ситуације осујећења, те се на тај начин агресија усмерава ка унутра уместо ка споља.

Латентна хомосексуалност може настати као неповољни аспект ривалитета са оцем. Јака емоционална везаност за мајку, с једне, и недовољно развијен сексуални идентитет, с друге стране, доводе до проблема у односима и потребом за различитим облицима девијантности. Карл Абрахам је заступао идеју о латентној хомосексуалности код алкохоличара.

Друштвене девијације јављају се као последица слабог ега¹⁴, услед чега се јављају друштвено непожељни начини на који се ти нагони задовољавају.

Најважнији допринос психоаналитичких теорија је указивање на један нови елемент у објашњењу девијантности, тј. несвесни елементи личности човека, и испитивање психичке структуре личности. Осим тога ове теорије су врло често заступљене међу институцијама друштвене контроле, које девијанте схватају као болеснике и у односу на то примењују и одговарајуће поступке: од медикаментних, преко психотерапијских.

Основни недостатак од којег пате психоаналитичке теорије је занемаривање друштвених и културних фактора у објашњавању девијантности. Њихове кључне категорије ид, его и супер его је немогуће одвојено посматрати и мерити, па се у односу на то јавља проблем како и на који начин мерити карактеристике личности.

Бихејвиоралне теорије учења и понашања – Основни елемент теорије учења је шема која укључује: стимуланс-реакција или одговор. На основу ове шеме проучавани су облици учења који доводе до настанка и развоја девијантног понашања. Теорија условљавања коју је развио Павлов је уствари теорија учења путем модела награде и казне. Девијантно понашање је условљено шта се, како и колико учи. Понашање које доводи до циља, бива и награђено смањењем напетости и тензија што их појединац има. Примера ради, пренесено на поље

¹⁴ Сандор Радо је у својим истраживањима употребио појам слабог ега да би објаснио ризик од употребе психоактивних супстанци, као индикатора оштећења у раном развоју јединке.

алкохолизма и дроге, уколико је неко напет, узимањем алкохола или дроге, тренутно се постиже смирење и смањење напетости.

Тако ово понашање као условни рефлекс представља научен одговор на кризу све док појединац не постане завистан од неке психоактивне супстанце (или алкохола или дроге). Супстанце које се злоупотребљавају делују путем механизма позитивног поткрепљења тако да особа селекционисано тражи супстанцу која јој доноси највећу „награду“, тј. опуштање, осећај задовољства, самопоуздање, утеху, активацију, будност и повишену стимулацију (Ковачевић, 2002: 148). На ову теорију надовезује се и теорија социјалног учења. Ова теорија потенцира две врсте учења: учење по моделу и учење улога. Из угла гледања теорије социјалног учења злоупотреба психоактивних супстанци се дефинише као функционално понашање, настало као резултат интеракције личних фактора и фактора социјалне средине. Теорија социјалног учења наглашава улогу друштва, родитеља и рођака који могу подржавати модел понашања у сфери злоупотребе алкохола или дрога (Бацковић, Максимовић, Стевановић, 2007: 334).

Биопсихосоцијални концепт употребе ПАС базира се на недовољно развијеним социјалним вештинама за овладавање различитим стресовима. Бихејвиорална медицина заступа становиште да особа може користити психоактивне супстанце да би ублажила негативне емоције или да би иницирала позитивна осећања. У проучавању употребе и злоупотребе дрога као алтернативни приступ наметнуо се модел психосоцијалног стреса, који укључује значај како индивидуалних тако и породичних елемената у савладавању социјалних тешкоћа код адолесцената. Социјална средина и значајне особе у тој средини нуде моделе социјалних улога као и ефикасне стратегије за савладавање тешкоћа. Уколико изостане позитивна идентификација са родитељима изражена у форми ставова и вредности, уз недостатак самопоуздања, неадекватног школовања, утолико су мање могућности да се одоли притисцима употребе ПАС.

Закључићемо да сва појавност и динамика неке социјално-патолошке појаве не може се свести само на психолошки вид објашњења. У њеном објашњењу свакако морају да буду укључени и социолошко-културни приступи. Тиме се не негира чињеница да социјална патологија још увек мора да проучава и менталну патологију личности и све оне аспекте у којима се она рефлектује код великог

броја социјално-патолошких појава, али уз активно присуство социјално-културних феномена.

Најраширенији приступ социјално патолошким појавама је *3. социолошко културни приступ*. Овај приступ социјално-патолошке појаве види као друштвене појаве, то значи да су оне неизоставне у оквиру друштвене структуре, друштвених група, друштвених улога, културних симбола, норми, веровања, те прихватања културних вредности од стране саме личности и сл. Савремене социолошке теорије у објашњавању односа појединца и друштва заступају принцип обостраног утицаја и друштва на појединца и појединца на друштво. Ове теорије садрже и ставове о друштвеним девијацијама и девијантном понашању. У социологији су присутна два приступа овим појавама: функционални и структурални. За функционалисте друштвена структура је непроменљива категорија па се друштво труди да очува стање равнотеже. Структуралисти пак друштвену структуру виде не као статичан већ као динамичан и променљив ентитет. Функционалисти прибегавају функционалном јединству друштвеног система, а елиминишу сваки сукоб, несклад и промену. Нормалност се у њиховој интерпретацији схвата као просечност што у крајњем одговара посматрању друштва на статичан и непроменљив начин. Структуралисти поремећаје објашњавају противречностима друштвене структуре, где као доминантне факторе убрајају социјалне. Ови поремећаји повезани су са аномичним стањима у друштву или као одговор на аномичну друштвену ситуацију. Емил Диркем је дао појмовно-категоријални оквир и методолошки дискурс за социолошко проучавање девијантних појава у друштву. Под аномијом Диркем подразумева низак степен регулације друштва у коме не постоји контрола појединца и где су појединци дезорјентисани. На тај начин је одредио поље деловања социјалне патологије у оквирима болесних-неповољних друштвених чињеница. Девијантност се тумачи као појава која одступа од просека нормалних очекивања датог друштва, или као поремећај равнотеже међу друштвеним чињеницама. Слично томе и симболички интеракционизам девијантно понашање тумачи као одступање од просека тј. социјално очекиваних облика понашања (Лабаш-Драгишић, Јовичић, 2002: 19). Механизми друштвене контроле су неопходни да би обуздавали девијантност, и на тај начин штитили и друштво и поредак.

У оквиру социолошко-културног приступа постоје три основна правца:

- теорије девијантног понашања,
- теорије социјалне дезорганизације,
- теорија социјалних проблема.

Теорије девијантног понашања - најпрегледније одређење теорије девијантног понашања дао је Едвин Лемерт. Ове теорије објашњавају поремећаје као кршење норми или одступање од социјалних очекивања, које изазивају неодобравање већег дела популације. Основне поставке ове теорије су следеће:

- постоје групе девијација и видови понашања у простору и времену које је могуће идентификовати;
- девијације су у функцији културног конфликта;
- реакције на девијацију иду од одобравања преко равнодушности до отвореног неодобравања;
- социопатско понашање изазива ефективно неодобравање;
- девијантна личност је таква личност код које су улоге, статус, функција условљене степеном девијације;
- социјална укљученост девијанта повезана је са њиховим статусом;
- девијанти су индивидуализовани у односу на њихову „рањивост“ на социјалну реакцију (Јаковљевић, 1971: 21).

Основна замерка Лемертовим схватањима, по Јаковљевићу (1971: 20-22), као и његових настављача Вутона, Квина, Гренера, Клинарда и Брауна, огледа се у процењивању девијантног понашања само у оквиру појединих култура изражено кроз културни релативизам, и у оквиру бихејвиористичких схема личности искључујући личност у целини. Осим тога она се задржава на дескриптивном нивоу, не остављајући места низакакве типологије, свдећи проучавање на само неке, а не и све патолошке појаве.

Теорија социјалне дезорганизације - настала је као противтежа биолошким теоријама и једним делом се наставља на класична Диркемова учења о социјалној аномии. Основни предмет проучавања теорије социјалне дезорганизације је „слабљење утицаја постојећих правила друштвеног понашања на поједине чланове групе које су Томас и Знаеџки називали дезорганизацијама (Поповић, Опалић, 1982: 606). Главни представници ове теорије су Елиот и Мерил, који

заступају становиште да су формализми у комуникацији први степен дезорганизације, затим конфликт и на крају губљење друштвеног консензуса. Ова теорија сматра да је дезорганизација природни друштвени феномен, који настаје као последица негативне друштвене динамичности и сталне смене процеса организације и дезорганизације. Ово се посебно односи на друштва у транзицији. Овом теоријом објашњене су посебно следеће социолошке категорије: социјална струкура, социјалне промене, ставови, вредности и социјална криза. У току дезорганизованог процеса заједничка дефиниција вредности се распада. Социјална криза један је од узрока дезорганизације и појављује се у више социјалних ситуација: непосредна опасност, претеће ситуације и ситуације жртви. Према величини друштвених група и карактеру дезорганизованог процеса дезорганизације могу бити: индивидуалне, породичне, локално-комуналне и националне дезорганизације.

Међутим, као и код других поменутих теорија, и код ове теорије се уочавају следећи недостаци: не објашњава се у ком смислу је дезорганизација патолошка појава, а када израз промена које прате развој друштва; инсистира се на социологистичким схватањима при том занемарујући индивидуалне дезорганизације; функционалистички је обојена и заснована на проучавању једног одређеног система и дезорганизација у том систему. Ипак теорија социјалне дезорганизације дала је значајан допринос социјалној патологији, пошто се у њеном светлу приступило проучавању социјално- патолошких појава са глобалног аспекта (Муњижа, 2011).

По многима најзаступљенији приступ у социјалној патологији је управо Теорија социјалних проблема. Ова теорија покушава да у себе укључи и теорију девијантног понашања и теорију друштвене дезорганизације. У западним земљама она је толико развијена да се употребљава уместо термина социјална патологија. Најзначајнији представници ове теорије су Мертон и Низбет. По њима социјални проблеми представљају сами по себи сложена питања из живота људске заједнице која траже решења. Ова теорија се бави следећим питањима: појмовним одређењем социјалних проблема; друштвеним пореклом социјалних проблема, јасним и скривеним друштвеним проблемима; постојањем социјалних проблема у друштву; превладавањем неповољних друштвених ситуација

(Јаковљевић, 1971: 26). Као основни критеријум којим се дефинише социјални проблем је неусаглашеност између социјално распоређених критеријума и стварних услова друштвеног живота. Теорија социјалних проблема ослања се на вредносне критеријуме у објашњењу патолошких појава. Тако по Коену уз девијантно понашање може се разликовати и неконформистичко и абератно понашање. Код абератног понашања вредносни предзнак је у основи негативан. Критике на рачун теорије социјалних проблема крећу се од њеног искључиво социологистичког предзнака, преко тога да она објашњава само девијантно понашање и социјалну дезорганизацију, да у њој класификација социјално патолошких појава није коначна, да је конформизам и даље основна нормативна вредност и да безрезервно прихвата друштвене норме уз релативистички приказ теоријских поставки.

4. *Интеграциони приступ* у социјалној патологији развио се под утицајем хуманистички орјентисаних марксиста, филозофа, социолога и психолога. Он настоји да обухвати биолошке, психолошке и социолошке аспекте социјално-патолошких појава јединствено, кроз теорију отуђења Карла Маркса. Као основа за интеграциони приступ у социјалној патологији могу да послуже и сазнања до којих је дошла антрополошка теорија отуђења, за шта највећу заслугу имају Ерих Фром и И. А. Каурузо. Фром предметом социјалне патологије одређује проучавање друштвено структурисаних дефекта личности као и болесно друштво, тј. отуђење друштвене орјентације које стоје на путу остварења оптимума могућности човека (Поповић, Опалић, 1982: 607).

По Карузу предмет социјалне патологије су друштвене структуре и појединци који су се фиксирани или су назадовали на неки од нижих стадијума развитка оптимума својих могућности, а за Маслово патолошко је умањење, губитак, али и неостварење људских могућности (ибид).

На нашим просторима интеграциони приступ заступао је Владимир Јаковљевић. Он је покушао да превазиђе својеврсни психологизам код Фрома и Каруза с једне, и формирање идеално-типских конструкција, с друге стране. Сматрао је да је социјална патологија наука о човеку која треба да се бави само оним појавама које имају друштвени карактер. По овом аутору све социјално патолошке појаве се деле на: социјалне болести (соматске, менталне и

психосоматске), социопатије (токсикоманије, порок и агресије) и социјалне дезорганизације (брака и породице, комуна и радних колектива и светског друштва). Треба рећи да је интегративни приступ код нас дао најшири предметни, теоретски и методолошки оквир проучавања, што је његов највећи допринос како развоју социјалне патологије, тако и карактеру феномена које изучава.

2.2 Социологија девијација или психијатријска социологија

У литератури се код нас све до краја двадесетог века употребљавао појам социјална патологија, још од времена проф. Владимира Јаковљевића који је установио овај предмет на Филозофском факултету у Београду.¹⁵

За Цоела Беста књига Едвина Лемерта „Социјална патологија“ из 1951. године сматра се кључним тренутком за социологију девијација, зато што је индиректно отворила пут проучавању девијација на начин који се одваја од тада много општијег проучавања социјалних проблема, у оквиру социјалне патологије и социјалне дезорганизације (Best, 2006: 533). Поставља се питање шта се то догодило са социјалном патологијом (да ли је она само ствар концептуалног модног хира актуализован 50-тих година 20. века) и да ли је социологија девијација трајнији феномен по себи. Без обзира које значење социјалне патологије користили (да ли као проучавање појава које се сматрају непожељним и негативним са становишта општеприхваћених вредности и норми, или као социјално-патолошки приступ у анализи девијантних појава, или напросто као науку која се бави девијацијама у друштву), новија литература обилује другим називима за ову дисциплину и другим теоријским концепцијама. Све више су у употреби називи социологија девијантности, социологија друштвене дезорганизације, социјални проблеми, социологија девијација, психијатријска социологија и социологија менталних поремећаја.

У оквиру овог дискурса покушаћемо да осветлимо дисциплине као што су социологија девијација и психијатријска социологија.

¹⁵ Тачније од 1964. године. на Филозофском факултету – одсек за социологију предаје се социјална патологија. Од 2005. године промењен је назив овог предмета у: Социологија менталних поремећаја и Социологија девијација (криминалитета).

Становиште Јелене Шпадијер Џинић код нас такође иде овим правцем, јер дефинишући социологију девијантности Џинић сматра да је она наука „која се бави проучавањем оних друштвених појава код којих се испољава значајно неслагање између прихваћених друштвених стандарда и постојећег друштвеног стања“ (Џинић, 1988: 10). Тиме се по њој социолошки приступ у односу на медицински и биолошки издвојио као темељнији у научном проучавању друштвене девијантности. Сама сложеност предмета девијантности то изискује, тако да су и појмовно-категоријални апарат и методе социолошке у основи. Ова дисциплина, по њој, укључује и:

- девијантна понашања или понашања која у знатној мери одступају од норми одређене заједнице и изазивају одређену друштвену реакцију;
- друштвену дезорганизацију која се испољава као слабљење и формалних и неформалних образаца друштвених односа;
- друштвено реаговање или социјалну контролу девијантног понашања.

Идући овом логиком социологија девијантности требало би да проучава не само девијантна понашања него и стања у којима се девијантност интензивније јавља, али и мере превенције тј. смањивања девијантних друштвених појава у друштвеној стварности.

У иностраној литератури поставља се питање да ли је концепт девијантности још увек релевантан у социологији? Становишта која се појављују крећу се од проглашавања „смрти“ социологије девијација (Колин Самнер, Ен Хендершот), преко Џоела Беста који сматра да је социологија девијација само мање „интелектуално витална и живахна“, до Ериха Гуда за кога је концепт социологије девијација и даље подједнако актуелан као што је био и пре (Goode, 2006: 547).

Пре него што објаснимо теоријска становишта у оквиру социологије девијација и психијатријске социологије, нужно је скренути пажњу на основни појам, а то је појам девијантности. Девијантност сама по себи има релативно значење, па се тако не може у апсолутном смислу ни дефинисати. Девијантност егзистира у односу на неки стандард, али ни стандард није коначно апсолутан и константан. Зато што је девијантност културно условљена, дешава се да оно што је девијантно у једном друштву, у другом се сматра сасвим нормалним. Девијантност је антипод нормама неког одређеног друштва. Девијантност

подразумева „оно чињење које не подлеже нормама и очекивањима чланова неког одређеног друштва“ (Хараламбос, 1989: 390).

За неке теоретичаре проучавање девијантног понашања или социологије девијантности најбоље се може разумети као реакција против традиционалне криминологије. Постоје три важна подручја где се социологија девијација и криминологија разилазе:

1. Криминологија је, историјски посматрано, усресређена на кршење законских норми, док за социологију девијантности дефиниција девијантности подразумева свако друштвено забрањено одступање од „нормалног“. Тако различити облици понашања могу изазвати друштвену реакцију иако не говоримо искључиво о незаконитом понашању (вулгарно изражавање, опијање, лоше друштво...).
2. Традиционална криминологија је усмерена на тражење узрока криминала у појединачном криминалцу, док социологија девијација сматра да неке форме криминалног настају услед наметања друштвене контроле над подређеним или маргиналним друштвеним групама. То може довести и до пораста девијантности у друштву услед спровођења законских мера.
3. У криминологији се не диференцирају појмови: криминал, криминална личност, криминално дело. За социологију девијантности је изузетно значајно раздвајање девијантности у друштву и настајања девијантне личности (Abercrombie, Hill, Turner, 2008).

Пошто нормативни и вредносни консензус у савременим друштвима плод је и променљивих и нестабилних услова, тако исто је и појам „нормалног“ и патолошког или девијантног непрецизан и нестабилан. Границе патолошког постају мање поуздане, развијају се у простору између појединца и групе, некад са већим акцентом на појединцу, а некад на групи. Размишљања о нормалном и патолошком сежу још од Конта по коме је нормално оно што је у вези са прогресом, преко Диркема који нормално поистовећује са исправним и одговарајућим, до тумачења која нормално везују за идеално, или оно што Лакан наводи као смисаоно. Ту се открива проучавање психичког феномена једном као нормалног други пут као патолошког у одређеним друштвеним оквирима (Опалић, 2008: 81). Изворно посматрано нормалност је везана за норму, тј за друштвено правило, пропис,

мерило или начело. Разликовање нормалног и патолошког се схвата као супротност између „реалности за себе“ и „реалности за другога“. Те релације не могу се ограничити и раздвојити на нешто што се дешава само појединцу, и на нешто што се дешава изван појединца. Зато и долазимо до питања шта се узима као критеријум нормалности у једном друштву и односима који владају у њој?

Социолошки приступ нормалном и патолошком имплицира патолошко као девијантно, неконформистичко понашање, а нормално као прилагођавање на аномичну ситуацију или друштвену дезорганизацију као уобичајено друштвено понашање на очекивани начин.

По Кецмановићу „нормална је она заједница која је највише саображена задовољавању аутентичних људских потреба, која у највећој могућој мери обезбеђује реализацију историјских могућности друштва и појединачно сваког човека“ (Кецмановић, 1988: 94). Пошто је таква заједница још увек сан, све више у економски развијеним земљама уочава се по Фрому један „друштвено структурисани дефект“ као резултат отуђеног друштва, а не плод стварних људских потреба. „Критеријум понашања које се сматра нормалним уско је везан за појам (категорију) корисности и заједничког добра“ (ибид, 114).

Антрополошки приступ пак проучавању нормалног и патолошког ставља акценат на болест којој су склони како појединци тако и друштво, па се и сви видови девијантног понашања разумеју као „одбрана“ од болесног друштва.¹⁶ У болесном друштву изражавају се следеће негативне, девијантне људске потребе: нарцизам, деструкција, родоскрнављење, конформизам, ирационалност; насупрот нормалним људским потребама као што су: потреба за удруживањем, потреба за превазилажењем, укорененошћу, за идентитетом или индивидуалношћу и потреба за оквиrom оријентације, за чије остварење је потребно да друштво буде нормално (Милосављевић, 2003: 337-338).

Закључак којем смо склони иницира да у оквиру социологије девијација или социјалне патологије, проналажење и трагање за оним категоријама које означавамо нормалним и патолошким још није готово, и да се очекује много

¹⁶ Што је у основи раније помињаног интегративног приступа објашњавању девијантног понашања од стране Владимира Јаковљевића.

нових и контрадикторних ставова о њима, без обзира на сва она становишта која сматрају да је о њима већ све речено.

Друга дисциплина која је такође предмет нашег интересовања је *психијатријска социологија*. Она је покушала да помири биолошке, психолошке и социјалне факторе у објашњењу девијантности, напомињући да су социјални фактори битни, али не и одлучујући у објашњењу поремећаја који прате функционисање појединца. На тај начин постиже се далеко реалније сагледавање односа између појединца и друштва, и стварање адекватне превенције девијантног понашања. Социолошки приступ у проучавању везе између појединца и друштва полази од двосмерног утицаја како друштва на појединца тако и појединца на друштво. То је оно што Лабаш-Драгишић дефинише као принцип дијадетерминизма (Лабаш-Драгишић, Јовичић, 2002: 18). Присталице психијатријске социологије посматрају друштво у појединцу, за разлику од социјалне психијатрије која посматра појединца у друштву. Свака са своје стране проучавања доприноси изградњи једног система где неће постојати доминиција ниједног од фактора (ни биолошких, ни психолошких, ни социолошких), и где ће се појединац посматрати само у оквиру друштва и друштво у оквиру појединца.

Родоначелником психијатријске социологије сматра се Томас Елиот који је 1928. године први пут употребио овај појам, мада њен замах можемо пратити тек после другог светског рата, тачније од 1956., када је основан Одбор за психијатријску социологију при Међународном социолошком удружењу. Историја психијатријске социологије, обухвата развој социолошких односно социјално-психолошких теорија о друштвеној природи психичких поремећаја и вези тих поремећаја са одређеним друштвеним факторима. Социолози виде психијатријску социологију као науку која у свом истраживању користи методе и технике социологије, бавећи се социокултурним димензијама психичких поремећаја. Допринос социолошких знања је не само потпуније разумевање психичких болесника, њихове социјалне каријере већ и организација тих болесника у психијатријским болницама, психијатрији као професији, друштвеној улози тих болесника, као и социјалном значењу што га поремећај као такав има (Кецмановић, 1988: 102). На тај начин се уже и шире социјално окружење јавља као одређујући чинилац сваког вида човековог понашања, па и оног које је поремећено. Тиме је

посредни допринос социологије највреднији и најупечатљивији. Проучавајући литературу о психијатријској социологији наметнула се потреба детаљнијег објашњења ове дисциплине и оне која такође испитује друштвени карактер психичких поремећаја, а то је *социологија менталних поремећаја*. Постоје теоретичари који поистовећују ова два појма (Вајнберг), као и они (Опалић, Кецмановић, Клаузен, Бастид), који јасно разликују ова два појма. Психијатријска социологија је релативно старија посебна социологија која се као таква више употребљава у Немачкој и у оквиру европског континента. Социологија менталних поремећаја је млађа и преовлађује у Америци и Француској. Психијатријска социологија у себе укључује шири појам или прецизније речено шири и апстрактнији оквир проучавања друштвене природе психичких оболења. Она је више окренута социологији, антропологији и филозофији. Социологија менталних поремећаја више је емпиријски орјентисана, њен оквир је ужи и конкретнији, и ближи психијатрији и социјалној психијатрији. Настанак психијатријске социологије може се повезати и у теоријском и историјском смислу са реакцијом на биолошке, психолошке и медицинске моделе у тумачењу менталних поремећаја (иначе доминантних у 20. веку). Представљала је увод у све оно чиме ће се даље бавити социологија менталних поремећаја (појам, настанак, раширеност, третман и лечење девијантности или поремећаја).¹⁷ Главни предмет социологије менталних поремећаја је проучавање везе између друштвених фактора са једне стране, и психичких поремећаја, с друге стране. Другим речима она нагласак ставља на то како различите друштвене дезорганизације утичу на душевне поремећаје. Она се не зауставља на томе. Даљи оквир посматрања иде ка испитивању улоге друштва у настанку и третману појединих психичких поремећаја Социологија менталних поремећаја испитује последице које одређене појаве у друштву имају на појединца. Социологија помаже овој дисциплини, као уосталом и психијатријској социологији, у проналажењу знакова психијатријских поремећаја и откривању и мењању ставова према психички оболелим у одређеној друштвеној средини. Зато и не чуди када један од заговорника ове дисциплине Бастид сматра да ће једино социологија

¹⁷ Социологија менталних поремећаја у схватању друштвене природе поремећаја индивидуа, користи се појмом који има заједнички именитељ: социогенеза психичких поремећаја.

менталних поремећаја моћи да објасни тако комплексан појам што га има „друштвена бит индивидуалне психопатологије“ (Опалић, 2008: 21).

У оквиру свог угла посматрања пак психијатријска социологија има вишедимензионални приступ друштвеном карактеру психичких поремећаја, јер га посматра у референци са друштвеним бићем човека, изражено кроз сам предмет, појмовни апарат и методе које користи. Она испитује као саставни део друштвених појава психичку компоненту, а поремећаје као резултат одређених друштвених услова. Зато и не чуди да се психијатријском социологијом углавном баве социолози, као што се социјалном психијатријом баве психијатри. Друштвене промене које прате одређена друштва (аномија, друштвена дезорганизација, промене демографске структуре, миграције и др), психијатријска социологија покушава да објасни кроз поремећаје у функционисању појединца. Тако она социолозима помаже у схватању реакција на друштвена превирања, субјективно доживљавање разних видова дезинтеграција (од личних, преко групних до институционалних), или оно што по Опалићу називамо друштвено ирационалним (Опалић, 2008: 20). На тај начин ова посебна социологија акценат ставља на проучавање друштвених фактора у настанку психичких поремећаја, сврставајући их у друштвене девијације. За Славку Морић-Петровић „психијатријска социологија се бави социјалним одређењем душевних поремећаја, и то претежно као социјалном девијацијом, у ослањању на социолошке методе изучавања“ (Опалић, 2008: 20).

Осим теоријских, психијатријска социологија је оптерећена и емпиријским проблемима. Они су условљени како питањима која пред себе поставља ова наука, тако и стањем саме друштвене стварности. Једно од питања са којом је ова наука и почела свој развој су питања везана за ставове према психички поремећеним особама. Ови ставови су анализирани у корелацији са социодемографским обележјима као што су: пол, узраст, образовање и сл. Генерални закључак из испитивања ставова, посебно у нашој средини је да су према алкохоличарима ставови углавном више толерантни, док су најнегативнији према наркоманима (ово се посебно односи на жене и старију популацију која је и мање образована, што су истраживања и потврдила). Ослањање на резултате истраживања потврђује утицај друштвених чинилаца на саму слику и став (углавном негативан) према душевно оболелим. Испитивањем ставова на овом

месту нећемо се више бавити, будући да у наставку дисертације читаво поглавље намењено је ставовима према алкохоличарима и наркоманима.

Не мање значајна група питања која заокупља пажњу социолога када је реч о овој науци је и део који се тиче саме психијатријске професије, њеног социјалног положаја, улоге коју има у оквиру здравственог система, вези психијатара и других професија, као и угледу што га ова професија има у друштву. У зависности од преовлађујућег теоријског приступа зависи да ли ће се овим питањима приступити са вредносног, вредносно-неутралног или класног аспекта.¹⁸

Новије расправе у оквиру психијатријске социологије везују се за антипсихијатрију, на коју се гледа и као теорију и као покрет. Она је акценат ставила на социјалне проблеме које су владајуће странке или политичка елита „гурале под тепих“ (од третмана, друштвене улоге до квалитета живота душевних болесника). Анти психијатријски ставови подвукли су репресиван однос друштва према психички поремећеном као и начину његовог третмана. Посебно овај покрет био је развијен у неколико европских (Енглеска, Италија, Немачка, Француска) земаља као и Америци. Критика се кретала од саме психијатријске институције па све до капиталистичког друштвеног уређења. Оно што се успело је свакако смањивање насилних видова третмана ових болесника, јачање толерантнијег става према психички оболелим, и све већем укључивању психо и социо терапије у лечењу психичких неусклађености.

Тиме се и кроз теоријска и практична сазнања афирмисала и психијатријска социологија и социологија менталних поремећаја, где и једна и друга треба да објасне друштвени контекст проблема менталног здравља. Задатак који стоји и пред једну и пред другу дисциплину јесте како и на који начин друштвене промене, које су све интензивније и учесталије, утичу на психичке поремећаје, што, по нашем скромном мишљењу, доприноси све дубљем и трајнијем повезивању ове две, ако не идентичне, оно бар најсродније науке. На тај начин и у овом светлу би и њихово разликовање могло да се посматра само као неприродно и вештачко одвајање.

¹⁸ На тај начин се у једном смислу посматра са функционалистичког, други пут са структуралистичког, а на на сасвим трећи начин са марксистичког угла.

ГЛАВА 3. ТЕОРИЈСКА ОБЈАШЊЕЊА ДРУШТВЕНОГ ПОРЕКЛА АЛКОХОЛИЗМА И НАРКОМАНИЈЕ

Социолошке теорије у објашњењу друштвеног порекла алкохолизма и наркоманије настале су као реакција на биолошке и психолошке теорије које су доминирале у 19. веку. Прихватајући биолошке и психолошке елементе личности, социолози посматрају алкохолизам и наркоманију као специфичне облике девијантног понашања, како у односу на јединку, тако и на групу у којој се јављају. У зависности од теоријског приступа коме истраживачи припадају, времена у ком делују и проблема које истражују, јављала су се и теоријска тумачења проблема девијантности у друштву.

У групу социолошких теорија објашњења друштвене природе девијантног понашања (алкохолизма и наркоманије у ужем смислу), као и злочина и криминалитета, издвојиле су се по нашем мишљењу следеће теорије:

1. Школа друштвене средине (Тард и Диркем);
2. Социолошка школа Фон Листа;
3. Марксистичке теорије (Маркс и Енгелс и Вилхем Бонгер);
4. Чикашка школа (еколошка теорија, теорија културног конфликта, теорија диференцијалне асоцијације, теорија друштвеног притиска и контролне теорије);
5. Теорија етикетирања.

1. Школа друштвене средине

Социолошка тумачења девијантности у друштву, злочина и криминалитета крајем 19. века, акценат стављају на деловање, пре свега, друштвених чинилаца у њиховом настанку и развоју. Посебно место међу њима имала је школа друштвене средине или милеа у оквиру француске или лионске школе (Игњатовић, 2009; 57), у оквиру које су се, на изванредан начин, издвојили Габријел Тард и Емил Диркем.

Габријел Тард је подробно разрадио своју Теорију имитације или подражавања, направивши прелаз између социологије и психологије, у покушају објашњења и девијација и девијантности друштвеним условима. Основни елемент који по Габријелу Тарду објашњава друштвене појаве је елемент подражавања. „Све значајне радње друштвеног живота извршене су под утицајем примера“. Он у себе укључује два облика имитације: и моду и навику. „Када сеоски дух

доминира у друштвеном животу у њему влада имитација као обичај, а када преовладава дух масе присутна је имитација као мода“. Мода је та која настаје у граду, док су навика и обичај нешто што се задржава у селу. Злочин је објаснио као моду која временом постаје навика (Игњатовић, 2009: 58.). Појединац уколико пронађе нов начин понашања, тај нови вид понашања подражавају и други појединци. Таласи подражавања се међусобно сукобљавају. Јачи талас може потиснути слабији, или један другог могу поништити, а могу и заједно створити нешто ново (Лукић, 1984: 105). Пренесено на поље девијација одлучујући елемент који доводи до девијације јесте имитирање девијанта. Имитација је најача у непосредном додиру са девијантом средином. Формира се путем стицања навике и вежбањем (Милосављевић. 2003: 292). „Пороци и злочини, карактеристични су за највише друштвене кругове и градове, а данас су карактеристични за најнижи слој људи (пијанство, разбојништво, ловокрадице, тровање, наручена убиства, политичка насиља, подметање пожара, лажни новац, крађа)“ (Тард, Филозофија кажњавања, 1972, у Игњатовић, 2009: 238-239).

Иако у свакодневном животу подражавање или имитација и у односу на родитеље и у односу на вршњаке има своје завидно место, посебно код младих, свакако да се ова димензија не може пренагласити у настанку девијације. Имитирање негативних идола посебно у савременом друштву погодује формирању разних облика патологије.

Највећи допринос Габријела Тарда, за професора Игњатовића, је објашњење и увођење у криминологију категорије професионалног злочинца. Код професионалног типа злочинца „ради се о једној сасвим социјалној вези, интимном односу који уочавамо између људи посвећених истом послу или пословима исте врсте, а ова хипотеза је довољна да бисмо постали свесни самих анатомских специфичности, а нарочито оних физиолошких и психолошких које карактеришу деликвенте“ (Тард, Филозофија кажњавања, 1972, у Игњатовић, 2009: 221). „Професија криминалца, као и свака друга, има своје специјалне школе, има свој специјални дијалект, има своје специјалне асоцијације, привремене или сталне, широко распрострањене или локалне. Уколико би дрво криминалитета икада могло бити ишчупано из корена из наших друштава, на његовом месту остао би огроман бездан. Порок се вреднује по криминалу који условљава“ (ибид, 223).

Основни недостатак Тардове теорије огледа се у преувеличавању подражавања у друштвеном животу, проширујући га на многе друге појаве које нису подражавање. Свођење свега на један основни узрок доводи до тога да нема никакве суштинске разлике међу појавама, а тиме се у ствари ништа и не објашњава.

Емил Диркем је заступао својеврсни социологизам зато што је дао примат друштву у односу на појединца и појединачне друштвене појаве. *Differencia specifica* његовог учења је проучавање и објашњење друштвене чињенице. Све друштвене чињенице дели на нормалне и патолошке. Нормалне друштвене чињенице су оне које постоје у свим друштвима и свим временима, које су исправне и одговарајуће, док су патолошке оне које не поседују потребан ниво општости.

Криминалитет је Диркем објаснио на основу колективне свести. За њега је колективна свест „скуп веровања и осећања заједничких просечном члану једног истог друштва што чини одређени систем који има свој сопствени живот“ (Диркем, Разматрања о злочину, 1893, у Игњатовић, 2009: 233). Тако криминалитет разуме као “кршење правних и моралних норми које повлачи казну као чин друштвеног неодобравања“ (Игњатовић, 2009: 59). Са друштвеном поделом рада долази до опадања солидарности и повезаности у друштву, што се објашњава класичним примером аномичног концепта који нам је понудио сам Диркем. Под „аномијом“ он разуме морални неред друштва, због којег појединци не знају више које норме треба следити. Теорија аномије девијантност доводи у везу са друштвеним условима, односно карактеристикама одговарајуће друштвене структуре. Аномију као појам можемо објаснити као „друштвено стање које обележава урушавање норми које утичу на друштвену интеракцију“ (Abercrombie, Hill, Turner, 2008: 8). Она је појам којим се превладава јаз између објашњења друштвеног деловања на нивоу појединца и оних на нивоу друштвене структуре.

Нагле и брзе друштвене промене, које повлаче за собом и друштвене кризе садрже опасност од аномије, чак и онда када је порекло кризе нагли пораст моћи и богатства (Мандра, 2001: 100). Диркем аномију види као мањкавост контроле страсти и жеља, болни немир и напетост појединца у друштву (Опалић, 2008: 49). У свом делу „Самоубиство“ он тврди да људи могу бити сретни само када су њихови прохтеви усклађени са средствима којима располажу. Препуштене себи, људске жеље су необуздане уз нужно ограничене ресурсе, производе несрећу, а

каткад и самоубиство. С тим проблемом недостижних циљева друштво излази на крај тако што ограничава људске жеље и циљеве наметањем склопа норми који допушта само одређене циљеве који могу бити остварени. Појам аномије описује стање где се тај састав руши, циљеви премашују средства, а број патолошких појава расте (Parkin, 1992).

Буквално преведено аномија значи безнормност, безакоње или „стање без норми“. Међутим, није увек лако разумети у друштвеном контексту да ли се мисли на стање аномије или на нека друга стања као што су отуђење, одсуство реда и колективитета, неред и сл. Аномијом је Диркем називао стање одсуства аутентичне солидарности у друштву. На други начин посматрано, из равни различитих функција друштва, она означава недовољну константност у тим односима, и у сфери појединачног и у сфери друштвеног. На овом месту је прикладно објаснити два основна вида солидарности у друштву, по Диркему: механичку и органску. Механичка солидарност почива на заједничким уверењима и консензусу као елементима колективне свести. Карактеристична је за примитивнија друштва, посматрана у оквиру руралног контекста. Колективна свест је друштвена категорија изван сваког појединца. Она се односи на друштвену чињеницу која чланове неке групе тера да се понашају и мисле на одређени начин. Са развојем поделе рада дошло је до јачања индивидуализма, чиме је колективна свест изгубила на значају, а друштвени поредак доведен у питање. Органска солидарност као облик друштвеног поретка карактеристична је за модерна друштва. Она је можемо рећи значила наставак колективне свести у измењеним околностима, где се консензус одржава путем узајамности унутар поделе рада (Abercrombie, Hill, Turner, 2008: 34).

Колективна свест више није у стању да дефинише норме и правила понашања због чега долази до својеврсног међупростора или вакума. Ствара се раскорак између реалног и нормативног. Будући да не постоје чврсти ослонци самим тим слаби друштвена контрола, а то опет производи кршење норми.

По Диркему аномична стања у друштву карактерише одсуство интеграције, немогућност да се остваре одређени циљеви, али и низак ниво самопоштовања.

Полазећи од социјално-органицистичког схватања друштва Диркем је сматрао да су девијантне само оне чињенице које условљавају дезинтеграцију друштва. У

свом делу „Друштвена подела рада“ он је одредио појмовне оквире друштвене аномалије под којом је подразумевао „поремећај друштвене равнотеже услед слабости моралне свести, која није довољно кохезивна (Јаковљевић, 1971: 13). Другачије речено, то је дисбаланс друштвених чињеница посматрано из угла колективне свести која се доживљава као морална институције друштва. То је стање друштвене поремећености где вредности и норме губе своје значење, престају да буду ауторитет за појединца, па због тога не могу да контролишу и уређују његову активност (Џинић, 1988: 35). Врло често се под овим појмом у литератури разуме одсуство или крах норми, отуђеност појединца од друштва изражено кроз личну дезорганизацију или просто као сукобљавање норми у толиком степену да појединац осећа конфузију да ли да прихвати или не одређене норме.

2. Социолошка школа фон Листа

Социолошка школа која је настала крајем 19. века имала је за циљ да повеже позитивизам и класичну школу кроз идеје тројице теоретичара: Принса, Листа и Хамела. У ову групу треба уврстити и Густава Ашафенбурга који је допринео развоју социолошке школе у Немачкој, иако је по вокацији био лекар.

У настанку криминалитета за Листа преовлађујући утицај је друштвених чинилаца, мада се не може пренебрегнути ни значај индивидуалних својстава самог преступника. Пошто криминалите дели на акутни и хронични, на тај начин дели и кривце, односно кривце из навике и случајне кривце. Идеја на којој базира своје схватање казне почива на прилагођавању исте особинама и карактеристикама преступника, тзв процес индивидуализације, па у складу с тим преступнике дели на оне које треба казном застрашити, које треба поправити и непоправљиве као такве. Инспирацију за оваква схватања налазио је у радовима просветитеља, пре свих Волтера као и у Бенетовом утилитаризму.¹⁹

Густав Ашафенбург такође даје предност друштвеним чиниоцима при одређењу узрочности криминала. Али иде и даље сматрајући неприлагођеност друштвеном животу, односно немогућност адаптације на захтеве које намеће друштво основним узроком криминалитета. Допринос социолошкој школи у

¹⁹ О социолошкој школи у Немачкој шире видети у Игњатовић, 2009: 60.

Немачкој Ашафенбург је дао и својом поделом узрока на опште и индивидуалне, посебно детаљно анализирајући и систематизујући опште узроке.

3. Марксистичке теорије

Класици марксизма су ослањајући се на социјал утописте, девијантност и криминалитет објашњавали друштвеним узроцима, и на тај начин понудили основу за разумевање саме природе и узрока друштвених девијација. Социјал утописити су узроке криминалитета видели у самој друштвеној структури, тј. у економској сфери – сфери експлоатације радника. Економске неједнакости проистичу из друштвених, које свој корен имају у самом грађанском друштву, тачније у приватној својини. Неповољан друштвени положај радника доприноси томе да је криминалитет део њихове свакодневице. Решење социјалних проблема и криминалитета социјал утописти су видели у преуређењу друштва на новим основама, понудивши тако концепт друштвених промена, или као социјалистичке колоније (Фурије и Овен), или као замишљена држава Икарија (Кабе).

Маркс и Енгелс су зачетници теорија сукоба, које друштво схватају као друштво у коме доминирају супростављени интереси, који и производе девијације у друштву. У центру њихових интересовања су противречности, односно класни односи у друштву који и доводе до различитих сукоба.

У Марковим радовима фокус проучавања је капиталистички друштвени систем, док се проблему девијација приступало само фрагментарно и узгред. Зато и не чуди што је област друштвених девијација, остала скрајнута и периферна у односу на централно интересовање за класну борбу радничке класе, и што је изостала потпунија и целовитија теорија девијација и криминалитета.

Маркс и Енгелс су примењивали структурално-историјски приступ у објашњавању друштва, по коме се целина друштвених односа најпластичније изражава у економској сфери друштва односно сфери материјалне производње. Поделом друштва на класе и установљеном основном противречношћу између њих, објашњавале су се и све врсте сукова и противречности у друштву, укључујући и оне које се односе да друштвене девијације и криминалитет. За Маркса криминалитет је производ одређених класних односа у друштву, у оквиру материјално-економских услова које су условљене карактеристикама и структуром капиталистичког друштва, изражено и кроз типове друштвених

институција и кроз односе између класа. Капиталистичко друштво је само по себи девијанто јер вредносни и нормативни систем почивају на интересима владајуће класе, а не свих чланова друштва. Појам који је одређујући у Марксовом проучавању узрока девијација у друштву је појам отуђења. У друштвеном животу (и материјалном и духовном) економско отуђење је основ свих других облика отуђења: и у оквиру рада, и у оквиру генеричке суштине човека, па и отуђења од самог себе. Разотуђење човека у свим сферама његовог битисања допринеће и смањивању противречности самог социјалног система, па тако и девијација и криминалитета. Оваква концептуална основа послужила је као образац за многа каснија објашњења друштва, посебно она која се баве дихотомијом између „здравог“ и „болесног“ друштва (Е. Фром).²⁰

За разлику од Маркса, Енгелсово бављење друштвеним проблемима, девијацијама и криминалитетом је донекле потпуније и систематичније, посебно у разматрању друштвеног положаја радничке класе и његовом криминалитету (Енгелс, 1951). Криминалитет радничке класе производ је класне борбе, али и услова и прилика у којима радници живе (беда, сиромаштво). Овакво стање делује деморалишуће на саме раднике, што уз класну подчињеност и угњетавање, доприноси јављању патологије са истом оном извесношћу са којом се јављају и природни закони. „Радник постаје управо исто онако пасивна ствар као и вода, и стога је са истом нужношћу као и она подчињен законима природе“ (Енгелс, 1951: 152-153).

Лењиново полазиште у анализи природе и узрока друштвених девијација не разликује се од оних код Маркса и Енгелса. И он сматра да класни карактер друштва, односно његова структура и процеси, су основни узроци друштвених девијација. Када они нестану нестаће и девијација у друштву. Бавећи се највише совјетским друштвом, проучавање девијација, било је, као и све остало, политички обојено. Друштвени проблеми, девијације и криминалитет третирали су само као „остаци“ ранијег, пређашњег буржоаског друштва. Комунистичко друштво, за Лењина, треба да обезбеди себи нестанак свих оних девијантности

²⁰ При томе се посебно мисли на антрополошко-социолошку школу Фрома која се бавила „друштвено структурисаним дефектима“, односно дефектима друштва, за разлику од других који су се бавили дефектима појединаца (физичким и психичким).

које су биле плод капиталистичког друштвеног система. И уколико се буду јављале биће то сами појединачни случајеви кршења норми. Ова утопистичка слика света код Лењина је добила само другачији облик.

Утицај класика марксизма на касније теоретичаре блиске марксизму посебно је видљив код холандског криминолога Вилема Бонгера. И он је као и марксисти узроке друштвених девијација видео у буржоаској структури друштва и његовој економској сфери. Криминалитет је последица свеопштег егоизма који је карактеристичан за капиталистички начин производње. Јер капиталистички начин производње почива на конкуренцији међу капиталистима, међу радницима и међу капиталистима и радницима. Конкуренција доводи до подељености капиталиста, радника, и једних и других. (Милосављевић, 2003: 279, 361).

Бонгер о томе каже: „Економски услови заузимају много значајније место у етиологији злочина него што им то већина аутора придаје. Садашњи економски систем слаби социјална осећања, јер будући да је његова основа размена, економски интереси су неумитно супростављени. Код оних који имају моћ развија осећање доминације и неосетљивости, а истовремено буди љубомору и сервилност оних који зависе од њих“ (Бонгер, Криминалитет и економски услови, 1916, у Игњатовић, 2009: 241). Редуковање узрока девијантности и криминалитета само у оквиру економског система довело је до тога да је Бонгеру приписано залагање за економски детерминизам.²¹ „Важна група економског криминалитета налази своје порекло, с једне стране, у апсолутном сиромаштву и грамзивости до којих доводи садашње економско окружење, а с друге стране, у напуштању морала и лошем образовању деце сиромашних класа“ (ибид, 241). Пошто је на криминалитет гледао као последицу економских и друштвених услова, закључио је оптимистички да мењањем тих услова можемо се борити против криминалитета. Овакав закључак показао се од највеће важности у превенцији злочина. Јер ако нема друштва које производи злочин злочина неће ни бити. Ако их и буде било они ће бити по Бонгеру само плод патолошких појединаца, којима треба да се баве лекари, а не судије.

²¹ Економски детерминизам у Бонгеровском речнику означава да је улога економских услова у криминалитету претежна, чак одлучујућа.

На основним претпоставкама историјског материјализма ствара се у Енглеској и САД-у „Нова“, Радикална, „Критичка“ теорија девијантности и криминологије.

4. Чикашка школа

Чикашка школа била је позната по томе што је друштвеним проучавањима приступала из еколошке перспективе. За чикашку школу хумане екологије обично се везују 4 теорије о настанку девијација и то: 1. Еколошка теорија; 2. Теорија диференцијалне асоцијације; 3. Теорија културног сукоба и 4. Теорија друштвеног притиска.

4.1. *Еколошке теорије* - Еколошке теорије, као и функционалистичке теорије са којима су блиско повезане, понекад се називају и позитивистичке теорије. То је зато јер оне настоје да одреде узроке људског понашања (у овом случају девијантно и недевијантно), унутар неког облика друштвене структуре која постоји изван појединца.

У случају еколошких теорија, узроци криминала, на пример, могу се пронаћи у начину на који физичко окружење у којем људи живе и међусобно контактирају ствара услове за криминално и некриминално понашање.

Еколошке теорије имају неколико заједничких карактеристика са функционалистичким подкултурним теоријама:

- Обе, иако на незнатно другачији начин, постављају посебан проблем пред начин на који културне групе стварају своје сопствене норме и вредности у односу на њихове физичке и материјалне прилике.
- Обе су потпуно структуралне у свом обиму, и још специфичније, развијене из главног правца функционалистичких теорија. Ово се вероватно може најбоље видети из односа на који обе ове теорије дефинишу настанак индивидуалних/групних вредности као одговор на друштвене прилике/ситуацију појединца.

Другим речима, обе ове теорије усвојиле су позитивистички приступ проучавању и објашњавању девијација.

Еколошке теорије девијација развиле су се првенствено из рада чикашке школе хумане екологије – групе криминолога/хуманих еколога који су радили заједно (невероватна коинциденција) на Универзитету у Чикагу 20-их и 30-их година прошлог века, разматрајући проблеме живота и развоја великих градова са

становишта екологије. Социјална екологија први пут тај назив добија у радовима двојице професора Чикашког универзитета Парка и Бурџеса. Посебан утицај на њихова проучавања имали су радови Фердинанда Тениса и, наравно, Емила Диркема.

Утицај Тениса осећа се у појмовима *Gemeinschaft* које је он користио да теријски прикаже природу социјалних односа у малој размери, простор којим доминирају „заједнице“ (руралне области) и *Gesellschaft* (појам који је он користио да теоријски прикаже природу социјалних односа у већој размери, простор којим доминирају удружења (урбане области).

Диркемова идеја код представника еколошке школе видљива је у објашњењу како неформалне друштвене мреже почињу да бивају све слабије од тренутка када се друштвени односи развијају по броју и величини.

Како је фокус еколога био усмерен на однос између људи и њиховог физичког окружења, рад некога као што је Роберт Парк („Хумана екологија“) природно тежи да се фокусира на начин на који „борба за простор“ унутар урбаног окружења утиче на људско понашање.

Парк је тако приметио да, барем у Америци, узастопни „таласи имиграната“ у америчке градове, имају узнемирујући и реметилачки ефекат на постојеће заједнице.

Представници Чикашке школе, проучавајући однос између физичке и друштвене средине, желели су да на тим темељима објасне понашање људи у великом граду. По њима су друштвени фактори пресудни за настанак девијација у друштву, док су девијације плод неадекватног функционисања града. Са развитком градова стварају се различите четврти, са карактеристичним начином живота. Желећи да утврди просторни распоред стопе девијантног понашања у граду, Ернст Барџис је град Чикаго поделио у пет зона или концентричних кругова и то: 1. Средишна зона града; 2. Транзитна зона; 3. Зона становања радничких породица; 4. Мешавина индустријске зоне и зоне становања и 5. Периферна зона становања припадника више средње и више класе.

На овим темељима двојица истраживача Клифорд Шо и Хенри Мекеј су проучавали девијантност у сваком од ових кругова. Установили су да стопа девијантности константно опада идући од првог ка последњем, петом концентричном кругу. Највише је изражена у транзитној зони зато што је ту и

највећа флукуација становништва. Ту су сконцентрисани и најсиромашнији становници који долазе са села, имигранти, који започињу свој градски живот у типичним сламовима урбаног центра (Хараламбос, 1989: 404). Тако се са процесом раста градова може објаснити висока стопа деликвенције у прелазној зони. Услед сталне смене нових и нових придошлица са стране долази до друштвене дезорганизације, која са своје стране онемогућава стварање стабилне заједнице. Друштвена дезорганизација се препознаје кроз деликвенцију, коцкање, илегалну употребу дрога, насиље, велику потрошњу алкохола, и сва она понашања карактеристична за прелазну зону – зону одсуства друштвене контроле. То су по Шоу „деликвентна подручја“ у којима постоји „највећи раскорак између друштвених вредности којима људи теже и могућности постизања тих вредности на конвенционалне (легалне) начине и врло је упадљив развој криминалитета као организованог начина живота (Џинић, 1988: 32). То је резултат развоја девијантних норми и вредности које се преносе с генерације на генерацију у дезорганизованим друштвима.

Највећи допринос еколошке теорије је у истицању везе између структуре и субкултуре у оквиру друштвеног контекста, и повезивању стопе деликвенције са економским чиниоцима.

Основна замерка теоретичарима чикашке школе односи се на њихову тенденцију да девијанта тумаче као „производ“ и марионету оних сила које стоје изван његове контроле. Раст градова преобликује понашања појединаца без икаквог његовог утицаја. Овакво позитивистичко тумачење види појединца као неког ко реагује на импулсе споља, без могућности сопственог утицаја и обликовања друштвене стварности.

4.2. Теорија диференцијалне асоцијације или Теорије о учењу - Теорија диференцијалне асоцијације је општа теорија криминалног понашања коју је развио Едвин Сатрленд на темељу индивидуално-психолошке теорије Габријела Тарда, односно теорије подражавања или имитације.

Сатрленд је развио теорију диференцијалне асоцијације настављајући, с једне стране, Мидов рад о симболичком интеракционизму, и Селинову теорију културног сукоба, с друге стране. (Akers, 2000). Теорије социјалних процеса сматрају да је „криминалитет функција индивидуалне социјализације“ (Siegel,

1998: 196). Сатерлендова теорија диференцијалне асоцијације криминалних и антикриминалних образаца понашања је упоредива са концептом имитације Габријела Тарда; концепт по коме се понашања подражавају у односу и интензитету односа између људи (Lainer, Henry, 2004). Теорија диференцијалне асоцијације прво је била представљена од стране Сатерленда 1939. године, мада је била прерађена неколико пута (Sutherland, 1939). Два основна елемента Сатерлендове теорије су сам процес учења и садржај наученог за разумевање криминалног понашања (Sutherland, 1983). Учење се дефинише као „навика и знање које се развија као резултат личних искустава у уласку и прилагођавању средини“ (Vold, Bernard, 1986: 205).

Сатерленд претпоставља да се криминално понашање учи у уским социјалним групама, мада ове групе не морају саме по себи бити делинквентне, и да се криминално понашање стиче кроз такве контакте (Sutherland, 1983). Криминално понашање се примарно учи од блиских сарадника као што су породица и вршњаци; али и кроз удруживање са људима који одобравају илегално понашање појединаца, чиме се учи да се постане криминалац (Sutherland, 1939). Ово научено понашање укључује техничке вештине неопходне за извршење криминалног чина као и неконформистичке ставове погодне за криминалне активности²². Веома је важно напоменути да Сатерленд није претпостављао да сваки појединац који дође у контакт са криминалцима постаје и сам криминалац, мада су критичари као Волд то сугерисали (Vold, 1958). Сатерленд наводи „Мада је криминално понашање израз генералних потреба и вредности, оно се не може објаснити тим генералним потребама и вредностима јер је и не криминално понашање израз истих тих потреба и вредности“ (Sutherland, 1939).

Други аспект Сатерлендове теорије односи се на признање да је друштво много комплексније и да садржи мноштво супростављених група, са различитим нормама и вредностима, без обзира на класне разлике (Lainer, Henry, 2004). Он је тврдио да је учење како извршити криминални чин исто као и учење било којег

²² У то време америчка психологија се окретала ка бихејвиоризму, код којег је утицај околине био централна тема која је обликовала понашање појединца. Интересантно је да је Сатерлендов рад, који се појавио паралелно са овим приступом, привукао веома мало пажње психолога, и психологија је остала примарно заинтересована за проучавање индивидуа (Холин, 2002).

другог понашања (Sutherland, Cressey, 1966). Стога, основна претпоставка теорије диференцијалних асоцијација је да је криминал „нормалан“ пре него „патолошки“, јер се он учи као и било које друго понашање. Теорија диференцијалне асоцијације се може упростити на став да појединац учествује у криминалним активностима јер се дружи и усваја про-криминалне обрасце чешће, дуже и интензивније него што су то анти-криминалне (Sutherland, 1983).

Диференцијална социјална организација била је посебно обрађена у Сатерлендовом раду „Криминал белих оковратника“ (Sutherland, 1983).

Сатерленд је први употребио термин „криминал белих оковратника“ током свог председничког обраћања скупу Америчке социолошке асоцијације 1939. године када је рекао да криминал постоји у свим друштвеним класама (Sutherland, 1983). Он је дефинисао криминал белих оковратника као „криминал почињен од стране уважене особе високог друштвеног статуса, тј. његовог занимања“ (Sutherland, 1983: 9). Ова дефиниција криминала белих оковратника је била изложена критици због своје двосмислености као и сам Сатерленд због примене тог појма за дела чија је дефиниција криминалности била правно и социолошки контраверзна (Nelken, 2002: 848). За Сатерленда је криминал белих оковратника представљао нарушавање поверења. Сатерленд је тврдио да на нивоу друштва аномија и кршење норми стварају друштвену дезорганизацију, која води до криминогеног економског окружења (Sutherland, 1983). Он је имао намеру да реформише криминолошку теорију показујући да теорија диференцијалне асоцијације може да се примени на све врсте криминалног понашања.

Теорија диференцијалне асоцијације објашњава криминал белих оковратника, корпоративни криминал и криминалне банде веома добро јер је то криминал карактеристичан за одређене подкултурне групе. Привлачност теорије диференцијалне асоцијације заснива се на њеној једноставности, она нуди једноставно објашњење зашто неки појединци врше криминалне радње, а други не. На жалост ова једноставност је уједно и извор многих критика Сатерлендовом раду.

Многи су критиковали Сатерлендову теорију диференцијалне асоцијације на разним основама. Најважнија је немогућност емпиријске верификације теорије, као што су приметили Креси и други. Социолози су му замерали да је већина дискутованих криминалних радњи пре била грађанска ствар неко кривична.

Сатерленд није прецизно дефинисао који криминал припада криминалу белих оковратника, тако да би свака особа уважена у друштву могла бити крива по његовој дефиницији (Sutherland, 1983). На пример, аутомеханичар је особа у позицији особе од поверења по Сатерлендовој дефиницији, а многи се не би сложили да он може бити крив за криминал белих оковратника. Сатерленд, као одговор на ове критике, наводи да нека технички легална акта корпорација могу се класификовати као криминална радња зато што она нарушавају социјални консенсус (Sutherland, Cressey, 1966).

Сатерленд је такође био критикован за давање теорије која је исувише широка да би била од икакве користи у објашњавању криминала, мада се може тврдити да је његова намера и била да створи општу теорију криминала, а свака општа теорија мора по својој природи бити широког опсега.

Као одговор на претходно наведене критике многи теоретичари су проширили или модификовали Сатерлендову теорију диференцијалне асоцијације у циљу објашњења криминалног понашања. (као што су Бурцес и Ејкерс). Ејкерсова теорија диференцијалног повећања сугерише да применом система награда и казни у току процеса учења стварају се наше дефиниције понашања, прецизније научимо се да понављамо она понашања за која добијамо награде, а напуштамо она за која бивамо кажњени (Akers, 2000).

Политичке импликације теорија диференцијалне асоцијације на кривично право су изузетно значајне. Када кажемо да се криминално понашање учи то нам такође сугерише да се починиоци кривичних дела могу научити и легалном понашању. Рехабилитација кроз поновно школовање и ресоцијализацију су важне терапије које треба узети у обзир, посебно када су у питању малолетни починиоци. Поновно образовање може заменити изговоре и оправдања за криминал, разлосима за поштовање закона. Ресоцијализација се може постићи родитељским вештинама и тренингом са вршњацима. Вероватно је најважнија потреба да се целокупно друштво на новим основама редукује или реедукује како би се уклонила потреба за „првом дефиницијом криминала“ која недостаје у Сатерлендовом раду.

Теорија диференцијалне асоцијације покушала је да буде теорија криминала, способна за објашњење свих видова криминала и са нагласком на то да

криминалци нису ни по чему другачији од грађана који поштују законе. Значајан допринос који је Сатерленд дао криминологији је у тражењу објашњења криминалних и не криминалних активности истовремено, као учење по коме се сва понашања догађају на исти начин. Као што Сатерленд објашњава „покушаји многих истраживача да објасне криминално понашање општим нагонима и вредностима... били су и морају остати узалудни док не буду објашњавали законито понашање на комплетан начин као што то чине са криминалним понашањем“ (Sutherland, 1939: 8). Сатерлендова теорија диференцијалних асоцијација остаје значајан криминолошки рад који има утицај на социолошку, криминолошку и психолошку савремену мисао.

За Сатерленда злочин се може разумети у смислу културног наслеђивања, јер се криминално понашање учи у оквиру примарних друштвених група чији су чланови склони криминалу. Појединци постају деликвенти због изложености онима који показују склоност према кршењу закона, више него према онима који не показују ту склоност. Другим речима, појединац учи да се криминално понаша исто као што учи да се понаша у складу са законом. Све оно што садржи и сваки други процес учења уклопљено је и у ову теорију. У комуникацији и контакту са другим људима он учи да се криминално понаша, не само кроз савладавање технике вршења кривичних дела већ и кроз специфичну мотивацију и изградњу ставова. Принцип диференцијалне асоцијације или прецизније различитих контаката подразумева прихватање криминалних образаца понашања услед дефицита не криминалног понашања (Џинић, 1988: 34).

Оно што је несумњив допринос ове теорије, по нашем мишљењу, је то што је критиковала теоретичаре који су криминалце доживљавали као ненормалне особе, и што је саме узроке криминалног понашања смештала у шире друштвене процесе и оквире. У модерној криминологији ова теорија све је мање у употреби, јер има смисла уколико говоримо о проучавању професионалних починитеља кривичних дела са девијантним каријерама, али је зато ограничене примене када узимамо у обзир изолована криминална дела.²³

²³ Шире о теорији диференцијалне асоцијације погледати код Е. Лемерта (Lemert, 1967) и Даунса и Рока (Downs and Rocke, 1995)

4.3. *Теорија културног конфликта* - Тридесетих и четрдесетих година прошлог века, поједини социолози почели су да истичу сву конфликтну и хетерогену природу модерног друштва. Док су традиционална друштва делила заједничке културне вредности и имала релативно хармоничне односе, то није било важно за модерна индустријска друштва. Друштвени конфликти виђени су као сукоб некомпатибилних интереса, потреба и жеља различитих група као што су капитал и радничка класа, белци и црнци итд. Културни сукоби су последица противречних норми и вредности које потичу од различитих дефиниција доброг и лошег (нпр. да ли је убијање силоватеља своје ћерке заштита породичне части или убиство?). Било да кажемо друштвени или културни конфликт то нас доводи до криминалног понашања које се може видети као неодвојив, нормалан и интегралан део савременог друштва. Социолози са оваквим виђењем ствари могу се назвати теоретичарима конфликта.

Теоретичари конфликта виде друштвени сукоб као централну тачку било којег теоријског објашњења криминала. Одбацујући идеју да се друштво заснива на заједничком консензусу о важним нормама и вредностима, они претпостављају да је најважнија особина сваког комплексног друштва сукоб између различитих делова који се разликују у погледу друштвене моћи и средстава.

Постоје две опште категорије теорија конфликта: (1) Плуралистичка (такође позната као „либерална“ или „конзервативна“) по којој конфликт укључује мноштво различитих друштвених група (и друштвене и религиозне и политичке и етничке и економске). По њима се конфликт јавља као реакција на одређену ситуацију или догађај који доводе у питање остварење друштвене и економске надмоћи неке групе. (2) Радикална (позната још и као „критичка“ или „марксистичка“) која види друштвене конфликте углавном као борбу између друштвених класа у контексту структурних неједнакости унутар самог капиталистичког друштва.

Историјски гледано плуралистичке теорије конфликта обрађене су у радовима Торстена Селина, Џорџа Волда, Вилијама Чамблиса, Остина Турка и Ричарда Квинија.

Вероватно најранији теоретичар кога би смо могли сврстати у групу либералних теоретичара конфликта је Торстен Селин (Thorsten, 1938). Селин је

изнео идеју да се криминал јавља као резултат културног сукоба. Идеја је била следећа: у друштвима са хомогеном културом, вредности које људи признају и норме на које су пристали су у основи једнаке за све. Културе у којима владају овакви нормативни консензуси већ у његово време биле су све ређе. Као резултат тога он је тврдио да у међусобном контакту различитих култура, или уколико у једној култури постоји мноштво подкултура, те различите групе ће се приклонити различитим нормама понашања. Када се то догоди, групе ће неизбежно доћи у међусобни конфликт, а свака од њих ће се борити за право да своје норме наметне другима као легитимне. Највероватнији исход ове борбе је успех групе са најбољим приступом друштвеним средствима. Једном када нека група постане доминантна, норме понашања група које су битку изгубиле највероватније ће бити криминализоване. Закони, према томе, у основи представљају норме понашања доминантне културне групе или група, уз помоћ којих доминантна културна група намеће своју визију културне реалности слабијима, проглашавајући девијантним понашање оних са слабијом друштвеном моћи.

Културни конфликти се манифестују у правној сфери када норме понашања доминантне социјалне групе (нпр. белци, англо-саксонци, протестанти, средња класа итд.) постану уграђене у кривично право; тј. када понашање које доминантна група види као ненормално и погрешно бива криминализовано и кажњиво. Шта више, кривични закони могу бити несагласни са нормама понашања мање утицајних група (нпр. расне и етничке мањине). Резултат тога, по Селину је веће присуство криминалног понашања међу оним појединцима који се нису прилагодили вредностима, идеологији и животном стилу утицајније групе.

4.4. *Теорија друштвеног притиска* - Мертонова теорија аномије

Амерички социолог Роберт Мертон проширио је Диркемов појам аномије у општу теорију девијантног понашања, пружајући једну социолошку теорију девијантности. По њему девијантност не произилази из личности која је патолошка, већ из друштва, његове структуре и културе. Зато и девијантност објашњава из перспективе друштва, а не из перспективе појединца. Мертон разликује културно дефинисане циљеве и институционална средства за остваривање тих циљева. Друштвена структура врши притисак у смеру друштвено девијантног понашања, на људе који су различито распоређени у тој

структури (Хараламбос, 1989: 397). Друштва се и разликују међу собом у односу на степен у којем наглашавају један или други елемент. Зато по Мертону постоје 3 типа културе:

- интегрисана култура – означава склад циљева и легитимних средстава за остваривање тих циљева;

- први тип неинтегрисане или рђаво интегрисане културе – означава претерано истицање циљева на уштрб доступних средстава;

- други тип неинтегрисане или рђаво интегрисане културе – означава супротност другом типу културе у смислу акцентовања легалних средстава на штету друштвених циљева, или уз њихово одбацивање.

Постоји оправдана сумња коју исказује Мертон да у пракси уопште постоји култура која је тако интегрисана да у себе укључује потпуну равнотежу између циљева и средстава. Увек је то мање или више комбинација ове две неинтегрисане културе, било кроз наглашавање средстава, или циљева.

Она друштва која стављају велики нагласак на циљеве, а мали на средства нагоне појединце на усвајање технички најделотворнијих средстава за остварење тих циљева, чак и ако су та средства незаконита. Пример за такво аномично друштво су Сједињене Америчке Државе. Величањем богатства и личног успеха криминал се јавља као нормална појава код одређених скупина, зато што су средства ограничена класном структуром, па за остваривање циљева као што је богатство, не ретко се прибегава и нелегитимним средствима за њихово остваривање.

Појединац, по Мертону, може на пет начина да одговори на аномичну ситуацију: као конформизам, иновација, понављање, повлачење и побуна. Конформизам је најчешћи вид прилагођавања на аномичну ситуацију, прецизније речено он означава сагласност са културним циљевима и дозвољеним средствима. Иновација укључује прихватање друштвених циљева, али и одбацивање институционалних средстава за њихово остварење. Као пример може да послужи криминал и деликвенција, нарочито у нижим слојевима друштва. Ритуализам као облик адаптације значи прихватање друштвених средстава уз одбацивање друштвених циљева. Овај тип обично прати америчку нижу средњу класу. Повлачење као механизам је карактеристичан за хроничне алкохоличаре и наркомане онда када је појединац примио културне циљеве, али су му измакли

друштвени инструменти за њихово остварење, уз одбијање нелегалних друштвених средстава. Побуна или бунт настаје када појединци траже превладавање свих вредности, јер не признају ни вредности ни средства која постоје у одређеном друштву.

Мертон је на овај начин покушао да одвоји културне циљеве и вредности од прихватљивих средстава за њихово постизање. Да би до девијантног понашања дошло мора постојати дисбаланс између нормативних циљева и средстава које друштво омогућава за њихово постизање или до потпуне замене друштвених циљева у друштвена средства (Кецмановић, 1988: 55). Или другачије речено услед противречности самог друштвеног система долази до раскорака између културних циљева и средстава за њихово постизање, зато што су структура и култура у колизији.

Основни недостатак Мертоновој теорији аномије који аналитичари наводе јесте тај што је занемарио значај психолошких чинилаца у развоју девијантног понашања, што је критика и свим осталим теоретичарима који су се бавили проблемом аномије (Диркем, Бастид).

4.5. Контролне теорије

О контролним теоријама у које се убрајају: Две врсте контроле Рајса и Наја, Теорија суздржавања, Контролна теорија Хиршија као и Ниска самоконтрола и криминалитет биће речи касније у петој глави докторске дисертације.

5. Теорија етикетања

Теорија етикетања или Теорија друштвене реакције - Већ четврт века социолози су концентрисани на стигматизовање, обележавање и одбацивање људи са негативно вреднованим физичким, менталним, али и поремећајима у понашању (девијантни, различити или атипични). Таненбаумова (Tannenbaum, 1938) идеја о „драматизацији зла“ и Лемерт (Lemert, 1951) концепт о секундарној девијантности су били претече оваквог приступа. Али су тек Гофманови „Азили“ (Goffman, 1961) и „Стигма“ (Goffman, 1963) представљали успон тренда и персонификацију приступа који типично људско биће дефинише као пирану, а остала бића која се разликују као плен. Гофман говори, нама типичним људима, да они са јасно видљивим негативним разликама нису „сасвим људи“ (Goffman, 1963: 5).

Мада интеракционисти то никада нису имали намеру, нити је теорија која је из тога произашла у својој природи детерминистичка, појмови као што су Бекерови (Becker, 1963) „девијантно занимање“ и „мастер статус“ водили су до примене симболичког интеракционизма у проучавању вредносно умањених људи што је резултирало социологијом етикетирања.

Иронично је да су најутицајнији архитекти приступа који је касније назван етикетирање упозорили своје колеге да не приступају проучавању девијација на начин да се нешто проглашава девијантним или недевијантним. У раду који је касније постао најчешће коришћени текст социологије девијације, „Аутсајдери“, Бекер је упозорио своје читаоце да прогон није неизбежан резултат чињенице да је неко девијантан и да проучавање девијантности треба усмерити како према искључивању тако и према укључивању.

Однос прихватања не заснива се на принципу непризнавања постојећих разлика већ на чињеници да различитост не значи и моралну различитост. Социологија прихватања је усмерена не само на лично прихватање девијантних особа већ и на њихово прихватање у групе, организације, заједнице и друштво (Гросе, 1985). Ово је право време за социологију прихватања јер су пре 15-ак година агенције за заштиту људских права почеле са промовисањем „интеграције“, „нормализације“, „мејнстрима“ и „најмање рестриктивног окружења“ као и развоја друштвеног живота за особе са менталним, физичким и поремећајима у понашању.

3.1 Појам друштвене дезорганизације и њен утицај на појаву алкохолизма и наркоманије

Социјална дезорганизација као појам различито се интерпретира, али најчешће коегзистира са појмом аномije у Диркемовом смислу те речи (као недостатак друштвених норми или као недостатак правила и норми о људском понашању). Врло често социјална дезорганизација сасвим јасно од конкретног до конкретног случаја поприма обележја и значења.

У окриљу функционализма у социологији се развило проучавање социјалне дезорганизације, нарочито у радовима Елиота, Мерила, Фариса. Њихова основна намера је била да друштво проучавају онакво какво оно заправо и јесте, а не као неки супер организам, којем су нагињали органицистички оријентисани

теоретичари у објашњењу друштва. Зато су и користили појам социјална дезорганизација, а не термин социјална патологија. По њима ниједно друштво не може да функционише са апсолутном ефикасношћу, већ се све своди само на различите форме организације и дезорганизације. Социјална дезорганизација наступа када су хармонични односи у оквиру система нарушени тј. поремећени. Представници теорије друштвене дезорганизације виде неравнотежу као природно друштвено стање, а не девијантан феномен, јер друштвени процес у себи садржи како процесе организације тако и процесе дезорганизације. У друштвеној структури односи врло често нису јасно дефинисани, што са собом повлачи несигурност у извршењу бројних друштвених улога. Исто тако, социјална покретљивост спречава испуњавање нових улога, иницирајући и прекомпоновање новонасталих друштвених односа. Услед промене статуса и улога појединаца наступа сукоб између традиционалних и нових образаца што доводи у питање само поимање друштва, при чему се свака промена схвата као својеврсна дезорганизација.

За Томаса и Знањецког (Јаковљевић, 1971: 24), код социјалне дезорганизације долази до слабљења утицаја норми понашања у одређеном друштву при чему долази до доминације антисоцијалних ставова, кршења и непоштовања постојећих правила и институција. Систем вредности у стању дезорганизације је пољуљан као и друштвени консензус и друштвена интеграција. Дезорганизацију поједини теоретичари искључиво свде на кризне ситуације које прате: претеће ситуације, ситуације непосредне опасности и ситуације жртви (Јаковљевић, 1971).

Коен социјалну дезорганизацију схвата као поремећен ред догађаја, који нису довољно усаглашени институционалним правилима и нормама понашања.

Приказати историју и тренутно стање теорије социјалне дезорганизације није једноставан ни лак подухват, не зато што не постоји довољно информација већ због тога што постоји читаво мноштво њих. Од самих почетака истраживања повезана са теоријом друштвене дезорганизације ширила су се на бројна различита поља. Она се простиру на мноштво истраживања из области криминологије, а на овом месту смо се ограничили само на она истраживања која су блиска оригиналним принципима теорије друштвене дезорганизације.

Претече истраживања социјалне дезорганизације су вероватно много различитије од било које друге области криминолошке мисли.

Најпре су Парк и Бурџес (Park, Burgess, 1924) користили истраживања Брекинрица и Ебота из 1912. године у развоју онога што су касније назвали *хумана екологија*. Парк, Бурџес и Мекензи (Park, Burgess, McKenzie, 1969) проширили су истраживање из дела Парка и Бурџеса (Park, Burgess, 1924) уочавајући да одређене карактеристике популације теже да се групишу у концентричне прстенове у корацима од око једне миље око центра Чикага као и то да се карактеристике драматично мењају од једног до другог прстена. Или другачије су овај образац назвали Бурџесова зонска хипотеза.

Шо и Меккеј (Shaw, McKay, 1942) искористили су идеје хумане екологије за проучавање односа урбаних еколошких карактеристика и малолетничког криминала. На основу овог истраживања они су развили теорију социјалне дезорганизације. Примарна карактеристика Шоовог и Меккејевог истраживања је била промена становништва. Они су открили да са повећањем или смањењем стопе становништва долази до одговарајућег раста делинквенције. Претпоставили су да промена популације утиче на делинквенцију услед процеса ширења и доминације, тако што се чланови једне (обично етничке) групе преместе у суседство неке друге групе. Поремећај постојећег реда изазива раст криминала који постаје прогресивно све гори док освајачка група не постане већина; затим се степен криминала враћа на приближно исти ниво. Закључили су да је степен делинквенције у областима са нижим економским статусом био већи него у областима са вишим. Затим су установили и да је делинквенција већа у областима са нижим ценама становања, као и у областима у којима има мање власника станова.

Они су тврдили да области са богатим становништвом нуде атмосферу друштвене контроле, док су области са сиромашним стварале окружење погодно за делинквенцију због разноликости својих станара. Ова разноликост утицала је на стопу делинквенције због различитости прихватања друштвених норми. У зонама са ниском делинквенцијом људи нису толерисали ненормално понашање. У зонама са високим степеном делинквенције, међутим, неки од становника прихватају делинквентне поступке, тиме дајући прећутну сагласност за такво понашање.

Финална анализа у студији Шоа и Меккеја (Shaw, McKay, 1942) односи се на везу између састава становништва у некој области и њене стопе делинквенције. Шо и Меккеј су закључили да је територија проучавања, а не национална и етничка припадност становника била фактор који доприноси делинквенцији. На основу својих открића, Шо и Меккеј (Shaw, McKay, 1942) су сматрали да је делинквенција веома компетитиван начин живота, за неке људе она је представљала предност уколико су у њу били укључени, али је са собом носила и одређене последице. Ово откриће је постало основа теорије социјалне дезорганизације. Шо и Меккеј су копирали своје чикашко откриће на најмање осам других градова. Њихово истраживање је такође изнедрило мноштво других истраживања, поставши једно од кључних теоријских образаца већини савремених криминолошких теорија.

Шоово и Меккејево истраживање генерисало је неколико сличних радова током више од једне деценије. Ова истраживања односе се на Ландера (Lander, 1954), Бордуа (Bordua, 1959) и Чилтона (Chilton, 1964). Открића у истраживањима Ландера, Бордуа и Чилтона сугерисала су да, мада однос између физичких карактеристика неке области и делинквенције може варирати од града до града, и даље постоји постојани однос на одређеном нивоу. На крају њихова открића која се тичу карактеристика популације и делинквенције генерално нису била потврђена овим истраживањима.

Социјална дезорганизација 70-их и 80-их доживљава опадајући тренд, као резултат претераног коришћења званичних података у студијама криминала и због све учесталијих критика на рачун самих теоријских проблема. Неколико студија је ипак наставило да следи принципе социјалне дезоганизације. Основни правац ових студија је био исти као Шоов и Меккејев, а неколико је и даље било толико слично да их можемо сматрати копијама.

Квинијеви (Quinney, 1964) резултати истраживања показали су негативну корелацију делинквенције и економског статуса. Расни састав се показао као највише повезан са делинквенцијом.

У делимичној преради Квинијеве (Quinney, 1964) студије, а како би се оградио од критика због коришћења званичних података у истраживању социјалне дезоганизације, Џонстон (Johnstone, 1978) је користио податке до

којих је сам дошао како би проверио теорију социјалне дезорганизације. Његово истраживање је обухватило 1.124 млада делинквента у добу од 14 до 18 година који живе у Чикагу, који су попунили упитник који је сам Џонстон саставио. Џонстон је такође користио модификовану Шевски-Бел анализу социјале области користећи се „мерама статуса области“ и „мерама породичног статуса“. Резултати анализе открили су да мере статуса области имају позитиван, али не и значајан однос са тучама и криминалним делима повезаним са оружјем, и негативан и не значајан однос са свим другим мерама делинквенције. У односу на мере породичног статуса, статус ниже класе био је значајно повезан са тучама и оружаним неделима, пљачкама, нападима на службена лица и хапшењима.

Касније се јављају и истраживања Бурсика и Веба (1982), Шуермана и Кобрин (Schuerman, Kobrin, 1986), Сампсона и Гроуса (Sampson, Growes, 1989) и других.

Главни недостатак истраживања социјалне дезорганизације је била релативно слаба теоријска основа која би их усмеравала и објашњавала (Bursik, 1988). Већина истраживања из ове области одавала је поштовање за социјалну дезорганизацију кроз литературу, а затим би једноставно спроводила анализу са мало теоријског објашњавања својих открића. Два аутора (Sampson, 1986; Stark, 1987) намеравали су да унапреде саму теорију и обезбеде бољу везу између истраживања области (суседства) и теоријске основе. Они су се трудили да дају теоријски оквир истраживању социјалне дезорганизације тако што би формализовали неке од најважнијих аспеката Шоових и Меккејевих открића.

Теорија социјалне дезорганизације 90-их усмерена је на истраживање суседства барем у областима криминологије и правосуђа. Ово је умногоме било засновано на признању постојања све већег пропадања америчких градова, повећања стопе криминала и популаризације комуналне полиције. Овај обновљени фокус довео је до повећања броја истраживања суседстава. Многа од ових истраживања била су заснована на теорији социјалне дезорганизације, али уз напуштање њене теоријске основе. Међутим било је и истраживања (Bursik, Grasmick, 1993; Sampson, Raudenbush, 1999; Sampson, Raudenbush, Earls, 1997) који су задржали бар неке од принципа теорије социјалне дезорганизације. Ове

студије су често покушавале да унапреде истраживање суседства и криминала бољим методолошким техникама и боље изабраним подацима.

У једном од највећих истраживања суседства и криминала 90-их, Грасмик и сарадници (Grasmick et al., 1993) представили су прерађену теорију социјалне дезорганизације премештајући је у „ширу системску теорију заједнице, која ставља нагласак на одређивање како се живот у суседству обликује структуром формалних и неформалних веза и удруживања“ (Grasmick et al., 1993: 55).

Велики део истраживања везаних за социјалну дезорганизацију 90-их је почео да се фрагментира и истражује само делове теорије социјалне дезорганизације. На пример, Елиот и сарадници (1996) анализирали су етничку разноликост суседства (мерење је било засновано на броју различитих језика који се говори) како би истражили утицај криминала заснован на разликама у вредностима и нормама етничких група. Такође су постојала и истраживања повезана са распадом породица (McNulty, Bellair, 2003).

Крајем 90-их Пројекат хуманог развоја у чикашким суседствима почео је да мења природу истраживања социјалне дезорганизације. Овај пројекат је користио теорију социјалне дезорганизације као основу за поновно истраживање криминалних образаца у суседствима Чикага. Ово је било једно од најзначајнијих истраживање у области криминологије још од рада Шоа и Меккеја (Shaw, McKay, 1942) и уопште у историји криминолошких истраживања.

Теорија социјалне дезорганизације у 21. веку је практично нестала у свом оригиналном облику. Била је замењена (а) истраживањима која одају признање теорији, али одступају од њене оригиналне намене, (б) истраживањима фокусираним на колективној ефикасности и (ц) истраживањима фокусираним на карактеристикама суседстава али са различитом теоријском основом (укључујући мноштво истраживања спроведених под термином криминологија околине).

Сампсон и Рауденбуш (Sampson, Raudenbush, 2001) су остали верни социјалној дезорганизацији али су одступили од њене оригиналне визије. Они су признали да је способност разумевања социјалне дезорганизације од највеће важности за потпуно разумевање градских суседстава. У њиховом истраживању, међутим, социјална дезорганизација се првенствено састоји од визуелних показатеља физичког пропадања.

Сампсон и Рауденбуш (Sampson, Raudenbush, 2001) тврдили су да структура суседства више него социјална дезорганизација утиче на степен поремећаја. Они су међутим тврдили да поремећај не производи криминал.

Настављајући истраживање Сампсона и Рауденбуша (2001) Моренов, Сампсон и Рауденбуш (2001) праве везу између социјалне дезорганизације и онога што су они назвали социјални капитал. Моренов и сарадници (Morenoff, Sampson, Raudenbush, 2001) користе термин социјални капитал за описивање социјалних веза између људи и позиција.

Комбинујући многа истраживања и развој у последњих 15 година, Ворнер (Warner, 2007) је настојао да опише облике социјалне контроле (и колективне ефикасности) истражујући вољу самих станара да директно интервенишу у некој ситуацији пре него да се ослоне на формална средства контроле (обично полиција, али такође и избегавање и толеранцију).

Све у свему, теорија социјалне дезорганизације у првој деценији 21. века чини се да неће проћи много боље него крајем 20. Теорија још увек има подршку у истраживањима суседстава, али већина истраживача укључује само поједине делове теорије, неколико варијабли, или једноставно само одаје пошту теорији кроз литературу, а затим изводи истраживање суседства на начин који је једва доследан теоријским основама социјалне дезорганизације.

Будућност теорије социјалне дезорганизације је чини се слична њеном тренутном стању. Мали број криминолога изводи истраживања на начин који је близак њеној оригиналној замисли.

Можемо закључити да социјална дезорганизација представља такву врсту друштвених проблема коју прате неусклађености на ширем друштвеном плану – плану социјалног система и ужем персоналном – у оквиру прихватљивих статуса и друштвених улога.

3.2 Културно вредносни обрасци српског села и њихова примена као узрок алкохолизма и наркоманије

У руралном друштву људи су повезани у различите врсте односа и колективе нужно и независно од њихове воље, у скаду са њиховим природним, друштвеним и културним особинама. Цветко Костић (1969) дефинише рурално друштво као колектив личности у руралној средини, које има своју културу и

функције различите од других друштава, чији чланови сарађују међу собом да би задовољили своје главне потребе.

Предмет теоријске пажње и све већег броја непосредних истраживачких подухвата односи се на сеоски систем вредности и промене које се дешавају у њему и око њега. Тај однос може да се посматра на чисто теоријском нивоу, али и у оквиру истраживачке праксе. Концептуални оквир у нашем објашњавању односи се на процес евидентног мењања физиономије српског села (под утицајем санкција, рата, пораста социјалне несигурности, сиромаштва, патологије), посебно ако се има у виду мањак и теоријских и емпиријских радова из ове области. С једне стране, разлоге томе треба тражити у маргиналној улози која је придавана селу и његовом развоју, а са друге стране, погрешном приступу (превласти теорије над истраживачким и теренским радом) у оквиру социологије и у оквиру социјалне патологије Отежавајућу околност свакако представља и недоступност статистичких података о различитим врстама девијантности на селу.

Кључни појам од којег полазимо је појам вредности. Вредност се може дефинисати на различите начине: 1. „као преферирајући интерес у односу на неку ситуацију, збивање или објект“ (Петрини, према Шувар, 2002: 318.), или као 2. „квалитет предмета који садржи било коју врсту цеђења или занимања“ (Enciklopedia Britannica), односно као 3. „концепција пожељног која утиче на избор циљева и саму акцију“, до тога да их Парсонс види као 4. „елемент система симбола који усвајамо, као спону између друштвеног и културног система“ (Parsons, 1988: 45), 5. Пантић вредност схвата као „интегративан појам који доприноси целовитијем сагледавању сложених друштвених појава, укључујући оне као што су култура, друштво, личност (Пантић, 1981: 9). Другим речима вредности су критеријум који људско понашање усмерава према жељеним циљевима (Шувар, 2002: 318). Вредности представљају најдубље показатеље друштвеног развоја, формиране као творевине културе. Оне се намећу појединцу као очигледност и ствар по себи, која се може усавршити, али се не може довести у питање.

Појам који је сродан и изведен из вредности је појам норме. Норме су пре свега друштвене категорије. Оне имају регулацијско значење за друштвене процесе и односе, али не одређују начела применљива изван друштвене

организације, или често изван одређеног друштвеног система. У развијеним друштвима структурално тежиште норми је правни систем (Parsons, 1988: 45). То су норме које су озакоњене у праву и санкционисане од јавне власти. Припадају домену социологије права која показује како се мења правни апарат једне заједнице прилагођавајући се друштвеним променама, утичући на ове промене и мењајући законе. Оне су својеврсни водичи за акцију и прихватљиво понашање у одређеним ситуацијама. Друштвене норме представљају једну врсту спољашњег социјалног оквира за унутрашњи интегритет појединца (Опалић, 2008: 71).

На другој страни традиција се може дефинисати као оно што се дешава само по себи и што се дешава као аксиом. Појам традиционалне културе има значење културе која припада прошлости. Прецизније речено она подразумева културу прединдустријске цивилизације, чија је једна димензија сељачка или сеоска култура. За Редфилда сеоска култура је „локални, приземни израз традиционалне, прединдустријске цивилизације“ (Redfield, 1963). Примарне друштвене групе на селу (породица, суседи) у себи садрже вредности традиционалне културе, тј. експлицитно изражавају своју сеоску димензију. Шувар (2002: 322) традиционалне вредности дели на: 1. праксеолошке; 2. друштвене и 3. политичке вредности.

1. Традиција је суштинско обележје сеоских средина. Пољопривреда је делатност која се везује уз село, па се врло често схвата као снага која обезбеђује традицију сеоског живота. Земља и власништво за сељака представљају основну друштвену вредност, јер су извор његове егзистенције и основни производни ресурс. Та и таква традиционална култура не може се похвалити да је окренута ка пракси (извесност производње, ограничена продукција добара, природан ритам рада, прилагођавање природи и сл.).
2. Друштвене вредности традиционалне културе исцрпљују се у оквиру примарних друштвених група, од групног схватања припадника сеоске заједнице, преко хомогености до јаке социјалне контроле односно „друштвене видљивости“ и на крају самодовољности.
3. У сеоским заједницама породични ауторитет, патер фамилиас је нешто што се преносило и у домен политичког одлучивања. Традиционално устројство сеоских заједница почивало је на високом ступњу групне

идентификације уз високо развијену групну солидарност и безрезервно чување свог села и своје организације.

Прилике у српском селу могу се сагледати у контексту свеобухватних промена које су се одиграле на глобалном плану (последња деценија прошлог и прва деценија новог века). Милован Митровић с правом наглашава да је „српско село у последњој деценији 20. века било у тешкој структурној аномiji и у суровој развојној блокади (2001: 195). Томе су свакако допринели: слом социјализма, грађански ратови, санкције, сиромаштво, друштвена несигурност. Све се то одразило и на српско село које је данас простор амбивалентног утицаја и значења. На једном континууму посматрања село углавном има негативни предзнак као нестајање, одлажење, напуштање, оријентација на тржиште, „расељачење сељака“, интересни односи и сл. На другом делу посматрања су романтичарске тврдње о изворној природности на селу и заједничком духу кога све мање следе савремени услови живота.

Менталитет у савременом селу се променио. Занемарује се заједништво и солидарност, традиционални обичаји, велике породице, што све упућује на закључак да оно исконско сеоско и одређујуће се губи. Све више постоји плурализам занимања на селу, све заступљеније образовање, мобилност, прихватање урбане инфраструктуре и урбаног начина живота, чиме се исконски сеоски менталитет мења из корена, и у егзистенцијалном и у друштвеном смислу (Ивош, 2010: 40).

Промене су очигледне и у вредносно-моралном смислу. Наиме досадашњи систем вредности нема више своје реално упориште, а нови још није успостављен. Вредности које је могуће наћи у сваком сељачком друштву по Мандрасу (1987) су следеће:

1. Љубав за земљу – основна карактеристика сељака. Не само у егзистенцијалном већ и у симболичком смислу – као наставак континуитета породице из које је сељак поникао, јер су домаћинска група и сродство две кључне институције сељачког друштва.
2. Интерес за породицу – такође једна од често навођених врлина сељака, чиме се истиче континуитет и чврстина породичне организације, и у економском и у сентименталном смислу.

3. Смисао за гостољубивост – који је уочен у бројним сељачким друштвима и који се јавља као контрадикторност са одбацивањем свега онога што долази споља и суседних колективитета и глобалног друштва. Та неусклађеност прати и друге неусклађености: самодовољност и нужда да се производи за тржиште, релативна аутономност и подложност глобалном друштву итд.

Каква је култура својствена сеоској заједници? За сељачку културу кажемо да је типична народна култура која се изражава кроз колективно веровање, мишљење и понашање, преношено с колена на колена углавном усменим путем. Она је по својој природи традиционалистичка, статична, аутархична, окренута прошлости и одржавању постојећих односа. Живот сељака перципиран је као својеврсни „демоде“, где се становник села препознаје као неко ко припада сељачком друштву. Културни профил сељака носи дубоку стереотипну и традиционалну димензију без обзира на драматичне промене које прате српско село.

Сељаков систем вредности, услед процеса индустријализације и урбанизације, које долазе споља, се изменио. Основна вредност је градска цивилизацијска слобода, материјално благостање, лагодан живот, откривање непознатог (Лукић, 1997). То је нека врста мешовите културе градско-сељачке. Тако сељачка, изворна култура губи своју животност, мења се под утицајем града и често личи на своју сопствену карикатуру (Лукић, 1986: 171-173).

Данашње српско село налази се у некој врсти вредносно-моралног вакума. Село показује структурну неусклађеност између традиционалних образаца понашања и модерних аспирација, као и недостатка функционалне вредносно-нормативне структурисаности. Зато Сретен Вукосављевић (1962: 241) то стање назива својеврсном „моралном збуњеношћу“. Оно наступа када брзе и нагле друштвене промене не могу да истим темпом прате и одговарајуће успостављање норми. Другачије речено, форма новонасталог друштва касни за прекомпоновањем и ишчезавањем прошлог и старог. Промене изазивају сукобе и распадање органских структура које село не може само да савлада нити сељаци могу да управљају таквим процесима (Митровић, 1998: 134). Реалну димензију оваквог стања даје нам Радомир Лукић који каже: „Сељак је одбацио старо, али не уме да створи ново, јер му је друштвени положај неодређен. Он се осећа као на

„привременом одсуству“ – презрен је више него пре, толико да сам себе почиње да презире, да се стиди што је сељак. Друштво му не даје никакву повољну перспективу, јер више ни прелазак у град не изгледа повољан. Стара веровања су пољуљана, а нова нису створена. Сељак стоји на раскршћу са кога воде неизвесни путеви. У селу остати – стид је, у град отићи све је теже. Он је ни на небу ни на земљи“ (Лукић, 1986: 184).

Врло често се дешава да различите друштвене групе прибегавају различитим нормама понашања које могу имати и опречни и искључујући карактер, што може довести до интензивније девијантности у друштву, па и на селу. Захваљујући масовним медијима мењају се традиционални културни обрасци друштвеног живота на селу. Масовна култура све више брише сељачку културу, која уз инфраструктурне, економске и културне претпоставке поспешује девијантне појаве које се и јављају као последица доступности ПАС на селу, а не само у граду. Да ли и у којој мери је српско село у могућности да понуди и социјалну и културну инфраструктуру младима на селу? Млади се налазе у двострукој улози и као носиоци система вредности и као актери преображаја на селу. Основни проблем са којим се суочавају становници сеоских насеља у Србији је да млади не желе да живе и раде у селу. Додатни проблем ствара и то што је ниво и темпо модернизације у селима знатно спорији од очекивања младих (Митровић, 1998: 303). То са своје стране доводи до генерацијског сукоба са старијима. Поменути сукоб за Митровића много више захвата село него град, изазивајући поремећаје међу генерацијама. И не само то. Са све израженијим смањивањем разлика између села и града, село није у стању да тако брзо усвоји све новине што може у крајњем исходу довести до патолошких последица: алкохолизма, наркоманије, криминала.

Пораст девијантног понашања (алкохолизма, наркоманије, криминала), не доводи се у везу са оним друштвима која нису у потпуности атомизована, где још увек постоји снажна повезаност и са породицом и са друштвом. Са брзим друштвеним променама јављају се и озбиљне друштвене тешкоће. Тога није поштеђен ни рурални простор. Негативни стереотипи који прате село и сељаштво доприносе томе да их урбано становништво доживљава и даље као неотесане, прљаве, злураде, а са друге стране саме становнике села тера да што пре промене

слику о себи. У том настојању врло често се прибегава како алкохолу тако и употреби ПАС. Запостављање села, доводи не само до исељавања младих у градове, већ и до појаве разних видова девијантног понашања, беспосличарења, ленчарења и осећаја безнађа код оних малобројних младих људи који су остали на селу. Приближавање села граду допринело је томе да се схватање слободног времена и доколице значајно измени и изједначи са оним у граду. Многе установе сеоског друштва изгубиле су своју снагу и делотворност. Домови културе и биоскопи готово и да не постоје у селу. Зато нови садржаји доколице уступају место старим: кладионице, кафићи, кафане које постају основна састајалишта младих на селу, уз употребу дроге, алкохола, коцке. Млади их доживљавају као „утеху промашеног живота“, а не место где могу задовољити културне потребе (Гудовић, 2008: 77).

Са друге стране друштвена дезорганизација која прати руралне регионе код нас, са снажним миграторним померањима, довела је до огромног прилива сеоског становништва у градове и бујања социјално-патолошких појава: незапослености, сиромаштва, беде, алкохолизма. Структурни, демографски и производни поремећаји на селу довели су до значајног пораста старачких, самачких домаћинстава. То је категорија која је пријемчљива за разна обољења, сиромаштво, алкохолизам и самоубиство. Ако се томе дода економска и социјална несигурност којом су више него остали погођени индивидуални произвођачи, ствари постају много очигледније. И категорија сељака-радника је она категорија која је после самачких домаћинстава носилац социјално-патолошких појава менталних обољења, психосоматских поремећаја, алкохолизма, професионалног трауматизма.

У овом домену проучавања патологије на селу, посебно алкохолизма и наркоманије, важно је истаћи да узроке девијантног понашања треба тражити како у самосвојним структурама аутентичног сељачког начина мишљења, тако и у процесима модернизације чији утицаји продиру са стране и из окружења града и из глобалног друштва. Само на тај начин, по нашем мишљењу, можемо да сагледамо сву мултидимензионалност (и садржинску и структуралну и квантитативну), специфичне социјалне патологије на селу и евидентног смањивања разлика у патологији оне на селу и оне изражене у граду.

3.3 *Узроци настанка алкохолизма и наркоманије*

Нема јединственог узрока алкохолизма и наркоманије. Болести зависности присутне су у свим земљама, нису одређене положајем и статусом појединца, а ни узрастом ни полом. Етиолошко проучавање социјално-патолошких појава условљено је самим теоријским приступом (биолошким, психологистичким, социолошким или интегративним). Феномен злоупотребе ПАС је и мултикаузалан и комплексан. Интегративни приступ иде за тим да повеже узроке свих елемената човека у настајању одређене социјално-патолошке појаве, мада за ниједан од ових приступа и теорија не можемо рећи да у целости објашњава њихов настанак. Зато за мултифакторске етиолошке теорије сматрамо да су најприхваћеније зато што на свеобухватан начин посматрају и тумаче настанак ових појава.

Све ове теорије у проучавању узрока настанка социјално-патолошких појава се могу поделити у три основне групе:

1. биолошке теорије,
2. психолошке теорије,
3. социокултурне теорије.

Биолошке теорије почивају на постулату да наслеђе, односно специјални тип метаболизма доводи до болести зависности. Међу метаболичким поремећајима спомињу се аномалије ензима, хормонални поремећаји, као и неправилности метаболизма глукозе. Иако у породицама алкохоличара алкохолизам се јавља два пута чешће него међу неалкохоличарским породицама, не може се са поузданошћу говорити о наслеђеној предиспозицији за алкохол или неку другу ПАС. Основни недостатак биолошких теорија огледа се у томе што се не зна да ли је неки поремећај узрок или последица болести зависности.

Психолошке теорије говоре о психолошкој условљености болести зависности, тј. виде је као последицу поремећаја који прате алкохоличаре и наркомане. Обично се наводе незреле личности, неурозе, стрес, фрустрације, тескоба и напетост. Постоје теоретичари који алкохолизам виде као детектор људске слабости, јер је то живот на два колосека: између алкохолног привида и стварних животних ситуација (Капетановић-Бунар, 1985: 69). У ову групу убрајају се и оне теорије које истичу само дејство алкохола: весело расположење, еуфоричност, промена расположења, као најважнији мотив за узимање одређених супстанци.

Социокултурне теорије заступају становиште да су узроци болести зависности, пре свега, у личности, а затим у његовој средини. Социокултурна средина формира норме понашања, границе прихватљивог и неприхватљивог, нормалног и ненормалног. По овим теоријама спољни фактори (друштво, породица, радна средина, групе вршњака, пријатељи) наводе се као доминирајући узроци алкохолизма. Кризе у друштву не само економске, већ и моралне и политичке утичу како на немогућност задовољења основних потреба, тако и на промене у породици. Породица се јавља као медијум који је све више изложен различитим облицима деликвенције: и алкохолизма, наркоманије, али и криминала. Изражени друштвени фактори у смислу дуготрајне кризе, ратова, миграције, код нас су створили погодно тле за злоупотребу како алкохола тако и других супстанци. Социјално-културни фактори делују на појединца преко породице представљајући тако саставни део процеса социјализације. Обрасци понашања који се генерацијски преносе у породици могу се повезати и са оним понашањима која се тичу употребе алкохола, и базе за експериментисање са неким другим супстанцама. Исто тако породица се јавља као медијатор између личности и друштва преносећи не само оно што је здраво и „нормално“, већ и оно што је болесно и девијантно (Лабаш-Драгишић и сар., 2009: 106). Управо се дисфункционалност породице јавља као фактор који се мора узети у обзир када се говори о настанку алкохолизма и наркоманије. Те породице карактеришу: лоши брачни односи, свађе, вербални и физички сукоби, лоша породична атмосфера, неадекватно васпитање деце, лоша комуникација, слаби социјални конфликти, непотпуне породице и породице са очухом и маћехом (ибид, 105).

Улога срединских фактора у настанку алкохолизма везује се и за одређене професионалне групе, које називамо критичне професије или професије у ризику (Гачић, 1985: 49). Тако се алкохолизам јавља као професионална болест угоститеља, морепловаца, теренских радника, здравствених радника, новинара и глумаца.

У литератури постоји сагласност међу теоретичарима да су болести зависности одраз интеракције личности, околине и одређене супстанце или агенса. Основни чинилац у настанку болести зависности свакако је човек са својом психичком и физичком структуром, односно личност и њен начин живота,

деловање као и њена прошлост. Развитак личности, њена структура, заједно са спољним факторима доприноси формирању њеног афективног живота и понашања (Деспотовић, Игњатовић, 1980: 25). Средина и средински фактори имају по многима одлучујућу улогу, посебно у настанку алкохолизма. За социјалне, економске и културне факторе се каже да су необично важни у динамици развијања навике, можда чак и пресудни за настанак зависности. Утицај средине, професија, животни стресови, материјална ситуација могу да доведу до стварања навике према употреби ПАС. Основни механизам у овој тријади утицаја своди се на интеракцију личности и средине.

На крају, али не и мање важни, су и фармаколошка својства самих супстанци, што индицира њихову злоупотребу и прекомерност, што опет зависи од личности, средине у којој живи, доступности супстанце и жељеног ефекта који се добија.

На овом месту акценат у излагању је на социјалним факторима како алкохолизма тако и наркоманије. Пођимо редом.

Социјални фактори алкохолизма имају различиту функцију у оквиру самог друштва, различитих култура, етничких и религиозних група. Ставови се крећу од потпуне, тоталне допуштености и прихватања до става апсолутне апстиненције. За наше друштво можемо рећи да има крајње толерантан став према узимању алкохолних пића, што се негативно одражава како на дијагностиковање самог проблема, тако и на адекватну и правовремену реакцију. Друштвено-културне норме и обичаји у нашем друштву просто преферирају пијење у свим ситуацијама. Због дуготрајне традиције пијења и друштвеног прихваћања алкохола, мало је вероватно да ће бити озбиљних покушаја да се алкохол стави изван закона, или да се смањи његова приступачност (Jaffe, Petersen, Hodgson, 1986: 6). Алкохол се јавља као неизбежан пратилац многих манифестација: сеоских весела, свадби, сабора, рођења, крштења, сахрана, одлазака у војску, завршетка одређених послова и сл. Наше друштво, по Гачићу (1985: 50), спада у најпермисивније по питању употребе алкохола. Пошто је код нас употреба алкохола саставни део живота, нормално и прихваћено понашање, онда не чуди добро позната „алкохоличарска клима“ где сви без изузетка масовно пију. Различити фактори од церемонијалних, преко религиозних, културних,

традиционалних, медицинских утичу на прихватање пијења алкохолних пића. То прихватање зависи од старости, пола, класних односа као и простора живљења. Фактори који се подвлаче у настанку алкохолизма крећу се од богатства сировина за производњу алкохолних пића, примитивног схватања како се алкохол користи, преко одомаћених обичаја, традиције, заблуда, недовољне здравствене просвећености, неспособности адаптације на промењене услове живота, процесе индустријализације и урбанизације, у различитом односу и утицају (Деспотовић, Игњатовић, Фридман, 1978: 26). Алкохол се јавља и као додатни узрок различитим негативним друштвеним појавама. Негативним и за појединца и за друштво у целини, мада ретко када самостално учествује у њиховом дефинисању. Тада алкохол, са своје стране, повећава ризик од негативних друштвених последица. Алкохол се може јавити као узрок на неколико нивоа. Фармаколошку узрочност је најлакше доказати или побити, и врло често се своди на овај тип узрока. Истраживања су показала, међутим, да конзумирање алкохола има узрочни ефекат на неколико различитих нивоа. Проучавања у различитим културама су показала да исти тип конзумирања алкохола може имати веома различите ефекте. Веома велике разлике пронађене су чак и међу европским индустријским друштвима. Уверења људи по питању алкохола и његових утицаја одређују начин понашања људи после његовог конзумирања.

Када говоримо о узроцима алкохолизма на селу Ђукановић сматра да се мора истаћи утицај културних образаца сеоског живота, посебно оних који су везани за етнолошко и религијско наслеђе, што има много већи утицај него што је то случај у урбаним срединама (Ђукановић, 1995: 536). Посебну тежину у друштвеном животу села представљају оштри вредносно-нормативни обрасци, који подразумевају и оштру реакцију на социјалну патологију на селу. Услед јаке социјалне контроле на селу врло често се дешава да многе патолошке појаве бивају много више прикриване него оне у граду, или због осуде или због социјалне изолације. Алкохолисаност, која је чести пратилац рада на њиви, омогућава сељаку да дуго остане непримећен у својој патологији. Тиме се и његов алкохоличарски стаж продужава, касно се одлучује за лечење и смањује се могућност повољне прогнозе болести. Друштвене промене које су захватиле српско друштво, па тако и село као његов саставни елемент, допринеле су да

традиционални модели солидарности, колективитета, социјалне контроле губе битку са бројним социјално-патолошким појавама. Наместо њих све присутнија слика данашњег села изражава се кроз колективно-аномична стања, сукоб норми и вредности, што доприноси „бујању“ девијантности у сеоском простору.

Као најзначајнији социјални узроци социјално-патолошких појава, по Јаковљевићу (1971: 50), се истичу:

1. неповољни социо-економски услови живота (сиромаштво, неповољни услови школовања, запошљавања...),
2. друштвени и културни сукоби (у породици, радни, класни, професионални..),
3. друштвена аномија (бесмисленост колективних циљева друштвености),
4. индустријализација и урбанизација и друштвене промене,
5. мењање образаца веровања и понашања услед мењања културне средине или миграција,
6. социјална изолација (издвојеност појединца из друштвених група),
7. неповољна деловања средстава васпитања и пропаганде (мас медија),
8. социјално подражавање (услед неповољних друштвених контаката).

Етиолошка подела према узроцима укључује поделу алкохолизма на:

1. Примарни алкохолизам – се јавља код оних особа које су рано навикнуте на алкохол. Овај тип алкохолизма уско је повезан са производњом и потрошњом алкохолних пића у нашим воћарским и виноградарским пределима, али и са специфичном социјалном климом која у потпуности одобрава употребу и конзумирање алкохола.

2. Секундарни или симптоматски алкохолизам – се јавља код особа које су оптерећене одређеним психичким и телесним оштећењима, па се код њих употреба алкохола јавља накнадно, за ублажавање тегоба и маскирање поремећаја који је у основи (као што су шизофрени болесници, психотичне и психопатске личности).

Проучавање саме природе и узрока социјално-патолошких појава није могуће проучавањем само одговарајућих ситуација. Значајан моменат у том проучавању имају и особине личности и друштвене групе. Личност на неадекватне социјалне услове може да реагује или неуспешном социјализацијом,

или онемогућавањем задовољења потреба изражено кроз трауму или стрес, а може и да их превазиђе и измени неповољне социјалне услове. Од зрелости и уравнотежености личности зависи и начин на који ће реаговати на одређене неповољне ситуације.

Новија настојања у испитивању узрока социјално патолошких појава иду за тим да се пронађу све групе узрочних фактора девијантног понашања. Тиме би се, по нашем мишљењу, смањила улога појединих доминирајућих фактора (или личности, или средине), чиме би се у новом светлу сагледала сва комплексност што је девијантност носи са собом.

Теорије које се баве узроцима наркоманије углавном су сконцентрисане око теорија социјалних система и њихових промена, интеракционих понашања и карактеристика личности.

Социјалне теорије употребу дрога виде као одговор на притиске који прате савремено друштво. Тако се заступа становиште да дрога представља „повлачење из система кроз дрогу“, односно безизлазност и бесперспективност коју прати данашња ситуација у друштву. Врло често она се објашњава и као револт према устаљеном животном стилу владајуће класе (Петровић, 2003: 268). Масовнија употреба ПАС доводи се не тако ретко у везу са аномичним и дезорганизованим стањима у друштву као што су: друштвена несигурност, нестабилност, немири, неизвесност, губитак вере и наде, промена моралних вредности и сл. Услед стања немогућности да се изборе са таквом ситуацијом појединци прибегавају психоактивним супстанцама као својеврсном бегу од стварности, решавајући тако бар на кратко своје егзистенцијалне проблеме и конфликте и на личном и на друштвеном плану.

Интеракциона теорија проналази везу између употребе дрога, с једне стране, и утицаја пријатеља, вршњака и оних који је већ користе, са друге. Групна идентификација и подршка је оно што погодује како узимању тако и каснијем континуираном коришћењу и навикавању на дрогу. Примањем и прихватањем од стране групе ствара се очекивано групно понашање, идентификација са групом и њеним животним стилем. Потенцирају се позитивна искуства која прате задовољавајуће ефекте дроге, чак и онда када се постане независан од групе и

када се делује самостално. Интеракциона теорија подвлачи модел условљавања понашања према коме узимање дроге се учи исто као и сваки други облик учења.

Теорије личности сконцентрисане су на психичке потребе. Оне за разлику од интеракционих теорија употребу дрога виде као показатељ психичког поремећаја личности. Тај поремећај може да се изражава кроз несигурност, анксиозност, неуротске и емоционалне конфликте и слично. Тада се дрога јавља као начин да се промени стварност и да се задовоље одређене, у основи, самодеструктивне намере. Поједини типови личности су склонији да се са мање успеха бране од спољних утицаја и да зато постоји различита склоност ка ПАС, али то никако не наводи на закључак да су сви корисници дрога пре узимања били психички нестабилни и поремећени.

Петровић (2003: 270) проучавајући и објашњавајући мотиве узимања ПАС издваја следеће:

- а) Узимање дрога посматра се као акт хроничног или одложеног самоубиства, тј. врста самоубилачког менталитета. Ова тумачења базирају се на претпоставци да психоактивне супстанце доводе до оштећења менталног и телесног здравља појединца, што у крајњем доводи до погубних последица по јединку. Међу наркоманима постоји одређен број оних који су карактеристични по својим депресивним стањима, која се отклањају коришћењем дроге. Тако се интоксикација ПАС види као нека врста смањене самодеструкције. Ово је покушај издвајања једног мотива за узимање супстанци, који није једини, ни преовлађујући.
- б) Коришћење дрога види се као компензација за властиту несигурност, изолацију и неприлагодљивост. Уз помоћ дроге одређени појединци лакше се суочавају са стварношћу, која је за њих прожета јаком егзистенцијалном угроженошћу и неприхватањем.
- в) Дрога у извесном смислу може да представља вид експериментисања, проширивања видика, граница свести. Овај мотив за узимање дроге је и најређи, а приписује се посебним друштвеним слојевима уметника и духовних ствараоца, који на тај начин желе и могу да изразе своју не препознату креативност.

Разлози који опредељују узимање дрога или ПАС зависе од бројних чинилаца и никако се не могу свести на један доминантан. Условно их можемо поделити у: факторе личности – у смислу генетске предиспозиције; социјалне чиниоце – карактеристичне за различите узрасте, доступност и врсту ПАС (ибид, 251). Жеља за променом расположења или мењање стања свести не даје нам за право да разлоге узимања ПАС сводимо на један искључив без обзира на сву његову транспарентност. Увек је то производ истовременог дејства свих фактора: и биолошких, и психолошких и социјалних. Сасвим је сигурно да се варијације јављају у односу на сваки конкретан случај, када говоримо о примарном утицају једног фактора, али уз истовремено присуство и свих осталих. Само тако и на тај начин може се схватити наркоман као много ужи појам од наркоманије, који узроке свог поремећеног понашања тражи унутар саме личности и својеврсне патологије. Њему се и приступа са аспекта болести. Наркоманија је, на овај начин посматрана, шири, социолошки појам, који поремећено понашање види као одступање од понашања које се сматра очекиваним и прихватљивим. Отуда се она више изједначава са девијантним понашањем, а мање са болешћу појединца.

Поред ових општих мотива и разлога, постоје и теоретичари који су истраживали специфичне факторе који су од значаја за настанак наркоманије. По Лурију (Лури, према Деспотовић, Игњатовић, 1980: 24) то су специфични фактори ризика који се могу свести на следеће:

1. разрушена породица,
2. лоши односи у породици,
3. употреба депресаната од стране родитеља,
4. прекомерно пушење родитеља,
5. екцесивна употреба алкохола од стране родитеља,
6. ниско образовање,
7. потцењивање сопствене личности,
8. недостатак амбиција за будућност.

3.4 Последице алкохолизма и наркоманије

Последице социјално-патолошких појава могу се схватити као ефекти који се огледају у функционисању и друштва и појединаца. Разумевање последица алкохолизма и наркоманије утиче на разумевање феномена патолошког, али и

оног што патолошке појаве проузрокују у функцијама и структури друштва. Врло често оне за собом условљавају деловање и других патолошких појава, иницирајући адекватну друштвену реакцију као одговор на девијантност у друштву. Последице се могу посматрати са становишта дејства које имају и на друштво и на појединца, односно у оном делу који је видљив као мање учествовање девијантних особа у нормалном функционисању друштва. У оквиру проучавања последица социјално-патолошких појава кључни појмови су појмови социјалне реакције или индекса толеранције. Посебно заинтересован за овај вид проучавања био је Едвин Лемерт. Код одговарајућих друштвених група могу да се јаве следећи облици друштвеног реаговања:

1. одбацивање и неповољне реакције у виду тзв. контролне културе,
2. прихватање и искоришћавање у виду експлоатативне културе,
3. нестална реакција у смислу повремених стања прихватања и стања неповољних реакција (Јаковљевић, 1971: 54).

Која ће реакција када наступити зависи пре свега од природе појаве која је патолошка, заинтересованости и интереса група да ту појаву смање и елиминишу и од степена толеранције. Индекс или степен толеранције представља количник између збира патолошких појава и збира неповољних реакција. Као пример може да послужи степен девијантности и број кривично-правних закона, или број менталних поремећаја и број хоспитализација. Уколико је збир неповољних реакција већи то аутоматски указује на појаву која је врло неповољна за друштво и за појединца, што условљава адекватан одговор друштва на њу. Опет ако је тај збир мањи и појава је мање неповољна, што укључује и блажу реакцију друштва.

Социјалне и медицинске последице болести зависности не могу се одвојено посматрати. Алкохолизам и наркоманија су подједнако и болест и здравствени и друштвени проблем. Редовном и неконтролисаном употребом ПАС долази до оштећења како појединих органа, тако и целокупног функционисања индивидуе. Последице употребе ПАС су многобројне и углавном се свде на следеће:

- соматске или здравствене последице,
- породичне последице,
- професионалне последице,
- шире друштвене последице.

Соматске или телесне последице употребе ПАС обухватају оштећења великог броја органа и система код појединаца. Систем органа за варење најугроженији је код конзумирања алкохола, што се манифестује оштећењима усне дупље, једњака, желуца, танког и дебелог црева. Мучнина и повраћање, чир на желуцу и дванаестопалачном цреву су чести симптоми болести који се јављају у вези са употребом алкохола.

Истраживања у свету су показала да је алкохолизам непосредно повезан са појавом различитих облика малигних обољења у усној дупљи, врату и једњаку. Код алкохоличара су честа оштећења јетре, од почетног стадијума хепатозе („масна јетра“) до цирозе јетре. Претерано конзумирања алкохола представља један од узрока појаве рака јетре.

Оштећења панкреаса могу се испољити кроз развој шећерне болести (тзв. алкохолни дијабетес).

Кардиоваскуларни систем бива оштећен употребом алкохола и код алкохоличара се повећава ризик од инфаркта срца или možданог удара.

Значајан је утицај алкохола на хормонални статус, пошто се смањује ниво хормона у организму што даље утиче на друге органе и функције.

Централни нервни систем такође трпи велике штетне ефекте употребом алкохола. Појава тешких болести централног нервног система је условљена и чињеницом да се нервно ткиво не обнавља после оштећења, услед прекомерне употребе алкохола.

Психичке последице употребе алкохола односе се на:

- поремећаје психичких функција (пажња, концентрација, памћење, воља и др.);
- промене карактера (личности) које се испољава као раздражљивост, себичност, непажња, неуротичност, неодговорност, итд.;
- психијатријски поремећаји – алкохолне психозе (делиријум тременс, алкохолне халуцинације, Корсаковљева психоза, алкохолна епилепсија, алкохолна патолошка љубомора и акутно патолошко напито стање);
- породичне последице су најчешће први знаци алкохолизма. Алкохолизам доводи до дисбаланса свих области породичног живота: од породичних улога, емоција, комуникација, сексуалних, економских и шире

социјалних односа. Поред алкохоличара пати најмање 3 – 5 особа из ужег окружења, што указује на сву тежину и озбиљност ове социјално-медицинске болести. Алкохолизам спречава успешно решавање задатака у појединим фазама животног циклуса породице, чиме се нагомилавају нерешени проблеми и стварају нови.

Услед поремећених односа у таквим породицама су честе: свађе, туче, разводи. Алкохоличарска породица је прототип поремећене породице. Алкохол и породично насиље повезани су са самом структуром породице (Klingemann, 2001: 4). Величина овог проблема се врло често потцењује. Услед свих правних и културолошких ограничења смањују се могућност приступа приватној и породичној сфери, чак и када је у питању добробит жене, јер жртве често не желе ни да пријаве ово прикривено насиље. Алкохол је најчешћи узрочник оваквих проблема. Мада је тешко одредити степен патње и повреда којима су изложени чланови уже породице алкохоличара, неопходно је узети и ово у разматрање, иако је оно потпуно другачије природе од природе истраживања проблема самог алкохоличара. Најозбиљније последице, директне и индиректне, у оваквим породицама су оне које се односе на децу, јер она могу веома мало да учине за сопствену заштиту од родитељског алкохолизма. Нека од њих већ на рођењу носе озбиљне и трајне оžilке од оваквог родитељског понашања. Најмање једно од 3.000 деце у замљама запада (Аустралија, Нови Зеланд, Шведска, Велика Британија и САД) је рођено са алкохолним синдромом, а такође постоји и десеторструко већа шанса од разних поремећаја као последица директне изложености алкохолу током трудноће. Родитељско пијење тако може озбиљно утицати на развој детета, без обзира на то што су начини на који се то одвија само делимично расветљени. Злоупотреба, занемаривање, изолација и несигурност као и недоследно родитељско понашање су много чешћа појава у породицама алкохоличара него у другим породицама. Истраживање о дугорочним психолошким ефектима оваквих понашања у детињству дају унеколико контрадикторне податке, а дефинитиван закључак тек треба да буде дат.

Када алкохол одређује већи део стила и садржаја нечијег живота, он такође постаје и детерминанта мреже пријатеља. Квалитет пријатељства и утицај алкохола на пријатељство показује да зависници од алкохола могу остварити интензивна

пријатељства са пуном подршком. Алкохол изазива велику емоционалну нестабилност што се одражава на међусобне односе у таквим групама пријатеља. У непропорционалном броју насилних криминалних дела, и починилац и жртва долазе из истог круга пријатеља и познаника алкохолних зависника.

Жене, посебно младе жене, изложене су изузетно великом ризику у оваквим групама пријатеља и познаника алкохоличара. У многим друштвима, жена која пије сматра се да шаље поруку да је у најмању руку приступачна, а за неке мушкарце пијана жена је по дефиницији сексуално на располагању. Такви појмови као што су „познаничко силовање“ и „силовање на састанку“ потврђује постојање овог проблема. Огроман проценат нежељених сексуалних односа изазван је алкохолом.

Пријем у одређене групе, као што су војне групе или студенска братства понекад укључује испијање великих количина алкохола (binge drinking). Овај образац пијења подразумева висок ризик од случајних повреда, насиља и акутног тровања алкохолом. Већ дуго времена је познато да овакав животни стил, тешког опијања у групи пријатеља, је уобичајен у оружаним снагама. У скорије време у фокусу су обрасци опијања у универзитетским камповима и какве они последице остављају на развој проблема са алкохолом у каснијем животу.

Опште је уверење да када су високо ризичне активности и друштвено неприлагођено понашање повезани са пијењем они наилазе на блажу осуду него када су почињене у трезном стању. Недавна истраживања показују, међутим да општа популација не сматра да је пијанство валидно оправдање за такво понашање. Уз ретке изузетке, у законодавству у земљама западне културе не постоје специјалне законске одредбе везане за злочине почињене под дејством алкохола, мада у пракси често се догађа да у процесима који се воде због убистава, починилац под дејством алкохола буде окривљен за убиство без предумишљаја уместо за убиство са предумишљајем. Исти је случај и када су у питању лакша кривична дела извршена под утицајем алкохола.

- Професионалне последице алкохолизма изражавају се кроз смањени радни учинак, повреде радне дисциплине и дужности, сукобе са колегама и претпостављенима, лош квалитет производа, трауматизам, боловања, инвалидност и др. Процене су да алкохоличар 5-10 година обавља посао

испод свог максимума, што има за последицу велике материјалне губитке у радним организацијама. Професионални трауматизам у индустрији и другим предузећима се све више доводи у везу са алкохолизмом и употребом алкохола. Сматра се да од укупно повређених, њих 37% су били алкохоличари у токсикоманској фази и 18% алкохоличари у претоксикоманској фази. Према неким показатељима, на 100 радника алкохоличара долази 123 повреде, а на 100 радника који не пију алкохол свега 44 повреде (Шћекић, 2001: 27).

- Социјалне последице алкохолизма се испољавају кроз смањивање контаката са пријатељима, колегама и рођацима. Алкохоличар и његова породица су или социјално изоловани или породица не функционише на нивоу који је одржив. Алкохоличари често угрожавају јавни ред и мир, учествују у тучама, изазивају свађе, силовања и убиства.

Пораст броја саобраћајних несрећа такође се доводи у везу са претераном употребом алкохола. Повреде у саобраћајним несрећама постају све чешћи узрок инвалидитета и смртности савременог човека. Бројна истраживања потврђују да је пијење алкохолних пића одговорно за саобраћајне несреће са смртним исходом у 50-60% од укупног броја саобраћајних несрећа са најтежим последицама.

Економско пропадање алкохоличара и његове породице може се сагледати кроз потрошњу новца за набавку алкохола, и кроз ненаменско трошење новца од стране алкохоличара.

Истраживања у области употребе алкохола углавном су се тицала његовог утицаја на здравље. Истовремено, много шири концепт о последицама коришћења дрога и алкохола је усвојен у политици према овим супстанцама. Многе последице, могу се окарактерисати као „друштвене“, не само медицинске или само индиректно повезане са здрављем. У политичкој стварности алкохол све више долази до изражаја као чинилац друштвених проблема. Социолошки је значајно и то да је велики етички проблем што алкохоличар не цени породичне, радне и друштвене вредности и запоставља свој лични углед (Николић, 1987: 33).

„Друштвене последице алкохола су промене, које се могу субјективно или објективно приписати алкохолу, које се јављају у друштвеном понашању

појединца, у друштвеним интеракцијама или у друштвеном окружењу“ (Европски акциони план).

Последице које алкохол има на понашање укључују психомоторне ефекте на, рецимо, возачке способности. Ови ефекти су предвидљиви и узрочну улогу алкохола је релативно лако установити, као што полиција врши контролу присуства алкохола код возача.

Постоји обимна научна литература како практичних истраживања тако и лабораторијских истраживања која указује на алкохол као довољан узрок друштвених последица. За одређивање друштвених последица пијења показали су се значајни како фактори ситуације, тако и околности и друштвени оквир у којем се пијење врши. Дobar пут да се схвати мноштво начина на које конзумирање алкохола доводи до друштвених последица је упоређивање друштвених услова у друштвима у којима се алкохол конзумира са онима у којима уопште не постоји конзумирање алкохола.

Партнери алкохоличара такође плаћају своју високу цену. Они се налазе у великој опасности од насиља, јер је оно много присутније у таквим породицама. Осим ризика породичног насиља, може се јавити низ других ризика везаних за квалитет живота и здравље партнера алкохоличара. Овакве породице су склоне раздвајању или раскиду што је кроз бројне студије и приказано. Посебна врста односа међу супружницима коју често називамо „ко-зависност“, узима облик контрадикторне везе од стране партнера алкохоличара која се огледа у одржавању навике узимања алкохола, кроз напоре да се стање прикрије и компензује. У било ком случају, што се тиче оваквих парова генерално, стање партнера алкохоличара подложно је погоршању са узрочним психолошким и физичким поремећајима.

Негативни ефекат ексцесивног пијења на чланове породице који не пију, а посебно на децу, треба да остане под будним оком и мора се сматрати питањем општег стања здравља. Напори да се брачни партнери и остали чланови породице укључе у третман лечења алкохоличара обећавају, јер он може имати утицај не само на тренутне проблеме већ и на смањење ризика за појаву зависности чланова породице алкохоличара.

Утицај коришћења алкохола на продуктивност и каријеру показује да иако коришћење алкохола не учествује у великом проценту у укупном броју изгубљених

радних часова, доказано је да алкохолни зависници и тешка пијанства имају више дана боловања од осталих запослених те стога своје послодавце коштају огромних свота новца. Штавише, нека истраживања су показала да се велика већина оних који узимају боловање због пијења налази у групи умерених корисника алкохола. Ова врста боловања повезана са алкохолом је вероватно кратко боловање узето ради трежњења од повремених епизода тешког опијања.

Многе студије показују да незапосленост и тешко опијање иду често заједно. Условни ефекат је обостран, тј. тешко опијање ствара већи ризик од губитка посла, а добијање отказа често води ка тешком опијању. Осим тога, злоупотреба алкохола и незапосленост могу бити изазвани трећим фактором, који може објаснити зашто су неки људи и незапослени и склони тешком опијању.

Конзумирање алкохола има двоструки утицај на образовање. Прво, тешко опијање родитеља повећава ризик од слабог успеха у школи, изостајања и напуштања школе њихове деце. У неким случајевима тешко опијање мајке у току трудноће доводи до смањене концентрације и проблема у понашању деце. Али тешко опијање (или злоупотреба алкохола) родитеља има утицај и на њихове родитељске способности, а самим тим, опет и на успех детета у школи.

Друга врста утицаја тешког опијања су епизоде опијања студената на њихов успех и целу школску каријеру. Неке студије показују да је напуштање школе много чешће међу студентима који се тешко опијају него међу осталим студентима. Ниво утицаја тешког опијања на лош успех у школи, међутим није јасно дефинисан.

Потрошња алкохола, а посебно неконтролисано коришћење може захтевати значајне трошкове у буџету. У поређењу са дуваном и нелегалним дрогама алкохол је много „скупљи“ у погледу ресурса који су неопходни за борбу против штетних последица неконтролисаног пијења. Трошкови потрошње алкохола по Klingemannu (2001: 9) могу се грубо категорисати на следећи начин:

- директни трошкови;
 - здравствени, правосудни и социјални систем,
 - материјалне штете,
- индиректни трошкови;
 - прерана смрт,
 - повећање стопе оболевања и незапослености.

Коришћење алкохола има бројне утицаје на здравље, како хроничне (цироза јетре) тако и акутне (саобраћајни удеси), који доводе до повећања болничких трошкова и ванболничких лечења и потрошње лекова. Трошкови се повећавају и у областима социјалне заштите и правосуђа (социјална помоћ и саветовалишта за алкохоличаре и чланове њихових породица, полицијске интервенције, затворски трошкови и судски трошкови). Материјални трошкови настали у саобраћајним удесима услед коришћења алкохола такође доводе до пораста трошкова.

Међутим још важнији је утицај алкохола на радном месту. Примарно алкохолом изазвани трошкови настају услед преране смрти, јер људи који умру пре одласка у пензију представљају губитак друштвеног прихода. Такође, повећање незапослености и одсуства са посла, као и повреде на раду и смањена ефикасност на раду настали услед злоупотребе алкохола значајно доприносе укупним друштвеним трошковима насталим услед коришћења алкохола.

Из постојеће међународне научне евиденције може се извући неколико најважнијих чињеница:

- друштвени трошак настао коришћењем алкохола износи између 1% и 3% бруто националног дохотка,
- око 20% насталих трошкова су директни трошкови, који представљају трошак настао радом медицинских, социјалних и правосудних система,
- око 10% укупних трошкова су потрошени на материјалне штете,
- око 70% укупних трошкова представљају изгубљене зараде прерано умрлих или оних који не могу да обављају своје послове на начин на који би могли да нису користили алкохол.

У националним буџетима у Европи, социјални трошкови настали услед коришћења алкохола су на нивоу или чак прелазе државне трошкове за социјално осигурање и добробит, или чине једну четвртину трошкова здравства. Јасно је на основу свега наведеног да су последице коришћења и злоупотребе алкохола веома значајне и да захтевају одговарајуће мере за њихово смањење.

Чланци о супстанцама које изазивају зависност дају додатне информације и о штетним последицама на здравље и о начинима на које се те последице могу умањити. Потпуно је јасно да је немедицинска употреба психоактивних супстанци један од главних узрока здравствених проблема, како у погледу

психофизичких утицаја дрога (овердозирање и алкохолна цироза јетре), понашања под утицајем истих (вожња под утицајем и породично насиље) као и последица насталих на основу односа према дрогама (канцерогеност дуванског дима, зараза ХИВ-ом, и друге заразне болести које се преносе дељењем шприцева).

Указивање на многобројне последице употребе ПАС (здравствене, породичне, професионалне и шире друштвене) показује да је потребан један нови приступ јавном здрављу како би се директно и индиректно смањиле штетне последице коришћења алкохола и дрога.

ГЛАВА 4. СТАВОВИ ПРЕМА АЛКОХОЛИЧАРИМА И НАРКОМАНИМА

Готово да нема истраживања у социјалној психологији која се на директан или индиректан начин не баве испитивањем ставова. За Олпорта проучавање ставова заузима централно место у социјалној психологији. И не само у њој. У оквиру социологије и социјалне патологије или прецизније социологије менталних поремећаја вршена су проучавања ставова са акцентом на утицају који друштвена средина има у настајању и мењању ставова код појединаца (Кецмановић, Поповић, Ђукановић). То је имало значаја и у теоријском и у практичном смислу. У теоријском јер је омогућило стварање јасније слике о поремећајима којима су изложене индивидуе (у које су укључени и алкохолизам и наркоманија), а у практичном јер је створило услове за адекватнију и превенцију и лечење ових болесника. Не постоји сагласност међу теоретичарима о дефиницији става. Тако по Флоријану Знањецком „ставови су индивидуални ментални процеси који одређују и садашње и потенцијалне реакције сваке особе у социјалном свету“ (Петровић и сар., 1980: 84). Олпорт га дефинише као „ментално или нервно стање приправности, организовано искуством, које утиче директивно или динамички на реакцију појединаца, према свим објектима и ситуацијама са којима је у контакту“ (Олпорт, према Петровић и сар., 1980: 84). Врло често ставом се означава припремљеност за физичку или психичку активност, односно као „мање или више генерализована тенденција или предиспозиција да се реагује на исти начин, било позитивно или негативно на неку ситуацију, идеју, вредност, материјални предмет или групу тих објеката или особа“ (Кимбал Јанг, према Петровић и сар., 1980: 84). Став се може дефинисати и као „мање или више стална диспозиција која је извор великог броја понашања и мишљења о нечему“ (Мандра, 2001: 64). Свим овим дефиницијама је заједничко да су или сувише уопштене или на једнак начин третирају став и неке друге менталне процесе (рецимо понашање).

Ставови се по Мандрасу (2001: 64) могу објаснити и одредити помоћу четири најчешће коришћена елемента:

1. став је изведена поставка, односно није непосредно „видљив“, постајући такав пошто се из анализирају одређена понашања и мишљења;

2. став се тумачи као трајна склоност или предиспозиција која карактерише подједнако и појединце и групу, а не само њихове одређене акције;
3. ставови су махом поларизовани тј. за и против, јер су обојени како вредностима исто тако и веровањима;
4. пошто ставови представљају стечену, а не урођену диспозицију, са процесом социјализације долази до формирања ставова који су и друштвено и вредносно нормирани.

Велике побуде за испитивање ставова условљене су чињеницом да он представља значајну детерминанту понашања, са могућношћу предвиђања истог. Ради се заправо о једном систему позитивног и негативног осећања и мишљења које иницира и одговарајуће акције. Већ са првим стицањем одређених знања код деце се ствара одређен број ставова који су први и основни. Са развојем личности долази до стварања све мање нејасних, а све више посебнијих ставова. Другим речима та расподела се одвија по принципу распоређивања ставова по спратовима или стратумима, који се могу упоређивати и лакше објашњавати. Ставови имају две основне улоге. Прва улога се односи на то да су ставови релативно стабилни и константни, а друга улога ставова тиче се тога да се ставови могу мењати, крајње споро под дејством одређених друштвених механизма. Прва улога је резервисана за индивидуализацију сваког појединца, односно оно што га одређује и одваја од осталих, чинећи га самосвојним ентитетом. Друга улога тиче се прилагођавања и мењања појединаца под утицајем промењених друштвених прилика и друштвених услова. У друштву брзих промена прилагођавање појединца је неминовно да би могли да прихвате стварност каква јесте. У томе се огледа сва динамичност ставова. Зато у једном тренутку појединац може бити за, односно заступати позитивно оцењивање, а у другом против, односно исказивати негативно осећање и мишљење. Људи могу у најразличитијим ситуацијама испољавати своје ставове, најчешће кад су иницирани неком ситуацијом. Али постоје ситуације када нечији ставови бивају дуго не испољени, јер нису условљени свакодневним активностима појединца, нису ничим изазване. Зато и морају да се створе услови за спремност појединаца за исказивање ставова, посебно ако они омогућавају промене у њиховом положају, односно немогућност да се искажу ставови будући

да њихово испољавање може довести до негативних последица према онима који их исказују.²⁴

Ставови су тесно повезани са друга два појма, а то су појмови мотивације и веровања. Мотивација представља, можемо рећи, активни аспект ставова. Када се говори о мотивацији мисли се, пре свега, о ставу који нагони на понашање, а када се говори о ставу онда се мисли на став који се изражава у мишљењу.²⁵

Ако је мотивација активни, динамични аспект става, онда је веровање његов мисаони део. Став је тако схваћен као резултат одређеног знања и веровања, које код појединаца покреће одређене мотивационе радње. Став се формира у погледу неке ситуације јер поседујемо знање о њој, па на основу тога имамо и одређени став. Пошто је став стечена диспозиција, она обезбеђује стабилност личности, на основу улоге селективне перцепције (Мандра, 2001: 66). Селективна перцепција се може дефинисати као могућност да појединац у стварности види оно што хоће да види, односно оно што за њега у тој стварности има смисао. Како се врши избор у стварности тако се учвршћују и сами ставови, јер се стварност доживљава у сагласју са ставовима, никако обрнуто од њих. Систем става временом прераста у предрасуду ако се формира логички неконзистентан систем ставова везан за одређене објекте или групе људи. А када предрасуде постану трајно обележје система мишљења већине људи у заједници претварају се у стереотипе. Стереотипи за Опалића (Опалић, 2008: 165) представљају ригидне системе ставова у некој друштвеној средини према одређеном објекту, проблему или групи људи. Стереотип није ништа друго до један клише, којим друштво на овај или онај начин „снабдева“ појединце различитим предрасудама. Они су по својој природи много мање динамични и подложни променама у односу на ставове са својом динамичном структуром.

Ставови према појединцима који су зависни од ПАС укључује три основна елемента, али сваки од њих има структуру која је вишеслојна:

1. сазнајни или когнитивни елемент – подразумева образложење и свесни део става, односи се на информације или знања о поремећајима и

²⁴ Ово се посебно односи и често се цитира приликом испољавања политичких ставова.

²⁵ У последње време проучавања мотивације нарочито су била изражена у САД и Француској. То и не чуди јер је испитивање ставова најразвијеније у САД, у оквиру социјалне психологије.

зависника и болесника и поремећаја личности. Когнитивни елемент зависи од одређене културе, знања о психичким поремећајима као и непосредног животног искуства са психичким поремећајима.

2. Емоционални или осећајни елемент – укључује несвесни део става настао под утицајем ставова родитеља или значајних особа, а смешта се у домен пријатности или непријатности, односно прихватања или одбацивања зависника. Вишеслојност овог елемента исцрпљује се у преовлађујућем осећању према одређеној врсти поремећаја, посебно ако је повезан са страхом.
3. Акциони или делатни елемент – који одређује вредносну компоненту у систему појединца кроз помагање са једне односно нечињења и напада са друге стране. Овим елементом су посебно укључени како професионални радници тако и они који се баве заштитом менталног здравља у одређеној средини (Опалић, 2008: 165-166).

Став према зависницима посебно је значајан у процесу друштвене идентификације болести, односно њене видљивости посебно у процесу етикетирања, тј. стигматизације.²⁶ Теорија етикетирања нарочито је значајна код проучавања ставова будући да су ставови ти који утичу на стигматизацију и алкохоличара и наркомана. Посебно значајан допринос овој тематици дао је Едвин Лемерт (Lemert, 1951) проучавањем примарне и секундарне девијације. Код примарне девијације или одређивања понашања као девијантног појединцу се приписују својства девијанта од стране контролних друштвених група, у смислу њиховог етикетирања. То је по Лемерту „одступање које је још увек аморфно и није се кристализовало. Другим речима, ова фаза је резервисана за дијагностиковање и добијање друштвене улоге или статуса алкохоличара и наркомана. Она је умногоме одређена самом психијатријском проценом, која варира од давања дијагнозе болести до превладавања стања која могу бити карактеристична и за сасвим здраве особе. Прелазак из примарне у секундарну девијацију дешава се преузимањем друштвене улоге психички поремећеног. Са реакцијом друштва на одређене поремећаје долази до преласка из неодређене у

²⁶ Стигма се дефинише као ма који атрибут који компромитује и смањује статус појединца.

сасвим одређену и организовану болест. То значи да девијантно понашање не постоји само по себи, већ га друштвена реакција чини таквим (Кецмановић, 1988: 108). Онда када личност почиње да употребљава девијантно понашање као прилагођавање, одбрану од ситуација које су створене друштвеном реакцијом, можемо рећи да је девијација из примарне прешла у секундарну. Или другачије речено дешава се процес који можемо назвати играње улога девијантног, и од стране посматрача који уочава девијацију и од стране оног који се понаша девијантно.

Ставови индиректно утичу и на одређивање критеријума шта је нормално, а шта патолошко у неком друштву, па у складу са тим врсту лечења и дужину хоспитализације, као и мерама превенције у примарној и терцијарној области заштите менталног здравља.

4.1 Ставови према алкохоличарима

Различити фактори као што су културни, религиозни, традиционални имају утицаја на прихватање образаца пијења алкохолних пића. Томе свакако треба додати и старосну, образовну, полну, класну и територијалну структуру која обликује прихватање или неприхватање пијења као обрасца понашања. Када говоримо о ставовима према алкохоличарима, по нашем мишљењу, важно је предходно обратити пажњу на став друштва уопште према конзумацији и употреби алкохола, па тек онда прећи на поједине категорије становништва и њихове ставове према алкохоличарима.

Ставови друштва према пијењу се поларизују у виду потпуне допуштености и прихватања пијења у одређеној друштвеној средини, до потпуне апстиненције према употреби и конзумирању алкохолних пића. Постоји и варијанта да тако кажемо међу става, који је по својој природи амбивалентан, јер доводи до конфликтних ситуација и за и против пијења, чиме се проблематика алкохолизма свакако продубљује. Код нас у Србији, а и земљама региона, друштво заговара максимално толерантан став према узимању алкохолних пића чиме проблематика алкохолизма постаје проблем број један. Велика константност у избору прихватљивих ситуација пијења несумњиви је знак велике пермисивности наше средине према алкохолу. У савременим друштвима уочавају се два доминатна става према алкохолизму и пијењу. Први је онај који умерено пијење види у

потпуно позитивном светлу, као одраз мушкости, снаге, издржљивости, друштвености у крајњем, док се код другог става за алкохоличаре везују негативни атрибути, као што су антисоцијално и асоцијално понашање (Ђукановић, 1988: 27).

Испитујући стандарде о узимању алкохолних пића Деспотовић је са сарадницима (1978), установио да су они веома различити и иду од:

1. дозвољавања пића одређеним старосним категоријама,
2. дозвољавање и онима који не/заузимају одређене друштвене позиције,
3. дискриминаторног става према женском пијењу,
4. врсти пића – жестока и блага пића и на крају,
5. околности и ситуације које дозвољавају употребу пића.

Наше друштво пијење третира као део друштвеног ритуала, што формира и сасвим јасне услове у којима се пијење допушта, што се објашњава појмом „интегрисано пијење“. Ови услови директно и индиректно доводе до повећања употребе алкохола због друштвеног притиска на појединца да у одређеним ситуацијама пије, да би исказао својеврсну припадност групи. Тиме се стиче утисак да индиректно прихватање обичаја групе доводи до употребе алкохола; кажемо индиректно јер друштво, пре свега, својим више него допуштајућим ставом према пијењу омогућава и његову прекомерну употребу. Свакодневни друштвени контакти повезани са традицијом, обичајима, ритуалима пијења представљају моћне инструменте у идентификовању алкохола као „социјалне дроге“, што таквим контактима, без сумње, даје на значају. Као илустрација може да послужи и то да се гостопримство код нас мери „чашицом“ и приликом доласка и приликом одласка госта из куће. Сеоско окружење је нарочито погодно као пример постојања социјалних контаката уз пиће. Постоје случајеви који доказују да на селу рецимо свадбе трају и по неколико дана, а да се економска моћ домаћинства управо мери количином поједеног и попијеног пића. За време таквих догађаја (крштења, славе) попије се више стотина литара вина и ракије. И свакодневна употреба пића је јако распрострањена, и пре и после јела, и пре посла и после рада, што омогућава употребу алкохола свуда и на сваком месту. Слична ситуација среће се и у граду, са нешто измењеним околностима и комуникацијама.

Истраживање ставова према одређеним врстама психијатријских пацијената, посебно према душевним болесницима, кретала су се између две крајности: од негативног (Cumming, 1957; Kreč, Kračfeld, Balaki, 1972), до позитивног (Lemkau, Crocetti, 1962). Општи став који се да извести је да су ставови према психијатријским пацијентима у новије време претрпели одређене измене, у смеру позитивног предзнака, бар кад је реч о ставовима на нивоу сазнајног или когнитивног. Ставови и уверења према овим поремећајима показују да се у извесном смислу мењају на боље, пратећи промене у друштвеном и културном миљеу. Приближно највећи број истраживања односио се на то како одређене варијабле као што су образовање и друштвени статус утичу на ставове према болесницима са психичким поремећајима (Kingsley, 1938; Ramsey, Seipp, 1948; Dorhenwand, Chin-Shong, 1967). Резултати су показали да виши степен образовања утиче на позитиван однос према менталној болести, и да се негде поклапа са мишљењем које стручњаци имају о томе. Али и ово треба схватити само условно јер су са, једне стране ставови комплексни по својој структури, а са друге стране, се показало да су образовани више спремни да затраже помоћ стручњака када се укаже потреба за тим.

Прво истраживање ове врсте код нас датира још од 1965. године када су Перишић и сарадници испитивали како стручна информисаност утиче на став према душевним болесницима. Резултати су показали да стручна информисаност нема утицаја на став према психијатријским болесницима. Даље Кецмановић је са сарадницима 1972. испитивао какве ставове има особље болнице према душевним болесницима. Показало се да они који су при дну хијерархијске лествице у болници имају најауторитативније ставове, а што се иде према врху ауторитарност се све више смањује.

Компаративно истраживање о ставовима према три врсте психијатријских пацијената (душевних болесника, алкохоличара и наркомана), прво те врсте код нас, вршили су Поповић, Ђукановић, Марковић (1981). Истраживање је требало да покаже да ли и у којој мери образовање и старост имају утицаја на ставове према овим категоријама пацијената. Веће образовање у овом истраживању поклапало се са позитивнијим ставом према ове три врсте болесника, а старост је доведена у везу са већом или мањом толеранцијом. Старији испитаници су били

толерантнији према алкохолу, а нетолерантнији према наркоманији, док су млађи испитаници показивали већу толерантност према наркоманији.

Проучавање стереотипа које готово увек прати проучавање ставова према душевним болесницима, алкохоличарима и наркоманима, је показало (Поповић, Опалић, Кузмановић, Ђукановић, Марковић, 1988; Буквић, 1992; Пантић, 2004), да су ти стереотипи доминатно одређени спољашњим изгледом, необичним понашањем и кршењем друштвених правила. Стереотипи који прате алкохоличаре кроз ова истраживања су: агресивност, склоност криминалном понашању, неморалност, нервоза. Ставови према алкохоличарима су најкомпактнији у односу на друге две врсте поремећаја, условљени животним искуством испитаника са алкохоличарима, јер као што се зна умерено пијење код нас се схвата као део прихватљивог понашања.

Истраживање у Ирској, Кристијана Херберта и Каре Фенели (Herbert, Fennelly, 2011) под називом „Истина или лаж: Студија ставова према алкохолу и повезаним темама међу младим људима у Балимун области“ спроведено 2011. године показало је да велика већина испитаника, 84,9% верује да пијење алкохола води ка бољој забави.

У смислу коришћења алкохола као средства за суочавање са проблемима, 47,2% испитаника верује да им алкохол помаже да забораве своје проблеме.

Старији испитаници су били свесни да пијење у добу од 15 година може бити штетно, ма да су у то доба и сами то радили. Они осећају да су имали увид у ризик који пијење представља за понашање и доношење одлука од стране младих. Млађи испитаници су имали јако убеђење да би требало смањити старосну границу за пијење алкохола, тако да би могли да пију алкохол у пабовима у сигурном окружењу, а не да пију по пољима и парковима. Када су били питани да ли верују да људи у Ирској имају проблем са контролом свог пијења, већина је била мишљења да то не представља ништа већи проблем у Ирској него у било којој другој земљи, и да уствари само мали проценат људи који имају проблем са контролом пијења даје лошу слику о свима у Ирској. Други су мишљења да у Ирској поред пијења има веома мало ствари које могу да се раде, као и да лоше временске прилике спречавају њихову креативност и остављају конзумирање алкохола као једину ствар која може да се ради. Код већине испитаника алкохол представља „изванредну забаву“ и не ствара превише проблема. Међутим

постојала је одређена свест о томе како пијење преко одређених граница може довести до повећаног ризика од насиља и предузимања ризичног секса.

Неки од испитаника су имали осећај да алкохол повећава њихову жељу да пробају одређене ствари, и приметили су да је уобичајено међу неким од њихових вршњака који не користе дрогу да под утицајем алкохола почну да је користе, а да после тога жале због таквих поступака. Учесници испитивања су били мишљења да за младе у њиховом крају не постоји много могућности за забаву и да то може имати утицаја на коришћење алкохола и дрога.

Специфични ризици по полу - који се јављају услед употребе алкохола у овом истраживању је показало на различите опасности којима су девојке биле изложене када су под утицајем алкохола. То је укључивало не вођење бриге о себи или другима при касном повратку кући, постојање уверења да могу бити рањиве када су пијане јер неко то може злоупотребити, до немања самопоштовања у пијанству и чињења ствари које нису имале намеру да ураде или због којих су касније жалиле, као што је секс без заштите, нежељена трудноћа или узимање дроге.

Код младића негативне последице коришћења алкохола испољавају се код кључних ризика као што су агресија и насиље, односно повређивање себе или некога другог.

Ставови према дроги - сви учесници у анкети су били уверења да марихуану треба легализовати. Већина је била уверена да је коришћење марихуане широко распрострањено и релативно безопасно. Генерално су учесници били уверења да је алкохол много штетнији него марихуана. Већина учесника такође је сматрала да не треба легализовати остале дроге. Један од учесника је веровао да би мање штета за појединце била уколико би све дроге биле легализоване и законски регулисане. Међутим, оно што забрињава је да је већина учесника била мишљења да је експериментисање са дрогама прихватљиво. Неки од њих нису могли да схвате како то коришћење дрога води ка зависности, посебно када је у питању кокаин. Учесници су били склони закључку да уколико би њихови вршњаци користили дроге много је вероватније да би их и они користили, међутим нису то осећали као вршњачки притисак.

Коришћење марихуане и осталих нелегалних дрога није водило ка већој популарности, што се показало као мишљење велике већине испитаника, 83,9%.

Они који су марихуану користили регуларно (најмање једном месечно) били су заговорници да је коришћење дроге био начин да се забаве.

4.2 Ставови према наркоманима

Проучавање било које друштвене појаве са социјалног аспекта подразумева познавање ставова заједнице о појави која је у центру интересовања, као и познавање понашања како појединаца тако и група у њој. Друштвени и економски проблеми које проузрокује дрога нису увек у односу са ставовима друштва према дроги (Jaffe, Petersen, Hodgson, 1986). Став шире друштвене заједнице изражен је експлицитно кроз законодавство и законодавне мере и прописе, док је став здравствених радника као најстручнијег сегмента друштва о овом питању изложен на бројним саветовањима, скуповима и семинарима.

Проучавајући преглед истраживања ставова према наркоманима (Видмер, Хемпрош и Кискер, Легнаро) показало се да су ставови према наркоманима међу најнегативнијим у односу на све категорије психијатријских болесника (и душевних болесника и алкохоличара), и да су предиспонирани спољним физичким изгледом наркомана. Физички изглед се објашњава као запуштен, болестан, неуредан. Има теоретичара који овакав негативан став према наркоманима тумаче наркоманском субкултуром која непоштује и негира доминантне друштвене вредности, тако да испитаницима највише смета непоштовање друштвених норми од стране наркомана. Ово за собом повлачи једну другу димензију проучавања става према наркоманима, тачније сферу емоционалне компоненте става, која имплицира осећајни предзнак који став носи са собом. Стереотипна слика која се везује за наркомане, по Опалићу, резултат је најснажнијег страха који прати ову болест, јер захвата младу популацију у јеку њеног сазревања, и психичког и физичког (Опалић, 2008: 168).

Када се говори о ставовима према наркоманима већина радова је тако груписана да испитује знање односно информисаност у вези са дрогама. Навешћемо нека проучавања која то илуструју, поделивши их на она из ранијег периода и она која су новијег датума.

Рани радови из 1974. године истраживача Смита међу наставницима и родитељима у САД – држави Тенеси је показало да 80% учитеља и родитеља заступа мишљење да су наркомани болесне особе, и да је њихов третман ствар

државе; 4,5% родитеља и 2,0% учитеља наркомане доживљавају као морално неодговорне и сматрају да их треба озбиљно кажњавати.

Рајтово истраживање из 1969. године говори о вршњачким ставовима у Енглеској на примеру 417 ученика узраста око 16 година, са циљем да покажу своје знање и информисаност о опасностима од дроге. Резултати су били поражавајући у смислу обавештености о болестима зависности и последицама њихове употребе. Такође слично истраживање имао је у Израелу Шохан, при чему су резултати показали највећи број негативних ставова према дрогама. (Деспотовић, Игњатовић, 1980: 278-279).

Код нас је Јовин такође 1972. године испитивао мишљење средњошколаца у Војводини, тачније Новом Саду и Сремским Карловцима, о узимању и употреби дрога. Истраживање је обухватило 2.631 ученика и у 80% случајева млади људи су осудили, дакле имали су негативан став према употреби дрога, 7% то сматра приватном ствари појединца, док би 3% радо пробало из радозналости. Истраживање вредно помена је и истраживање М. Петровића на узорку од 795 младих, студената, средњошколаца и радника у 5 градова Србије, које је показало да су ставови имали линију од: врло нетолерантних ставова, тачније њих 14,4%; ставова благе нетолеранције 36%; неутралних 31%; незаинтересованости односно благе толеранције њих 15,1% и толерантних свега 3,4%. Закључак који проистиче из података је да око 80% испитаника показује изражену нетолеранцију према наркоманији.

Радови о ставовима Тоубермана и Мекдоналда из 1993. покушали су да појасне донекле аморфне идеје о „ставовима“ у контексту коришћења дрога. Њихов рад дефинише шест могућих димензија – сагледавање вршњачких ставова, сагледавање родитељских ставова, ставове антиалкохоличара, ставове антинаркомана, ставове према извођењу и ставове према побољшању имиџа. Свих шест димензија су у корелацији са експериментисањем са дрогама и учесталашћу коришћења дрога. Они тврде да су прва четири става имала утицај на формирање природних ставова.

Радови у којима су изложени ставови младих, њихових родитеља или наставника према наркоманији у литератури су релативно ретки. Ипак на овом месту наводимо следеће:

Америчко истраживање о ставовима родитеља према дроги показује да родитељи у америчким школама изгледају очајни, апатични и беспомоћни јер више

од половине њих (56%) тврде да не би слали своју децу у школе без дрога чак и када би могли, већина њих верује да такве школе у ствари не постоје (CASA²⁷, 2003). У истом истраживању се чини да постоји однос између родитељских ставова и повећаног ризика од употребе ПАС. Родитељи који мисле да је коришћење дроге у будућности веома вероватно имају тинејдере са троструко већим ризиком за те појаве. Веома је интересантан податак да је мање од 50% њих било „веома убеђено“ у то шта треба урадити уколико дете користи дрогу, мада је 70% њих одбацило идеју да „једном када дете постане тинејџер, родитељи имају веома мало утицаја на њих...“ (CASA, 2003). Половина младих људи који нису користили марихуану тврдили су да су њихови родитељи имали утицај на ту одлуку.

Подршка родитељском утицају долази из мале Руске ретроспективне студије (Van Gundy, 2002). Образац опијања мајке и вербално и физичко насиља оца има утицај на обрасце понашања девојака према алкохолу, као и опијање очева које има утицај на обрасце понашања дечака према пићу. Активна родитељска контрола може помоћи у одлагању иницијације, а јасни породични стандарди и активно управљање породицом су веома важни у одлагању коришћења алкохола и марихуане, без обзира на приврженост породици (Kosterman et al., 2000).

Улога родитељских ставова представљена је у великом националном истраживању у Енглеској које је показало да породична повезаност има заштитну улогу према коришћењу дрога и алкохола (Блум, Рајнхарт, 1997; Resnick et al., 1997). Велика унакрсна студија 4.000 адолесцената старости од 11 до 17 година у Великој Британији, установила је да мала подршка породице, слаба породична контрола, стално родитељско пијење и индиферентан родитељски став према адолесцентском пијењу су сви значајно повезани са високим нивоом адолесцентског пијења (Foxcroft, Lowe, 1997). Ово је потврђено и налазима Hristchurch студије група у којој (Fergusson et al, 1994) је закључено да млади људи који су подизани у кућном окружењу које има одобравајући став према коришћењу алкохола и у којем су они били у контакту са њим у раним годинама (пре навршених 6 година) могу бити много рањивији у погледу проблема везаних за алкохол у адолесценцији. Каснији радови о истим групама сугеришу да изложеност насиљу, посебно насиљу иницираном од стране

²⁷ National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.

мајке, је повезано са повећаним ризиком од злоупотребе/зависности од алкохола (Lynskey, Fergusson, Horwood, 1998).

У ставовима вршњака према коришћењу ПАС наслућује се извесна основа за оптимизам. Генерално, млади људи су све више заинтересовани за пријатеље који не користе алкохол и друге дроге. CASA (2003) извештава да 56% испитаника жели да има пријатеље који не пију редовно, 68% жели пријатеље који не користе марихуану. У истраживању се тврди да пропагандне кампање (нпр. American Legacy Foundation, кампања „истина“) имају значајан утицај. Док је проценат младих људи са високим ризиком коришћења супстанци остао висок 21%, дошло је до смањења од 5% код оних умереног ризика (смањен на 34%). Ово нам сугерише да кампање имају различит утицај на оне са ниским ризиком и да превентивне кампање морају боље бити усмерене на оне са високим ризиком (CASA, 2003). Као пример из мноштва постојећих истраживања, студенти са различитим инвалидитетима (САД - Национална лонгитудинална студија о здрављу адолесцената) много више су изложени факторима ризика, уз много мање користи од заштитних фактора, уз веће ризике за коришћење алкохола и марихуане (Blum i ostali, 2001).

Испитивање ставова омладине према наркоманији је вишеструко значајно, не само са становишта потенцијалне угрожености ове популације употребом дрога, већ и због потпунијег увида у степен опасности и угрожености друштва овом појавом. Бергер је проучавајући индивидуално-психолошке и социјалне аспекте наркоманије (Berger, 1971: 196) дошао до закључка да се адолесцент наркоман разликује од својих вршњака, пре свега, својим ставом о дроги. Ставови који су негативно или позитивно обојени стварају јавно мњење па тако и став према наркоманији. Или се јављају као показатељ потенцијалног понашања, при чему негативан став према дроги може да имплицира да се она као реална могућност понашања не узима у обзир. И обрнуто. Кроз ставове се на индиректан начин показује и степен мотивације, жеље за узимањем дроге, што може допринети откривању скривене опасности од ширења дроге међу младом популацијом.

Категорија адолесцената није хомогена када су у питању ставови према дроги. Управо та хетерогеност за Петровића (2003: 272) налаже да се условно сви адолесценти поделе у 5 основних група:

1. велики број адолесцената не показује никакво интересовање за дрогу, нити одобрава њихово конзумирање;
2. група адолесцената која не прихвата дрогу и такав начин живота, али је заинтересована за младе наркомане и њихово понашање;
3. овој групи припадају они млади који се емоционално поистовећују са наркоманима и сами узимају дрогу, али не као резултат неодољиве унутрашње потребе, већ више као елемент јавног показивања своје опредељености;
4. група којој припадају млади су они који су се идентификовали са наркоманима па и у односу према дроги;
5. овој групи припадају они млади који су и физички и психички зависни од дроге, уз присутно наркоманско понашање и обележја која иду уз то (ставови, обичаји, стил живота и сл.).

4.3 *Квалитет живота алкохоличара и наркомана*

Квалитет живота – као појам означава исконску тежњу човека, независно од времена у коме живи, образовања, статуса, расе или вере, тј. жељу да живот проживи у задовољству. За термин квалитет живота можемо рећи да је комплексан и зависи од бројних фактора, па се њиме баве различите научне дисциплине: од социологије, филозофије, економије, медицине до теологије.

Појам „квалитет живота” први пут је 1920. године користио Arthur Cecil Pigou, у књизи о економији и добробити, док прво документовано коришћење овог термина у медицинској литератури срећемо почетком 70-их у области трансплантационе медицине.²⁸

Светска здравствена организација (СЗО, 1993) дефинише квалитет живота као „перцепцију појединца о сопственом положају у животу у контексту културе

²⁸ Као илустрацију можемо навести да је председник САД Џон Кенеди често користио појам квалитета живота у својим говорима о стању нације

и система вредности у којем живи, као и у односу на сопствене циљеве, очекивања, стандарде и интересовања“.

Број истраживања, током последњих деценија, о квалитету живота се повећавао, а Светска здравствена организација (СЗО) давала је изнова дефиниције квалитета живота. Тако се по њој, квалитет живота дефинише као „стање комплетног физичког, менталног и социјалног благостања и представља мултидимензионални концепт који обухвата физичке и психосоцијалне аспекте“.

Сам појам „квалитет живота“ (QL – Quality of Life) у целини покрива разне концепте квалитета живота, укључујући оне у вези са здрављем (HRQoL – Health Related Quality of Life), али и субјективно благостање (SWB – Subjective Well Being). HRQoL, с једне стране, описује какве тешкоће су настале због лошег здравља у односу на психичко и физичко функционисање, учешће у животним областима, али и „здравствени статус“. Субјективно благостање, с друге стране, обухвата укупно задовољство животом, задовољство животним постигнућима, као и позитивним и негативним утицајима на квалитет живота. Традиционално, квалитет живота се посматра когнитивно, и односи се на личну процену појединца у односу на своје тежње и постигнућа. У суштини, животно задовољство је у вези са субјективном перспективом и све више се сматра ефикасним начином за прикупљање података о квалитету живота.

Појмом „квалитет живота“ обично се описују фактори који имају утицај на животне услове друштва или појединаца. Генерално се под појмом квалитета живота мисли на степен благостања појединачне особе или групе људи. Један од фактора је физичко благостање, а поред тога постоје и бројни други фактори, као што је образовање, могућност запошљавања, социјални статус, здравље итд. Квалитет живота је темељна тема у филозофији, медицини, вери, економији и политици. Неки научници полазе од тога да се оцена квалитета властитог живота догађа по врло субјективним критеријумима. Други говоре о томе да оцена квалитете живота појединца у великој мери зависи од индивидуалног темперамента.

Како већина људи као врхунски квалитет издваја здравље, јавила се потреба за дефинисањем квалитета живота повезаним са здрављем. Здравље је стање потпуног физичког, психичког и социјалног благостања, а не само одсуство болести и неспособности (СЗО, 1948).

Процењивање утицаја узимања психоактивних супстанци на активности социјалног живота одсликава какво је функционисање и благостање те особе из дана у дан и у различитим доменима живота, што заправо представља процену квалитета живота. Изучавање квалитета живота код алкохоличара и наркомана, од изузетног је значаја јер нам омогућава праћење њиховог прилагођавања свом стању, функционисање са тим стањем, као и опште благостање и задовољство својим животом, али и за праћење доступности здравствене и социјалне заштите и, у крајњој линији, поштовање људских права. Процена сопственог квалитета живота од стране алкохоличара и наркомана је предуслов и први корак у стратегији побољшања квалитета живота ове популације (уочавање тешкоћа, прављење акционих планова и спровођење најадекватнијих могућих активности за побољшање квалитета живота).

Табела 4.1: Домени квалитета живота Светске здравствене организације

УКУПАН КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ГЕНЕРАЛНО ЗДРАВЉЕ	
Подручје	Аспекти инкорпорирани у подручја
Физичко здравље	Енергија и умор Бол и нелагодност Спавање и одмор
Психичко здравље	Телесна схема и изглед Негативна осећања Самовредновање Мишљење, памћење и концентрација
Социјалне релације	Персоналне релације Социјална подршка Сексуална активност
Окружење	Финансијски извори Слобода, физичка сигурност и безбедност Здравље и друштвена брига: приступачност и квалитет Кућно окружење Могућност стицања нових знања и вештина Учешће и могућност за рекреацију/слободно време Физичко окружење (загађеност, бука, клима) Транспорт

Извор: WHOQoL Group. (1993). WHOQoL Group, Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQoL), *Quality of Life Research* 2, 153–159

Табела 4.2: Одабрани резултати испитивања квалитета живота у Србији и просек у ЕУ

	Србија	Опсег за 34 испитане земљечланице и кандидате				ЕУ 27
		Минимум		Максимум		
Субјективно благостање						
Задовољство животом (1-10)	6,3	Бугарска	5,5	Данска	8,4	7,1
Срећа (1-10)	7,1	Бугарска	6,3	Исланд	8,3	7,4
Оптимизам у вези с будућношћу (% „слажем се” или „слажем се у потпуности”)	60%	Грчка	20%	Исланд	87%	52%
Здравље и ментално благостање						
Задовољство здрављем (1-10)	7,4	Летонија	6,5	Кипар	8,4	7,3
Ментално благостање (0-100)	54	Србија	54	Данска	70	62,5
Животни стандарди						
Задовољство животним стандардом (1-10)	5,3	Бугарска	4,7	Данска	8,3	6,9
Тешкоћа састављања краја с крајем (% „тешко” или „веома тешко”)	31%	Данска	3%	Грчка	50%	17%
Број ставки које људи не могу себи да приуште (0-6)	2,2	Луксем.	0,3	Бугарска	2,9	1,2
Неформална дуговања (% доспелих неплаћених обавеза током последњих 12 месеци)	9%	Малта	1%	Турска	21%	8%
Равнотежа посао-приватни живот						
Сукоб на релацији посао–приватни живот (у било ком аспекту, % жена)	85%	Италија	44%	Кипар	86%	59%
Сукоб на релацији посао–приватни живот (у било ком аспекту, % мушкараца)	77%	Италија	39%	Србија	77%	54%
Обављање кућних послова најмање неколико дана недељно, разлика између жена и мушкараца (процентуални поени)	50	Финска	11	Турска	72	30
Жене, економски неактивне, које желе да раде (%)	57%	ХК	45%	Исланд	91%	70%
Јавне службе						
Трошкови као проблем приликом одласка код лекара („велике тешкоће”)	14%	В. Брит.	1%	Грчка	28%	8%
Домаћинства с децом узраста <12 година која користе услуге чувања деце	23%	Турска	7%	Шведска	69%	34%
Процент испитаника који користи јавни превоз	85%	Кипар	50%	Турска	97%	87%
Поверење и напетост						
Поверење у људе (1-10)	4,6	Кипар	1,9	Финска	7,1	5,1
Поверење у владу (1-10)	3,0	Грчка	2,1	Луксем.	6,5	4,0
Поверење у локалне власти (1-10)	3,3	Србија	3,3	Луксем.	6,7	5,2
Напетост између различитих расних или етничких група (% који примећује „велику напетост”)	33	Исланд	11%	Чешка	68%	37%
Напетост између богатих и сиромашних људи (% који примећује „велику напетост”)	48%	Данска	4%	Мађарска	71%	35%
Партиципација и искљученост						
Индекс перцепције социјалне искључености (1-5)	2,5	Данска	1,6	Кипар	3,0	2,2
Учешће у волонтерском раду	16%	Ц. Гора	9%	ХК	61%	32%
Грађанска и политичка укљученост	19%	Турска	8%	Исланд	61%	25%

Извори: Eurofound (2012)

У области субјективног благостања становници Србије показују нешто ниже вредности од просека у ЕУ када је у питању задовољство животом (6,3 у односу на 7,1) и срећа (7,1 у односу на 7,4) али је зато оптимизам у Србији већи него просек у ЕУ (60% у односу на 52%). По резултатима испитивања благостања најлошије резултате у ЕУ показују земље у нашем окружењу: Бугарска и Грчка, а најбоље Данска и Исланд.

У области здравља и менталног благостања резултати су донекле супротстављени јер су становници Србије када је у питању задовољство здравственим стањем мало изнад просека у ЕУ (7,4 у односу на 7,3) док су по питању менталног благостања најнезадовољнији од свих (54 у односу на 62,5).

Када је у питању област животног стандарда очекивано су сви резултати лошији од просека у ЕУ. Тако смо по задовољству животним стандардом на самом европском дну (5,3 у односу на просечних 6,9). Тешкоће „састављања краја са крајем“ осећа чак 31% становника Србије у односу на просек ЕУ од 17%. Број ставки које становници Србије себи не могу да приуште је много већи од просека у ЕУ (2,2 у односу на 1,2), а да не помињемо Луксембург са 0,3. Становници Србије су најбољи у овој области када је у питању неформално дуговање јер дугују само нешто мало више од ЕУ просека тј. 9% у односу на просечних 8%.

У односу на равнотежу посао-приватни живот становници Србије показују најлошије резултате јер када су у питању жене у Србији чак 85% њих осећа постојање сукоба, у односу на просечних 59% у ЕУ. По овом питању лошије од нас су само Кипранке са 86%. Код мушкараца је још гора ситуација јер њих 77% осећа сукоб што је најгори резултат од свих земаља, док је просек 54%. Када су у питању кућни послови Срби показују традиционално васпитање са 50 индексних поена у односу на просек ЕУ од 30. Најтрадиционалнији од свих су Турци са 70 индексних поена. И жене у Србији су традиционалне па само њих 57% економски неактивних желе да раде у односу на просек у ЕУ од 70% и Исланђанке са 91%.

По питању јавних служби становници Србије показују да постоји углавном више проблема од европског просека. Тако проблем плаћања трошкова лечења осећа 14% у односу на просечних 8%. У Србији се такође много ређе одлучују да децу оставе на чување беби ситеркама од просечног становника ЕУ (23% у односу

на 34%). Јавни превоз у Србији се користи као и у већини чланица ЕУ (85% у односу на 87%).

Када се ради о поверењу и напетости у Србији највише поверења имају у људе (4,6 у односу на просек од 5,1), нешто мање поверење имају у владу (3,0 у односу на 4,0), а најмање од свих испитиваних имају поверење у локалну власт (3,3 у односу на 5,2). Што се осећаја напетости тиче у Србији је израженија она између богатих и сиромашних (48% у односу на 35%) него између етничких и верских група (33% у односу на 37%).

У области партиципације и искључености у Србији резултати показују да становници Србије осећају нешто већу искљученост од просека ЕУ (2,5 у односу на 2,2). Ово се може и очекивати с обзиром да је волонтерски рад у Србији далеко испод ЕУ просека (16% у односу на 32%) док је грађанска и политичка укљученост нешто нижа од ЕУ просека (19% према 25%).

Пристап у испитивању квалитета живота у Европи одражава покрет који постаје све више глобални и који иде даље од искључиве пажње на привредни напредак, скрећући пажњу ка мерењу ширих циљева јавне политике, при чему се дужна пажња поклања и квалитету живота.

Информације у вези с одабраним областима квалитета живота појашњавају како објективне услове живота, тако и субјективно благостање, како појединачне животне околности, тако и перцепцију квалитета друштва, као и учешће појединаца у тим активностима. Оне имају за циљ да помогну да се добије преглед квалитета живота у једној земљи.

ГЛАВА 5. ДРУШТВЕНА ФОРМАЛНО-ПРАВНА КОНТРОЛА АЛКОХОЛИЧАРА И НАРКОМАНА

Пре него што покушамо објаснити тако сложен механизам друштвене контроле, посебно према девијантим појавама као што су алкохолизам и наркоманија, наметнула се потреба нешто специфичнијег поимања друштвених правила као споне између вредности једног друштва с једне, и друштвених творевина, с друге стране. За друштвена правила је карактеристично да уређују како понашање самих индивидуа тако и понашање појединаца у друштву. Она заправо одређују какво понашање у одређеном друштву треба да буде, која се понашања сматрају прихватљивим, са становишта друштвене форме. Правила се схватају као друштвена творевина и релативно стабилна и релативно самостална (Лукић, 1959: 239). Функција друштвених правила је врло значајна. Она се јављају као елемент повезивања самих људских радњи у одговарајуће друштвене процесе, који могу бити различитог степена сложености, што важи и за друштвена правила. Друштвена правила изражавају се кроз друштвене прописе, који се могу разумети као правила која регулишу друштвене односе.²⁹ За поштовање друштвених прописа заинтересовано је читаво друштво, а не само појединци, у смислу постизања одређених циљева (и појединачних и друштвених). Њихово непоштовање чини „штету“ читавој заједници. Без обзира што друштвени прописи доприносе остварењу одређених друштвених циљева, они не морају бити прихваћени у вредносном погледу од стране свих чланова друштва. Када је то случај говоримо о кршењу или непоштовању друштвених прописа. Најважније мере које друштво са своје стране предузима су санкције против оних који су прекршили прописе и довели у питање друштвене интересе. Улога санкција има васпитно дејство јер се предпоставља да се појединци теже одлучују за кршење прописа будући да знају да их чека одговарајућа санкција. Једно од значајних обележја друштвених прописа је да се они релативно споро мењају, јер су резултат великог броја друштвених чинилаца, а не само једног или неколицине. Свака заједница има своје прописе, па зато колико заједница толико и прописа тј.

²⁹ Друштвени прописи овакво схваћени обухватају читав комплекс правила о понашању и у: породици, на јавном месту, у држави, на радном месту и сл.

процеса. Разлике између друштвених прописима можемо условно схватити као разлике међу санкцијама (да ли су оне теже или лакше), у једном правцу, и да ли се примењују од организованих или неорганизованих заједница, у другом правцу.

Правила могу да буду неписана као што су обичаји и морал, или писана као што су правни прописи. И за једну и за другу се може рећи да уређују друштвено понашање и деловање, што чини да друштвена правила представљају основ сваке друштвене организације. Неписана правила су за Митровића и Бована (2013: 32) основа неформалне организације, док су писана правила основа формалне друштвене организације. Нормативни обрасци као сложена друштвена правила увек садрже две врсте норми: и диспозицију и санкцију. Диспозиција је упутство како треба деловати, односно како се не треба понашати да би се остварио неки циљ, потреба или интерес. Санкција је практична мера којом се учесници подстичу на пожељно деловање, и одвраћају од непожељног. Тада се она јавља или у облику награде или позитивне санкције, или као казна односно негативне санкције.

Регулисање друштвених процеса остварује се кроз прописе, тачније кроз каналисање самих процеса у жељеном правцу од стране оних који прописе стварају. Зато је и толико значајна улога прописа у друштвеном животу.

Следећи појам који је предмет нашег интересовања је појам друштвене контроле. Друштвена контрола се може дефинисати као „процес којим глобално друштво или одређена друштвена група настоји да усмери и регулише понашање својих чланова према одређеним друштвено прихваћеним обрасцима, тј. у правцу друштвеног конформизма“ (Марушић, Мартић, 1967: 45). Она се може објаснити у односу на различите критеријуме: обично се испољава кроз форме или присиле или приволе. Контрола путем присиле произилази из државне силе тј. моћи оличене кроз право и деловање закона, судова, органе реда и сигурности, као и других институција. Контрола путем приволе односи се на друштвени утицај који доприноси прихватању и од стране појединца и од стране групе одређених облика понашања. Она може бити и институционална (држава, породица, школа), и ванинституционална (јавно мњење). Друштвена контрола односно санкције доприносе формирању прихватљивог понашања које је вођено, пре свега, рационалним интересима. Тиме се формира усвајање друштвених норми које су у

складу са властитим моралним и субјективним мотивима за одређено понашање. На овај начин се открива, у идеалном смислу, дејство друштвене контроле.

Проучавање друштвене контроле схваћене и као појава и као друштвена чињеница датира још од периода настанка социологије од Диркема, преко Роса, Парка и Бурџеса, Вебера, Малиновског. Управо на тај начин схваћена служила је као средство разликовања традиционалних и модерних друштава у погледу успостављања и одржавања јединства друштва. Модерно друштво је разарало старе структуре, па према томе и механизме друштвене контроле. Друштвена контрола код ових теоретичара сматра се саставним елементом социјализације. Процес социјализације у том смислу је и културно одређен и условљен. Његов активан састојак је адекватна друштвена контрола која исправља грешке и указује на проблем, нудећи одговарајућа решења у одређеним процесима који су се показали недоследни. Функција социјализације је очување интегритета и унутрашње кохезије система. Тако социјализација и социјална контрола имају важне интегративне функције, а уједно и моћ да одговоре на непредвидљивост како индивидуе, тако и система или његових подсистема. Park и Burgess (1924) међу првима запажају да је темељ социјалне контроле постојана акција групе да успостави консензус. Одступање од консензуса је мотив за стварање социјалне контроле. Појам социјалне контроле је касније развијен у оквиру формалних и неформалних односа. Друштвене групе имају свој тип организације и сходно томе механизме контроле. Проблем модерних друштава је био и остао проблем адекватне социјалне контроле. Теоријски интерес за овај феномен временом је скрајнут и запостављен, али се поновно ревитализирао средином прошлога века, с акцентом на правној дефиницији социјалне контроле која се кретала углавном у категоријама поштовања закона. Но, услед развоја и долажења до нових сазнања о сложености појма социјалне контроле, увидело се да она није подједнако дистрибуирана, да није једнако присутна у свим димензијама друштва, да зависи од количине моћи владајућих структура, да има снажан неформални аспект и да њен изостанак значи још већи социјални неред. На тој равни посматрања су се појавиле новије теорије. За ове теорије су мање важни узроци неких феномена, попут криминала, а пуно важнији механизми како се они могу контролисати и смањити. У овој се теорији могу се наћи трагови Херберта Спенсера, кроз став да

је индивидуа та која је потпуно одговорна за своје стање. Тенденција је ка смањивању учешћа државе, посебно њених социјалних потпора, у решавању друштвених проблема. При томе највећи значај имају три механизма: механизам социјалне контроле, механизам социјализације и поштовање моралности. Услед слабе социјалне контроле, слабе индивидуалности и лабаве социјалне везе у групама, слаби социјализација чланова проблематичних група, долази до учесталијих и израженијих социјалних проблема.

Ефекти социјалне контроле по Gottfredsonu и Hirschiју (1994) не показују своје дејство када наступи неравнотежа између природних сила и унутрашњих санкција. Зато особе које су одрасле у условима који су по својој природи дезорганизацијски, показују слабу самоконтролу, низак праг толеранције и склоност ка девијантном понашању. Ово је још више подстакнуто и неодговарајућом и неправовременом интервенцијом органа формалне контроле. Механизми социјалне контроле се проверавају кроз криминалну политику коју карактерише непостојање толеранције на криминал (не опрашта се ниједан облик криминала), јачање полиције, превенција криминалитета, сузбијање кривичних дела, примарна превенција, развијање образовних структура у идентификацији и третману криминала. Будући да се људи рађају слободни, као део те слободе мисли се и на правила која се крше. Људска акција је усмерена на тражење задовољства и избегавање бола. Особа тежи задовољењу својих потреба и настоји избећи друштвену дисциплину. Однос контроле и самоконтроле у људском понашању треба да резултира обуздавањем људске природе која је у основи инстинктивна. Теорија социјалне контроле базира се на ситуационој мотивацији која може бити дефинисана ситуацијом чињења девијантног акта, али то не мора бити перспектива особе. Ова теорија наглашава да друштво троши велике социјалне енергије на социјализацију и очување реда, као и контролу понашања. Познати представници ове теорије су Albert J. Reiss, Jakson Toby и F. Ivan Nye.

Друштвена контрола је начин на који се девијантност спречава и кажњава, одржавајући тако кохезију друштва. Два велика облика друштвене контроле су интернализација норми и коришћење спољних санкција, било позитивних било негативних (у смислу награде или казне). Облици испољавања су: формални закони и неформална пракса (исмевање, осуда, прекор). Кроз четири различите

контролне теорије покушаћемо да сугеришемо примену ова два основна облика деловања.

1. Екстерна и интерна контрола – Albert J. Reiss и F. Ivan Nye.

Albert J. Reiss је заступао становиште да је појединац у основи веома слабо везан за прокламовану моралност. Деликвенција се јавља као одсуство „персоналне и социјалне контроле“, при чему је прва интернализована, а друга подлеже дејству правних и неформалних санкција (Игњатовић; 2009: 88). За Ivana Nye постоје три врсте контроле: директна, индиректна и интерна. Прва се односи на кажњавање, друга на одустајање од кривичних дела због патњи које се наносе ближњима, а трећа спречавање дела због осећаја кривице. Први тип контроле је у рукама правосудних органа, док је други везан за породицу.

2. Теорија суздржавања Waltera Rucklessa

Теорија суздржавања објашњава како конформистичко понашање тако и девијантност. Она се испољава у два основна аспекта:

- Унутрашње суздржавање – састоји се од унутрашњих компоненти као што су: самоконтрола, повољна представа о самом себи, јачина ега, добро развијен суперего, високи нивои толеранције на фрустрације, отпорности на нападе, одговорности, као и усмереност ка циљу, способност да се пронађу субститутивна задовољства, рационализације за смањење напетости и сл.
- Спољашње суздржавање – представља структурални браник у непосредном социјалном окружењу личности који успева да је одржи унутар допуштених граница. Састоји се од таквих делова као што су: конзистентни морални фронт према личности, институционална појачања његових норми, циљева и очекивања, разумни низ друштвених очекивања, ефектан надзор и дисциплина, одредбе које уређују поље активности и од алтернатива и сигурносних вентила, могућности за прихватањем, задржавањем личног идентитета и припадношћу. Такви структурални чиниоци помажу породици и другим групама које пружају подршку да обуздају појединца (Reckless, Нова теорија деликвенције и злочина, 1961, у Игњатовић, 2009: 300-301).

Теорија суздржавања кроз ова два вида чини појединца отпорним на кршење друштвених норми односно на нормативну девијантност. Она указује на отпоре девијантности кроз усмереност ка легитимним друштвеним очекивањима. Унутрашње и спољашње суздржавање за Реклеса заузимају централно место између притисака и утицаја спољашње средине и унутрашњих нагона и порива.

3. Контролна теорија Travisa Hirschia

Травис Хирши (Hirschi, 1969) је развио теорију друштвене везе у својој књизи „Узроци деликвенције“. Ова теорија сматра да се девијантна понашања јављају због слабе везе између појединца и његове заједнице. Према Хиршију постоје 4 повезујућа фактора: везаност, преданост, укљученост и уверења. Везаност се објашњава ступњем у којем особа осећа везаност за друге тј. као оданост породици, послушност, поверење. Преданост се тумачи као ступањ страха који особа осећа према кршењу закона или као преданост заједничким вредностима. Односно, овај појам се разматра као преданост обавезама које намеће друштво. Укљученост се односи на ангажман појединца у уобичајеним активностима, као што су спорт или школа. Уверења или веровања се описују као ступањ у којој особа верује у друштвене норме или прецизније поверење које појединац има у друштво и владајући систем вредности. Ова теорија је тврдила да што је ступањ ових повезујућих фактора већи, утолико се смањује девијантно понашање.

4. Теорија ниске самоконтроле

Тревис Хирши је са Мајклом Готфредсоном 1990. године развио теорију самоконтроле. Према овој теорији ступањ самоконтроле одређује склоност према девијантном. Особе које имају низак праг самоконтроле имају веће шансе да почине кривично дело него особе са високим прагом самоконтроле. Висок степен самоконтроле указује на високу вероватноћу усклађености. У одређивању самоконтроле најважнији чинилац по овој теорији је родитељство. Санкције које се према Хиршију предузимају треба усмерити управо према родитељству, чиме се контролише девијантно понашање и повећава самоконтрола. Самоконтрола се у овој теорији неће као фактор разумевања деликвенције уопште.

Појам друштвене контроле можемо схватити по Бовану (2008: 213) као операционализацију појма друштвеног реда. Самим тим се друштвена контрола

схвата као циљ нормативног регулисања, у сфери односа, интереса и регулисања сукоба. То је контрола од стране друштва и за друштво. Појам друштвене контроле тесно је повезан са појмом функција права, али и као средство за истраживање односа између права и обичаја.³⁰ Проблем друштвене контроле је питање око којег се сучељавају друштвена структура, култура и личност.

Оно што изазива велику пажњу актуелног друштвеног тренутка везаног за друштвену контролу односи се на неколико важних сегмената, по нама:

1. шта формира актуелан друштвени тренутак у нашој земљи који можемо означити као недостатак адекватне социјалне контроле;
2. које социјалне структуре су најмање, а које највише изложене социјалној контроли и да ли то зависи од количине моћи појединих структура;
3. да ли социјална контрола доприноси већој сигурности маргиналних скупина, жена, деце и сл.;
4. физиономија формалне и неформалне социјалне контроле;
5. могући модели социјалне контроле.

Све су то питања на која ће, надамо се, будућа истраживања успети да дају одговоре.

По питању друштвене реакције на алкохолизам по Милосављевићу (2003: 166), издвајају се неколико типова или варијетета односа и то:

1. потпуна прохибиција- која подразумева потпуну забрану и санкционисање како производње и промета тако и узимања и потрошње алкохола;
2. делимична прохибиција - обично усмерена на лимитирање и санкционисање промета и служења алкохола у одређено време и одређеним лицима;
3. толеранција према умереном пијењу;
4. незаинтересованост друштва и премештање са социјалног на приватну сферу;
5. целовити програми превенције алкохолизма – који укључују развијене моделе третмана алкохоличара.

³⁰ Овде се, пре свега, мисли на правну теорију САД.

Што се тиче, пак, реакције друштва на зависност и употребу дрога она недвосмислено има негативан и неодобравајући став. Ова реакција зависи од друштвених и економских услова одређеног друштва и његове културне аутономности. Издајају се четири карактеристична модела или начина реакције на наркоманију:

1. моралистичко-легални модел – реакција друштва изражава се кроз моралну осуду и примену репресивних мера према онима који конзумирају дрогу;
2. медицински модел – условљен је самим схватањем наркоманије као болести, па у односу на то се и наркоман третира као и сваки други болесник, према коме треба применити одговарајући третман лечења у оквиру одговарајућег медицинског система;
3. психо-социјални модел – акценат ставља на личност наркомана и његово социјално окружење коме припада. Одлучујући значај у томе има породица, вршњаци и терапеутске заједнице;
4. социо-културни модел – је усмерен ка мењању друштвених услова живота, као и променама како у локалној заједници тако и у одређеним институцијама.

5.1 Политика друштва у сузбијању алкохолизма и наркоманије

Расправљање о друштвено-правном аспекту алкохолизма и наркоманије увек изнова повлачи за собом стално актуелно питање: да ли и којим мерама треба дати превагу? Обично прва асоцијација која се јавља јесте пренаглашавање значаја кривичне санкције у борби против девијација у друштву. За Игњатовића (2003: 2) разликују се две врсте реаговања на противправна понашања и то:

1. као профилакса, или проактивно деловање пре извршења дела. Оно се у нашој литератури означава као превенција у ширем смислу;
2. као репресивно деловање или репресија коју надлежни органи предузимају кад је норма прекршена. Ово деловање је у својој основи реактивно и обухвата како превенцију у ужем смислу тако и ретрибуцију, тј. узвраћање учиниоцу због зла које је другима нанео.

Можда је много примереније правне прописе схватити не само као репресивне мере, већ као погодно тле за развој превентивних мера и у домену

примарне превенције и у домену најцелисходнијег облика лечења алкохоличара и наркомана. Отуда сматрамо да правни аспект у себе треба да укључи и репресивну и превентивну активност, односно избалансирану активност оба ова вида, јер ће се тако створити услови за редукцију ових појава, а истовремено ће се онемогућити даље напредовање и ширење како алкохолизма и много више наркоманије.

На пољу сузбијања криминалитета у свету, а и у Европи постоје две главне струје: прва је тренд либерализације који укључује декриминализацију злоупотребе дрога, а друга је репресија кроз интервенцију полиције и казненог закона. Већина европских држава ставља нагласак на социјалној контроли кроз интегративни приступ редукцији здравља и друштвеним последицама злоупотребе дрога. Овај „модел нормализације“ је концепт намењен постизању деполаризације и интеграције неприхватљивог понашања. Поборници политике криминализације злоупотребе дрога верују да би легализација лаких дрога сугерисала да злоупотреба истих није штетна, што би са своје стране довело до повећаних трошкова здравственог и социјалног осигурања. На тај начин би се општа превенција минимизирала, а организовани криминал прилагодио измењеним околностима.

Изградња делотворне стратегије контроле криминалитета (која код нас не постоји, а није ни постојала раније) укључује деловање социјалне превенције у најширем смислу те речи.³¹ Само тако и на тај начин моћи ћемо да створимо услове за једну модерну антикриминалну стратегију контроле криминалитета, која би укључивала и судове и полицију и установе које се баве ресоцијализацијом осуђених за одређена кривична дела.

У домену превентивног деловања на смањивању и редукцији социјално-патолошких појава издвојиле су се две велике области: једна је област примарне превенције, а друга је *Стратегија за борбу против дрога у Републици Србији (период 2009. - 2013. година)*.

³¹ Широко схваћена социјална превенција за проф. Игњатовића значи изградњу како социјалног програма, тако и оспособљавање свих државних органа у спречавању криминалитета, кроз упознавање са многоструким појавним облицима криминалитета од традиционалних преко нових.

Превенција је основни вид борбе против алкохолизма и наркоманије. У превентивном раду уочавају се два релативно искључујућа става: један који алкохолизам и наркоманију третира као болест, при чему се појединац не осећа крив за своју болест, и друго становиште потпуно супротно предходном где се алкохолизам и наркоманија смештају у појединачну, индивидуалну раван као ствар личног понашања, при чему држава не треба да има никакву обавезу према њима. Стварност је наравно негде на средини. Приликом формулисања одређених облика превенције превагу има вредновање мишљења шире социјалне групе шта се сматра као недопуштено и неморално понашање (Деспотовић и остали, 1978: 400). Сваки вид примарне заштите подразумева добро познавање како узрока тако и последица појаве на којој се превентивно делује. Концепција о примарној заштити укључује у себе унапређење душевног здравља и смањење поремећаја који се огледају и у алкохолизму и наркоманији. У оквиру здравствене заштите проблем алкохолизма и наркоманије представља значајан и специфичан друштвени проблем, управо због друштвених последица које их прате. Примарна превенција уклопљена је у део заштите здравља становништва, односно смањивања и редукције услова који доводе до менталних поремећаја, па и алкохолизма и наркоманије.

Секундарна превенција тиче се раног откривања болести чиме се стварају услови за адекватно лечење.

Терцијарна превенција дефинише се као смањивање степена оштећеног функционисања услед менталних поремећаја.

Прохибиционе мере (забрана производње, продаје и употребе алкохола) у превентивном раду је у случају алкохола само ојачала његову позицију³², чиме је он заправо стекао „право грађанства“ у друштву, потврђујући тако да се друштво мири са проблемом алкохолизма и не предузима довољно радикалне мере. Штавише друштво на један начин стимулише произвођаче алкохола, а на други начин бави се лечењем потрошача или конзументата алкохолних пића. Превентиван рад требао би да се заснива на контроли алкохолних пића,

³² Добар пример за то је тзв. „суви закон“ који је донесен у предратној Русији, 1914.г. и трајао је до октобарске револуције. Он је био последица повећане потрошње алкохола у Русији после јапанског рата.

здравственом просвећивању као и индивидуалном и групном психотерапијском раду.

Када се ради о наркоманији у свим земљама је на снази потпуна прохибиција усаглашена са међународним договорима и уговорима, при чему је потпуно јасно да се она не може решавати ни као проблем дроге, ни као изоловани проблем младих, већ као проблем заједнице у целини. Проблем са коришћењем дроге има своју правну, криминогену и фармаколошку димензију, исто као што болести зависности имају своју медицинску, правну и социјалну димензију. Проблеми посматрани на нивоу заједнице и на нивоу младих (јер проблем наркоманије је првенствено проблем омладине која је најугроженија), могу се са становишта примарне превенције посматрати са више аспеката.

Примарна превенција има за циљ промовисање живота без ПАС и спречавање коришћења истих, нарочито код младих.

Примарна превенција подразумева: промовисање здравих стилова живота без употребе одређених супстанци, подизање нивоа свести појединца и друштва о ризицима од њихове употребе, смањење броја нових корисника и мобилисање заједнице у борби против злоупотребе ових супстанци.

Примарна превенција може бити општа, селективна и индикована, зависно од тога да ли је усмерена на целокупну заједницу, одређене популационе групе (у предшколским установама, школама, породици, радној околини и сл.) и појединце или групе под повећаним ризиком (возачи, пилоти, здравствени радници, војници, деца у домовима без родитељског старања, деца улице, затвореници и др.). Правци превентивног деловања укључују следеће институције:

Породица се схвата као основна ћелија друштва која води рачуна о појединцу и његовом развоју. Пошто је истраживањем утврђено да алкохоличари и наркомани долазе из породица у којима недостаје складна породична атмосфера и кодекс васпитања и учења, као и из породица разведених родитеља, основни акценат је стављен на едукацију родитеља и старатеља. Осим основне едукације родитеља о штетним последицама употребе ПАС, неопходно је оспособљавање родитеља за добру комуникацију са децом и јачање способности породице за решавање кризних момената. Породица треба да пружи услове за здраво одрастање деце, њихово информисање и доношење одговарајућих одлука. У том

смислу неопходно је оснивање и породичних саветовалишта или центара који би имали саветодавно - информативну улогу.

Специфични циљ је подизање нивоа знања родитеља и старатеља о штетном утицају дрога и других супстанци.

Активности су следеће:

- едукација родитеља и старатеља о штетном утицају дрога и превентивним мерама кроз рад стручних сарадника у школама и здравственим установама; - развијање способности родитеља за решавање проблема и кризних ситуација у породици;
- унапређење саветодавног рада у установама социјалне и здравствене заштите и мотивисање социјалних и здравствених радника за рад са родитељима и старатељима; - развијање успешне комуникације родитеља са децом.

Образовне установе - основни принцип, када су ове установе у питању, је њихово укључивање као целине, односно заједничко учешће васпитача, наставника, и педагога из ових установа и ван њих, родитеља и деце, у програме превенције који треба да су информативног и едукативног карактера. Програми морају бити прилагођени узрасту деце, прихватљиви и разумљиви, а такође их је нужно усмерити и на рано препознавање ризичних група деце за које би требало развити заштитне превентивне програме.

Специфични циљеви су:

1. усвајање одговорног понашања у вези са здрављем деце у циљу побољшања здравственог стања;
- 2) промовисање здравих стилова живота младих;
- 3) подизање нивоа знања и свести код деце и школске деце о штетном утицају употребе алкохола и дрога;
- 4) повећање нивоа знања васпитача, наставника, педагога и психолога о штетним утицајима дрога на телесно, социјално и ментално здравље деце.

Активности су:

- развијање специфичних програма промоције здравих стилова живота и програма превенције злоупотребе дрога;

- јачање спровођења постојећих програма промоције и превенције кроз разне облике едукативних активности, укључујући и вршњачку едукацију;
- подржавање иницијатива младих за спровођење акција које имају за циљ афирмацију здравих стилова живота;
- развијање социјалних вештина;
- информисање младих и родитеља о ризицима конзумирања дрога кроз школске наставне програме и радионице у школама;
- идентификација и смањење фактора ризика у школском окружењу;
- едукација наставног кадра (едукација едукатора) о најефикаснијим начинима информисања и мотивисања младих за правилне изборе и одупирање притисцима у изазовима савременог друштва.

Радна средина - Превентивни програми за радну средину морају да обухватају активности које се односе на едукацију и сензибилизацију запослених, руководећег кадра, представника синдиката и др. за проблем коришћења дрога. Такође је важно омогућити одговарајуће поступање са особама које су под ризиком или су већ зависне од дрога. Неопходно је организовати активности у циљу спречавања коришћења дрога на радном месту, са посебним акцентом на запослене који су под повећаним ризиком због професионалног оптерећења: возачи моторних возила, пилоти, здравствени радници и др.

Специфични циљ је подизање нивоа знања и свести код запослених и послодаваца о штетном утицају дрога.

Активности су:

- развијање специфичних програма промоције здравих стилова живота и програма превенције злоупотребе дрога у радној околини;
- едукација запослених о ризицима везаним за дроге;
- омогућавање одговарајућег поступања са особама под ризиком;
- смањење изолације и дискриминације зависника од дрога у радној околини;
- спровођење разних облика едукативних активности на тему промоције здравих стилова живота у радној околини.

Заједница - интервенције у заједници односе се на мобилизацију и активно учешће свих грађана и цивилног сектора (невладине организације), као и одговарајућих установа у области унутрашњих послова, судства, здравствене и социјалне заштите у спровођењу програма превенције злоупотребе дрога. Промовисање волонтерства у примарној превенцији је такође један од задатака заједнице.

Специфични циљ је јачање укључивања локалне самоуправе и цивилног сектора у превентивне програме.

Активности су:

- едукативни програми за различите групе, нарочито младе;
- промотивне кампање о здравим стилевима живота;
- информисање грађана путем медија о штетном утицају дрога;
- обележавање светског дана борбе против дрога и сл;
- програми за младе кроз теренски рад (outreach програми).

Друге институције - као што су домови за децу без родитељског старања, сигурне куће, заводи за васпитање деце и омладине, војне установе, васпитне установе, васпитно-поправни домови и заводи за извршење казне и др. захтевају посебне програме превенције злоупотребе дрога.

Деца и млади смештени у установе социјалне заштите суочавају се са бројним факторима ризика што их чини посебно осетљивом популацијом.

Специфични циљ је подизање нивоа знања и свести о штетном утицају дрога код деце и особа које бораве у институцијама.

Активности су:

- развијање специфичних програма превенције злоупотребе дрога за кориснике у овим институцијама;
- посебни едукативни програми за децу у домовима без родитељског старања;
- спровођење посебних едукативних програма у другим институцијама;
- спровођење разних облика едукативне активности на тему промоције здравих стилова живота у овим институцијама.

СТРАТЕГИЈА О СПРЕЧАВАЊУ ЗЛОУПОТРЕБЕ ДРОГА ЗА ПЕРИОД 2014–2021. ГОДИНЕ

Стратегија о спречавању злоупотребе дрога за период од 2014–2021. године је кључни документ у решавању проблема злоупотребе дрога.

Стратегија се заснива на принципима поштовања људског достојанства, слободе, демократије, једнакости, солидарности, владавине права и људских права. Стратегија има за циљ да обезбеди и унапреди јавно здравље, да обезбеди општу добробит како за појединца, тако и за друштво, да осигура и унапреди висок ниво безбедности становништва, као и да понуди балансиран, интегративан приступ проблему дрога, заснован на доказима.

Република Србија је потписница Јединствене конвенције УН о опојним дрогама из 1961. године, која је измењена и допуњена Протоколом из 1972. године, затим Конвенције о психотропним супстанцама из 1971. године и Конвенције против недозвољене трговине опојним дрогама и психотропним супстанцама из 1988. године.

Стратегија је израђена по узору на Стратегију ЕУ за дроге за период 2013–2020. године и њен Акциони план за период 2013–2016. године, као и финалне процене остварених резултата и уочених недостатака Стратегије за борбу против дрога у Републици Србији за период од 2009. до 2013. године.

Стратегијом је дефинисано пет подручја деловања политике о дрогама:

- смањење потражње за дрогама;
- смањење понуде дрога;
- координација;
- међународна сарадња;
- истраживање, праћење и процена.

1. СМАЊЕЊЕ ПОТРАЖЊЕ ЗА ДРОГАМА

Смањење потражње за дрогама састоји од низа подједнако важних мера, укључујући и превенцију (универзалну, селективну и индиковану), рано откривање и интервенције, смањење ризика и штете, лечење, рехабилитацију и социјалну реинтеграцију и опоравак.

Зависности од дрога је болест на коју се може превентивно деловати, контролисати и лечити.

Благовремено откривање, рана детекција, превентивне мере, бољи третман зависности, интеграција лечења болести зависности у програме јавног здравља и програме социјалних услуга, могу довести до решавања проблема на његовом извору – на нивоу корисника дроге. Програми смањења штете имају за циљ да минимизирају здравствене и социјалне ризике и штетне последице настале злоупотребом дрога. Спровођење програма смањења потражње за дрогама мора да буде организовано на локалном нивоу, због чега је важно укључити локалне власти и успоставити добру комуникацију и сарадњу међу стручњацима за болести зависности и онима који доносе одлуке.

У смањењу потражње дрога Стратегија је поставила следеће приоритете:

- побољшање доступности и ефикасности мера за смањење потражње дрога;
- побољшање доступности и ефикасности програма превенције у подизању свести о ризику употребе нелегалних дрога и других психоактивних супстанци;
- развијање ефикасних мера за смањење потражње које могу да одговоре на изазове као што су: политоксикоманија, злоупотреба прописаних лекова и нових психоактивних супстанци;
- развијање мера усмерених на смањење морталитета у вези са дрогом и инфективних крвно преносивих болести (ХИВ и вирусног хепатитиса Ц);
- побољшање расположивости, доступности и покривености ефикасним и различитим врстама лечења како опијатских тако и неопијатских зависника;
- побољшање доступности и ефикасности мера за смањење потражње дрога у затворима;
- развијање интегрисаних модела рехабилитације и социјалне подршке у циљу побољшања социјалне реинтеграције и опоравка након лечења;
- развијање ефикасних мера смањења потражње дрога чији је циљ да се смањи или одложи почетак употребе дрога са посебном пажњом усмереном ка рањивим маргинализованим групама.

2. СМАЊЕЊЕ ПОНУДЕ ДРОГА

Смањење понуде дрога подразумева ефикасне и одговарајуће мере у циљу смањења производње, трговине и дистрибуције дрога и спречавање незаконите трговине и коришћења прекурсора, односно супстанци које могу да се користе у

недозвољеној производњи опојних дрога и психотропних супстанци, спречавање организованог криминала и „прања новца” стеченог у трговини дрогама.

Казнена политика у области сузбијања илегалног поседовања, превоза, производње и омогућавања употребе опојних дрога чини саставни део националне политике у области дрога у делу о сузбијању и смањењу употребе опојних дрога.

Развој казнене политике и законодавства у области опојних дрога и прекурсора треба извршити у складу са прихваћеним међународним стандардима и конвенцијама Уједињених нација.

3. КООРДИНАЦИЈА

Координација свих релевантних служби, институција и организација на националном и локалном нивоу, предуслов је за ефикасно и ефективно деловање друштва у политици у области дрога.

Специфични циљеви у области координације су следећи:

- оснивање Канцеларије за дроге и дефинисање механизма координације;
- успостављање и унапређење координационе механизме са локалним самоуправама;
- повећање нивоа сарадње са удружењима;
- подржавање имплементације посебним финансијским механизмима Акционог плана.

4. МЕЂУНАРОДНА САРАДЊА

Глобална природа проблема везаних за дроге захтева регионални, билатерални и мултилатерални приступ због чега је у том циљу потребно оснаживати како билатералну сарадњу, тако и сарадњу с међународним организацијама и другим организацијама. Република Србија настоји да укључивањем у међународне активности на подручју сузбијања дрога и последица употребе дрога активно учествује у решавању проблематике повезане с употребом и злоупотребом дрога, у креирању политике и стручних приступа на том подручју као и да унапреди национални систем примерима добре праксе других држава.

Општи циљеви у подручју међународне сарадње су:

- континуирано усклађивање законодавства Републике Србије с правним тековинама Европске уније;

- преузимање и спровођење свих обавеза према Европском центру за праћење дрога и зависности од дрога (EMCDDA);
- редовно и активно учествовање у раду међународних тела и агенција Европске уније задужених за проблематику дрога;
- јачање регионалне сарадње;
- подстицање интензивнијег укључивања српских стручњака у међународне скупове и пројекте.

5. ИСТРАЖИВАЊЕ, ПРАЋЕЊЕ И ПРОЦЕНА

Да би се могао разумети проблем злоупотребе дрога потребно је спровести редовна и ванредна истраживања. Истраживачке активности треба развијати и финансирати из различитих извора.

Истраживања у области болести зависности потребно је спроводити у различитим областима (образовање, здравство, општа популација, итд), како би се обезбедило боље разумевање о величини и природи проблема повезаних са дрогом.

Релевантне институције и државни органи морају да изграде капацитете за стандардизовано прикупљање података и информација.

У циљу повећања капацитета надлежних институција за систем прикупљања података о дрогама и зависности од дрога, успоставиће се и одржавати континуирана сарадња са Европским центром за праћење дрога и зависности од дрога.

Национални центар за праћење дрога има за циљ прикупљање, анализу, синтезу и тумачење података. У погледу метода и концепта требало би применити стандарде прикупљања података, посебно пет кључних епидемиолошких показатеља за дроге развијених од стране Европског центра за праћење дрога и зависности од дрога (EMCDDA).

Пет кључних индикатора EMCDDA су:

- 1) преваленција и обрасци употребе дрога у општој популацији,
- 2) преваленција и обрасци проблематичних коришћења дроге,
- 3) инфективне болести у вези са употребом дрога (преваленција и стопе инциденције ХИВ, хепатитиса Б и Ц код интравенских корисника дрога),
- 4) стопе смртних случајева због злоупотребе дрога (специјални статистички регистри смртности опште популације, као и кохортне студије mortalитета међу корисницима дрога),

5) захтеви за лечењем (статистике из установа за лечење).

Циљ и функција система за информације и податке о дрогама у складу са европским стандардима је да обезбеди квалитетне и објективне информације за креирање политике везане за дроге и активности у складу са доказима, које се сливају и обједињују у средишњој тачки и бази података у Националном центру за праћење дрога.

5.2 Друштвена улога прописа у контроли алкохоличара и наркомана

Законске мере које се доносе или су већ донете виде се као облици превентивних мера које се предузимају и израз су друштвене контроле. Те мере углавном представљају одбрану друштва од појединца и бригу друштва да заштити своје становништво од штетних деловања и утицаја, па и оних који се тичу злоупотребе алкохола и дрога. То је социолошка страна посматрања проблема алкохолизма и наркоманије. Све те мере су „анти алкохолне“ и „анти наркотичке оријентације“. Оне су неизбежне, потребне и корисне, због чега их многи сматрају правом превенцијом јер без алкохола нема алкохолизма или без дрога нема наркоманије. Прописи и правосудне мере имају за циљ по Деспотовићу (Деспотовић и остали, 1978: 421) да вишеструко обезбеде оно што друштво сматра да је оправдано у следећим правцима:

- да се спречи нарушавање јавног реда и мира који могу изазвати особе под утицајем алкохола или дроге;
- да се спречи даље материјално, телесно и душевно пропадање алкохоличара и наркомана, уз принудност лечења и изоловања из средине, чиме се посредно штити и породица од девијација;
- законодавац је тај који усмерава своје прописе на основу мишљења стручњака, водећи при том рачуна да увек штити личност и друштво као целину. Удео стручњака у доношењу оваквих прописа је неопходан и нужен јер свакако припада делокругу превентивних мера;

Мере које ове проблеме треба да реше су:

Мера безбедности обавезног лечења алкохоличара и наркомана

Сами извори настанка мера безбедности обавезног лечења алкохоличара и наркомана налазе се у основним идејама позитивистичке школе кривичног права, тачније идејама позитивизма као филозофског правца. На тим основама је и мера

безбедности формирана као нова санкција или као нова форма кривично-правне реакције ослоњена на социолошке и неокласичне школе који је увео систем дуалитета кривичних санкција.³³ Положај категорије учинилаца кривичних дела зависних од употребе алкохола и опојних дрога дужи временски период је био нерегулисан. То је за Стефановића (2000: 112) углавном било подвођено под стање привремене неурачунљивости када говоримо о кривичној одговорности, али и под потпуну урачунљивост према којима су примењиване и одговарајуће казне.

Мере безбедности обавезног лечења алкохоличара и нармана су врста кривичних санкција које се могу изрећи сваком учиниоцу кривичног дела: пунолетном или малолетном лицу, лицу које је скривљено или без кривице извршило кривично дело. Мере безбедности су заједно са казнама, условном осудом и судском опоменом део јединственог система кривичних санкција, према важећем кривичном закону Републике Србије. Оне представљају настојање државе-друштва да се супротстави криминалитету.

Мере безбедности као специфичне кривичне санкције имају следеће карактеристике (Јовашевић, 2007: 45-49):

- 1) оне су средство за сузбијање и спречавање криминалитета специјално превентивног карактера;
- 2) то су мере којима се учиниоцу кривичног дела одузимају или ограничавају одређена права и слободе, оне се примењују против и мимо воље учиниоца, што указује на њихов принудни карактер;
- 3) ове мере су прописане у закону;
- 4) ове мере изриче суд у законом предвиђеном поступку и
- 5) основ примене ових мера јесте постојање опасног стања (темибилитет или перикулзитет) код учиниоца дела које се испољава у могућности вршења кривичног дела.

³³ До тада је постојала пракса казне као једине кривичне санкције, тј. једине врсте реакције друштва на криминална понашања, у оквиру превласти тзв. система монизма.

Према члану 78. КЗ РС „сврха мера безбедности састоји се у отклањању стања или услова који могу утицати на то да учинилац убудуће врши кривична дела“. Мере безбедности се могу применити тек пошто је извршено кривично дело.

Кривично право Републике Србије предвиђа 11 мера безбедности (члан 79. КЗ РС). и то:

- 1) обавезно психијатријско лечење и чување у здравственој установи,
- 2) обавезно психијатријско лечење на слободи,
- 3) обавезно лечење наркомана,
- 4) обавезно лечење алкохоличара,
- 5) забрана вршења позива, делатности и дужности,
- 6) забрана управљања моторним возилом,
- 7) одузимање предмета,
- 8) протеривање странца из земље,
- 9) јавно објављивање пресуде,
- 10) забрана приближавања и комуникације са оштећеним и
- 11) забрана присуствовања одређеним спортским приредбама.

Као што се може видети мере безбедности обавезног лечења алкохоличара и наркомана (њих четири) спада у тзв. мере безбедности медицинског карактера или куративне мере (мере лечења).

Једно од најважнијих спорних питања код ових мера је факултативност њеног изрицања. Иако у наслову мере стоји „обавезно лечење“, суду се оставља могућност да ли ће или не изрећи ову меру. Наиме, и кад су испуњени законски услови, суд није дужан да изрекне ове мере, осим у случају примене медицинских мера: 1) обавезног психијатријског лечења и чувања у здравственој установи, 2) обавезног психијатријског лечења на слободи, 3) обавезног лечења наркомана и 4) обавезног лечења алкохоличара. Постоје уверења да ову меру безбедности не би требало условљавати казном или кривичном санкцијом, већ да она сама има карактер кривичне санкције. Ово тим пре што су и алкохолизам и наркоманија све израженији и учесталији друштвени проблеми.

Мере безбедности се, по правилу, изричу уз друге кривичне санкције: а) казну, б) условну осуду, в) судску опомену и г) васпитну меру. Уз то се могу

изрећи следеће мере безбедности: а) обавезно лечење наркомана, б) обавезно лечење алкохоличара.

Закључићемо да ова мера безбедности представља и може представљати значајан инструмент у рукама државе и правосуђа у заштити и борби против криминалних радњи и алкохоличара и зависника од дрога. Истовремено, или с друге стране посматрано, она може да представља заштиту самих зависника од даљег посртања и пропадања и у личном и у друштвеном смислу. Због тога није неосновано настојање пре свих психијатара да се овој категорији да примат у лечењу, дакле мери безбедности, а не казни као јединој кривичној санкцији.

1. Обавезно психијатријско лечење и чување у здравственој установи

Мера безбедности обавезног психијатријског лечења и чувања у здравственој установи може се применити према учиниоцу који је кривично дело учинио у стању битно смањене урачунљивости или учиниоцу који је у стању неурачунљивости учинио противправно дело предвиђено у закону као кривично дело (Стојановић, 2013: 163). За примену ове мере морају бити испуњена два услова: постојање опасности да ће учинилац учинити теже кривично дело и да би се та опасност отклонила потребно је лечење и чување у здравственој установи (члан 81. став 1. КЗ). Циљ примене ове мере је двоструке природе: а) да се предузме лечење учиниоца кривичног дела и тако отклони или умањи стање душевне поремећености и б) да се његовим чувањем у здравственој установи и изолацијом заштити друштво, друштвена добра и вредности од даљег вршења кривичних дела.

2. Обавезно психијатријско лечење на слободи

Ова медицинска мера безбедности се изриче неурачунљивом и битно смањено урачунљивом учиниоцу кривичног дела (члан 82. КЗ РС).

У савременој психијатрији постоје мишљења да се бољи успех постиже у нормалним животним условима, а не хоспитализацијом. Обавезно психијатријско лечење на слободи се састоји у амбулантном третману учиниоца кривичног дела на слободи. Но, закон је предвидео да се мера може спроводити и у одговарајућој здравственој установи ако је то потребно ради успешнијег лечења с тим да повремено лечење у установи не може непрекидно да траје дуже од петнаест дана, нити укупно дуже од два месеца.

Ова мера се не изриче у одређеном трајању, већ се извршава све док постоји потреба за лечењем учиниоца, али не дуже од три године.

3. Обавезно лечење наркомана

Трећа медицинска мера безбедности је настала раздвајањем раније мере безбедности обавезног лечења алкохоличара или наркомана. Ова се мера обавезно изриче учиниоцу који је учинио кривично дело услед зависности од употребе опојних дрога и код кога постоји озбиљна опасност да ће услед ове зависности и даље да врши кривична дела (члан 83. КЗ РС).

Табела 5.1: Судске пресуде о обавезном лечењу наркомана у периоду од 2009. до 2013. године

Кривична дела	2013.		2012.		2011.		2010.**		2009.	
	Укупно	Обавезно лечење	Укупно	Обавезно лечење	Укупно	Обавезно лечење	Укупно	Обавезно лечење	Укупно	Обавезно лечење
РЕПУБЛИКА СРБИЈА	6241	337	10115	502	9415	621	5332	509	8409	668
КД против живота и тела	261	5	522	7	372	5	231	6	342	9
КД против слобода и права човека и грађанина	70	2	165	7	74	2	30	1	36	1
КД против полне слободe	20	-	52	-	26	1	16	2	18	-
КД против брака и породице	305	16	729	24	553	34	226	33	363	30
КД против имовине	471	141	1402	209	937	253	476	243	703	363
КД против привреде	202	2	283	3	295	3	137	2	273	-
КД против здравља људи	1758	156	2127	237	2679	307	1634	207	2023	249
КД против животне средине	58	-	100	-	95	-	59	-	96	1
КД против опште сигурности људи и имовине	24	-	61	-	54	-	16	-	58	-
КД против безбедности јавног саобраћаја	1664	-	1904	3	1982	-	1287	-	2216	-
КД против државних органа	22	-	236	5	83	2	9	1	22	2
КД против правосуђа	6	1	30	1	16	1	17	2	8	1
КД против јавног реда и мира	531	3	969	3	762	6	400	3	753	1
КД против правног саобраћаја	684	4	960	2	936	5	591	4	1200	5
КД против службене дужности	53	3	132	-	61	1	36	2	48	1
Остала кривична дела из посебних закона	54	4	232	1	338	1	73	3	108	5
Београдски регион	1425	76	2441	177	2426	235	1575	186	5598*	457*
Регион Војводине	2280	129	2228	131	2340	183	1850	176	2811	211
Регион Шумадије и Западне Србије	1304	77	3332	111	2209	121	1145	88		
Регион Јужне и Источне Србије	1232	55	2114	83	2440	82	762	59		

Извор: Републички завод за статистику Србије 2010., 2011., 2012., 2013. и 2014.

* Подаци приказани у табели за Београдски регион односе се на Централну Србију тј. заједно на Београдски, Шумадијски, Западни, Јужни и Источни регион Србије јер су до 2009. године статистички региони били Централна Србија и Војводина.

** Према информацијама из Републичког завода за статистику подаци за 2010. годину нису у потпуности поуздани јер се те године Републички завод за статистику пресељавао са једног на друго место па су у том процесу неки од података изгубљени.

Ова мера се извршава у заводу за извршење казне, у одговарајућој здравственој установи или другој специјализованој установи и траје све док постоји потреба за лечењем, али не дуже од три године.

При изрицању мере безбедности суд је дужан да одреди и здравствену установу у којој ће се лечење спроводити. Трајање мере није временски одређено у судској одлуци о њеном изрицању, већ суд прати њено извршење на основу извештаја установе у којој се она извршава и доноси одлуку о њеној обустави.

Из Табеле 5.1 можемо лако уочити тенденцију пораста укупног броја судских пресуда за целу Србију у периоду од 2009. до 2012. године са 8.409 на 10.115 респективно, а затим нагли пад у 2013. години на 6.241.

Иста тенденција се може уочити и уколико посматрамо број укупних судских пресуда по регионима, значи раст у периоду од 2009. до 2012. године, а затим нагли пад у 2013. години.

Уколико посматрамо укупне пресуде по појединачним врстама кривичних дела можемо такође закључити да поменута тенденција важи и у том случају.

Код судских пресуда о обавезном лечењу наркомана уколико посматрамо апсолутни број пресуда не постоји никаква тенденција већ је тај број једне године мањи а следеће већи, па опет мањи итд. Међутим уколико посматрамо релативан број ових пресуда, у односу на укупан број пресуда, видимо да је тенденција да се процентуално број пресуда о обавезном лечењу непрекидно смањује са 7,9% у 2009. години на 5,4% у 2013.

Посматрано по регионима ова тенденција је још израженија, посебно на примеру Београдског региона где је овај проценат пао са 11,8% из 2010. године на 5,3% у 2013. години. У Војводини је забележен пад са 9,5% на 5,7%, у Јужној и Источној Србији са 7,7% на 4,5% и Шумадији и Западној Србији са 7,2% на 5,9%.

Из Табеле 5.1 се јасно види да када су у питању изречене мере обавезног лечења наркомана, оне се у 90% случајева изричу за кривична дела почињена против имовине и против здравља људи. То јасно показује да кривична дела која чине наркомани спадају у ненасилни криминалитет, тј. главни мотив за криминално дело је прибављање новчаних средстава за куповину дроге.

4. Обавезно лечење алкохоличара

Последња медицинска мера безбедности је обавезно лечење алкохоличара. Она се обавезно изриче лицу које је учинило кривично дело услед зависности од употребе алкохола и код кога постоји озбиљна опасност да ће услед ове зависности и даље да врши кривична дела (члан 84. КЗ РС). Суд ову меру изриче ако су испуњена сва три услова:

- 1) лице треба да кривично дело учини услед зависности од употребе алкохола. Значи, треба да се ради о учиниоцу код кога постоји стање зависности према употреби алкохола,
- 2) треба да постоји озбиљна опасност да ће учинилац кривичног дела услед зависности од употребе алкохола и даље вршити кривична дела,
- 3) ова мера безбедности има допунски карактер, па се изриче само ако је учиниоцу кривичног дела изречена: а) казна, б) условна осуда, в) судска опомена, г) васпитна мера, д) казна малолетничког затвора и њ) ослобођење од казне.

Ова мера се извршава у заводу за извршење казне, у одговарајућој здравственој установи или другој специјализованој установи и траје све док постоји потреба за лечењем, али не дуже од изречене казне затвора.

Из Табеле 5.2 можемо лако уочити тенденцију пораста укупног броја судских пресуда за целу Србију у периоду од 2009. до 2012. године са 8.409 на 10.115 респективно, а затим нагли пад у 2013. години на 6.241.

Уколико посматрамо укупне пресуде по појединачним врстама кривичних делима можемо такође закључити да поменута тенденција важи и у том случају.

Код судских пресуда о обавезном лечењу алкохоличара уколико посматрамо пресуде за територију целе Србије, горе наведена тенденција за укупни број пресуда односи се и на укупан број пресуде о обавезном лечењу алкохоличара. Међутим уколико посматрамо релативан број ових пресуда, у односу на укупан број пресуда, видимо да је проценат ових пресуда релативно стабилан тј. налази се у распону од 4,5% (2009.) до 5,3% (2010. и 2013.) за територију целе Србије. Овај број је релативно стабилан уколико посматрамо и пресуде по регионима (изузев у региону Јужне и Источне Србије), при чему је нешто већи број ових пресуда у Београдском (од 4,9% - 2012. до 6,5% - 2010.) и Војвођанском региону (од 5,2% - 2013. до 6,5% - 2012.), а нешто мањи у регионима Шумадије и Западне

Србије (од 3,1% - 2012. до 4,9% - 2013.) као и Јужне и Источне Србије (од 2,7% - 2011. до 5,8% - 2013.).

Табела 5.2: Судске пресуде о обавезном лечењу алкохоличара у периоду од 2009. до 2013. године

Кривичан дела	2013.		2012.		2011.		2010.**		2009.	
	Укупно	Обавезно лечење	Укупно	Обавезно лечење	Укупно	Обавезно лечење	Укупно	Обавезно лечење	Укупно	Обавезно лечење
РЕПУБЛИКА СРБИЈА	6241	332	10115	461	9415	432	5332	281	8409	379
КД против живота и тела	261	31	522	28	372	33	231	31	342	27
КД против слобода и права човека и грађанина	70	10	165	14	74	9	30	5	36	4
КД против полне слободe	20	5	52	6	26	4	16	5	18	6
КД против брака и породице	305	183	729	279	553	264	226	154	363	246
КД против имовине	471	50	1402	65	937	49	476	41	703	48
КД против привреде	202	2	283	-	295	1	137	-	273	-
КД против здравља људи	1758	6	2127	4	2679	8	1634	12	2023	3
КД против животне средине	58	-	100	-	95	1	59	1	96	1
КД против опште сигурности људи и имовине	24	2	61	7	54	7	16	1	58	5
КД против безбедности јавног саобраћаја	1664	6	1904	7	1982	6	1287	4	2216	2
КД против државних органа	22	6	236	7	83	6	9	4	22	8
КД против правосуђа	6	1	30	-	16	-	17	-	8	-
КД против јавног реда и мира	531	13	969	23	762	30	400	11	753	19
КД против правног саобраћаја	684	-	960	1	936	-	591	1	1200	-
КД против службене дужности	53	2	132	1	61	1	36	-	48	-
Остала кривична дела из посебних закона	54	14	232	16	338	12	73	10	108	10
Београдски регион	1425	78	2441	119	2426	126	1575	102	5598*	251*
Регион Војводине	2280	119	2228	145	2340	131	1850	97	2811	128
Регион Шумадије и Западне Србије	1304	64	3332	103	2209	108	1145	45		
Регион Јужне и Источне Србије	1232	71	2114	94	2440	67	762	37		

Извор: Републички завод за статистику Србије 2010., 2011., 2012., 2013. и 2014.

* Подаци приказани у табели за Београдски регион односе се на Централну Србију тј. заједно на Београдски, Шумадијски, Западни, Јужни и Источни регион Србије јер су до 2009. године статистички региони били Централна Србија и Војводина.

** Према информацијама из Републичког завода за статистику подаци за 2010. Годину нису у потпуности поуздани јер се те године Републички завод за статистику пресељавао са једног на друго место па су у том процесу неки од података изгубљени.

Из Табеле 5.2 се јасно види да када су у питању изречене мере обавезног лечења алкохоличара, оне се у 80% случајева изричу за кривична дела почињена против брака и породице, против живота и тела као и против имовине. То јасно показује да кривична дела која чине алкохоличари спадају у насилни криминалитет, тј. главни узрок криминалног дела је агресивно понашање.

Кривична дела у вези са опојним дрогама

Проучавање у овом делу дисертације тиче се злоупотребе опојних дрога са аспекта кривичног права. Неопходно је истаћи кривична дела типична за наркомане и кривична дела опште, неспецифичне природе. Она се односе пре свега на наркомане, али и њихове породице, пријатеље и ширу друштвену заједницу.

Недозвољена употреба опојних дрога у нашем законодавству регулисана је Кривичним закоником, који је ступио на снагу 01. 01. 2006. године.

Кривични законик Србије (КЗС) у Глави XXIII против здравља људи прописао је три (општа) кривична дела чији су предмет опојне дроге: у чл. 246 Неовлашћену производњу и стављање у промет опојних дрога, у чл. 246а Неовлашћено држање опојних дрога и у чл. 247 Омогућавање уживања опојних дрога. У вези с тим кривичним делима морамо размотрити и Закон о психоактивним контролисаним супстанцама (са списком опојних дрога... као подзаконским актом), чије норме имају бланкетни карактер³⁴; без њих није могуће протумачити, а ни применити норме кривичног права, тј. оне које описују бића ових трију кривичних дела (Лазих, 2013).

Опојне дроге су дефинисане у чл. 112, ст. 15 КЗС као супстанце и препарати који су прописима заснованим на закону проглашени за опојне дроге.³⁵ Ову дефиницију треба повезати са Законом о психоактивним контролисаним супстанцама, Законом о супстанцама које се користе у недозвољеној производњи психотропних супстанци³⁶ и Решењем о утврђивању опојних дрога и психотропних супстанци³⁷.

³⁴ Што значи да у законском опису ова дела упућују на други пропис којим се употпуњује биће предметног кривичног дела.

³⁵ Опојним дрогама сматрају се супстанце и препарати који су законом и другим прописом заснованим на закону проглашени за опојне дроге и остале психоактивне контролисане супстанце. (КЗС, Члан 112, став 15.)

³⁶ Службени гласник РС, бр. 107/05.

³⁷ Службени гласник РС, бр. 24/05.

Са правног аспекта може се говорити о три групе дрога:

- забрањене дроге, чија је производња забрањена (на пример лимитирана је количина опијума који може да се произведе и све преко тога је забрањено);
- контролисане дроге (легалне), које се употребљавају искључиво у медицинске сврхе и то по строгој контроли и процедури;
- неконтролисане дроге (илегалне), највећа количина дроге је неконтролисана.

Неовлашћена производња и стављање у промет опојних дрога (КЗ члан 246)

Кривично дело неовлашћене производње и стављања у промет опојних дрога има неколико облика. Основни облик кривичног дела предвиђен у ставу 1 чини ко неовлашћено производи, прерађује, продаје или нуди на продају или ко ради продаје купује, држи или преноси или ко посредује у продаји или куповини или на други начин неовлашћено ставља у промет супстанце или препарате који су проглашени за опојне дроге. Казна за починиоца овог кривичног дела је затвор од 3 до 12 година.

Због теме докторске тезе значајно је поменути још један облик кривичног дела предвиђен у ставу 2 који чини онај ко неовлашћено узгаја мак или психоактивну конопљу или друге биљке из којих се добија опојна дрога или које саме садрже опојну дрогу. Казна за починиоца овог кривичног дела је затвор од 6 месеци до 5 година.

Неовлашћено држање опојних дрога (КЗ члан 246а)

Неовлашћено држање опојних дрога као самостално кривично дело уведено је изменама и допунама Кривичног законика Републике Србије септембра 2009. године.

Законом о изменама и допунама КЗ РС у постојећи текст закона уводи се чл. 246а, који неовлашћено држање опојних дрога предвиђа као посебно кривично дело. Ово кривично дело састоји се у неовлашћеном држању у мањој количини за сопствену употребу супстанци или препарата који су проглашени за опојне дроге.. За разлику од раније инкриминације која је гласила „ко неовлашћено држи супстанце или препарате који су проглашени за опојне дроге“, сада чл. 246а прописује „ко неовлашћено држи у мањој количини за сопствену употребу супстанце или препарате који су проглашени за опојне дроге“.

Учинилац овог дела може бити свако лице, а у погледу кривице потребан је умишљај. Чланом 246а, став 1, КЗ РС прописана казна за кривично дело неовлашћено држање опојних дрога је новчана казна или казна затвора до 3 године, а постоји и могућност ослобођења од казне.

Омогућавање уживања опојних дрога (КЗ члан 247)

Радња основног облика кривичног дела омогућавање уживања опојних дрога (члан 247 КЗ) прописана је алтернативно и подразумева различите начине остваривања овог облика кривичног дела, и то:

(1) Ко наводи другог на уживање опојне дроге или му даје опојну дрогу да је ужива он или друго лице или стави на располагање просторије ради уживања опојне дроге или на други начин омогућује другом да ужива опојну дрогу, казниће се затвором од шест месеци до пет година.

(2) Ако је дело из става 1. овог члана учињено према малолетном лицу или према више лица или је изазвало нарочито тешке последице, учинилац ће се казнити затвором од две до десет година.

(3) Ако је услед извршења дела из става 1. овог члана наступила смрт неког лица, учинилац ће се казнити затвором од три до петнаест година.

У вези са ставом (1) треба указати на могућност да исто лице изврши више различитих радњи извршења, када се поставља питање да ли је у питању једно или више кривичних дела. По правилу, тада ће се радити о једном кривичном делу, а чињеница да је извршено више радњи узимаће се у обзир као отежавајућа околност приликом одмеравања казне (Делибашић, 2014).

Једна од основних одлика, заједничка за сва три кривична дела чијим се прописивањем сузбијају злоупотребе опојних дрога, јесте њихов бланкетни карактер. У самом бићу ових кривичних дела не наводи се експлицитно да су у питању бланкетне норме, али тај карактер произилази из нужности да радње буду учињене неовлашћено да би се могле подвести под неко од бића ових кривичних дела, а када су те радње предузете овлашћено, а када неовлашћено, одређује се Законом о психоактивним контролисаним супстанцама. Бланкетни карактер ових кривичних дела произилази и из следеће заједничке карактеристике, а то је објект радње, који је код сва три кривична дела одређен као опојна дрога.

Покушали смо у наставку да дамо кратак приказ неких карактеристика кривичних дела у вези са опојним дрогама. Коришћени су подаци Републичког завода за статистику, за период од 2009. године до 2013. године.

Табела 5.3: Осуђена пунолетна лица, према кривичном делу и изреченим кривичним санкцијама (затворске казне) у 2009., 2010., 2011., 2012. и 2013. години

Година	Кривично дело	Укупно		Затвор												
		свега	покушај	свега	од 40 година	од 30 до 40 година	од 15 до 20 година	од 10 до 15 година	од 5 до 10 година	од 3 до 5 година	од 2 до 3 године	од 1 до 2 године	од 6 до 12 месеци	од 3 до 6 месеци	од 2 до 3 месеца	до 2 месеца
2013	КД против здравља људи	2883	95	1551	-	-	-	1	52	340	380	115	235	234	127	67
	Неовлашћена производња и стављање у промет опојних дрога	1331	13	1082	-	-	-	1	52	336	365	83	124	78	28	15
	Неовлашћено држање опојних дрога	1443	78	411	-	-	-	-	-	2	8	29	85	138	97	52
	Омогућавање уживања опојних дрога	81	4	55	-	-	-	-	-	2	7	3	25	16	2	-
2012	КД против здравља људи	3106	212	1613	-	-	1	-	69	342	337	155	211	302	125	71
	Неовлашћена производња и стављање у промет опојних дрога	1568	84	1188	-	-	1	-	67	335	318	119	133	174	23	18
	Неовлашћено држање опојних дрога	1395	115	350	-	-	-	-	1	4	14	20	59	103	97	52
	Омогућавање уживања опојних дрога	113	13	64	-	-	-	-	1	2	4	16	17	19	5	-
2011	КД против здравља људи	3619	82	1540	-	-	-	3	52	317	290	195	235	273	94	81
	Неовлашћена производња и стављање у промет опојних дрога	2026	24	1225	-	-	-	3	49	298	280	173	181	171	37	33
	Неовлашћено држање опојних дрога	1452	54	233	-	-	-	-	2	9	7	10	23	81	55	46
	Омогућавање уживања опојних дрога	110	3	74	-	-	-	-	1	10	3	12	26	18	2	2
2010	КД против здравља људи	2564	80	1176	-	-	-	1	25	121	205	228	209	215	81	91
	Неовлашћена производња и стављање у промет опојних дрога	2405	78	1123	-	-	-	1	25	120	203	224	195	197	73	85
	Неовлашћено држање опојних дрога	55	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	6	1
	Омогућавање уживања опојних дрога	79	2	40	-	-	-	-	-	1	1	4	11	18	1	4
2009	КД против здравља људи	3551	15	1310	-	-	-	2	27	52	128	222	285	297	109	188
	Неовлашћена производња, држање и стављање у промет опојних дрога	3408	14	1247	-	-	-	2	27	50	125	213	264	278	103	185
	Омогућавање уживања опојних дрога	117	-	59	-	-	-	-	-	2	3	9	19	17	6	3

Извор: Републички завод за статистику Србије 2010., 2011., 2012., 2013. и 2014. година

Табела 5.4: Осуђена пунолетна лица, према кривичном делу и изреченим кривичним санкцијама (новчане казне) у 2009., 2010., 2011., 2012. и 2013. години

Година	Кривична дела	Новчана казна														
		света	преко 1.000.000 до 10.000.000 РСД	преко 500.000 до 1.000.000 РСД	преко 300.000 до 500.000 РСД	преко 200.000 до 300.000 РСД	преко 100.000 до 200.000 РСД	преко 10.000 до 100.000 РСД	до 10.000 РСД	Условна осуда	Рад у јавном интересу	Одузимање возачке дозволе	Судска опомена	Васпитна мера	Проглашен кривим а ослобођен од казне	Споредна казна
2013.	КД против здравља људи	383	-	2	1	2	52	319	7	857	46	-	2	22	22	38
	Неовлашћена производња и стављање у промет опојних дрога	54	-	-	-	-	7	46	1	165	10	-	1	15	4	26
	Неовлашћено држање опојних дрога	320	-	2	1	2	45	264	6	650	36	-	1	7	18	11
	Омогућавање уживања опојних дрога	-	-	-	-	-	-	-	-	26	-	-	-	-	-	1
2012.	КД против здравља људи	377	-	-	-	5	44	317	11	1005	47	-	6	18	40	34
	Неовлашћена производња и стављање у промет опојних дрога	79	-	-	-	1	10	65	3	250	19	-	2	15	15	22
	Неовлашћено држање опојних дрога	291	-	-	-	4	34	245	8	695	28	-	4	3	24	9
	Омогућавање уживања опојних дрога	1	-	-	-	-	-	1	-	47	-	-	-	-	1	2
2011.	КД против здравља људи	529	1	1	2	1	50	460	14	1420	72	-	2	23	33	49
	Неовлашћена производња и стављање у промет опојних дрога	198	1	-	-	-	9	178	10	551	18	-	1	19	14	33
	Неовлашћено држање опојних дрога	327	-	1	2	1	41	278	4	814	54	-	1	4	19	11
	Омогућавање уживања опојних дрога	1	-	-	-	-	-	1	-	35	-	-	-	-	-	3
2010.	КД против здравља људи	382	-	-	-	2	22	339	19	899	9	1	6	14	77	52
	Неовлашћена производња и стављање у промет опојних дрога	367	-	-	-	2	20	328	17	820	8	1	2	14	70	48
	Неовлашћено држање опојних дрога	12	-	-	-	-	2	8	2	26	1	-	-	-	6	-
	Омогућавање уживања опојних дрога	1	-	-	-	-	-	1	-	37	-	-	-	-	1	1
2009.	КД против здравља људи	970	-	-	-	1	33	862	74	1098	4	-	2	16	151	152
	Неовлашћена производња, држање и стављање у промет опојних дрога	969	-	-	-	1	33	861	74	1023	4	-	2	14	149	142
	Омогућавање уживања опојних дрога	-	-	-	-	-	-	-	-	55	-	-	-	1	2	9

Извор: Републички завод за статистику Србије 2010., 2011., 2012., 2013. и 2014. година

Табела 5.5: Преглед кривичних дела везаних за производњу, промет, дистрибуцију, држање и омогућавање уживања дрога

Година	Укупно КД везано за дрогу	Осуда					
		Затвор		Новчана		Условна	
		број	%	број	%	број	%
2013.	2.855	1.548	54,2	374	13,1	841	29,5
2012.	3.076	1.602	52,1	371	12,1	992	32,2
2011.	3.588	1.532	42,7	526	14,7	1.400	39,0
2010. ³⁸	2.539	1.173	46,2	380	15,0	883	34,8
2009.	3.525	1.306	37,0	969	27,5	1.078	30,6

Извор: Републички завод за статистику Србије 2010., 2011., 2012., 2013. и 2014. година и прорачун аутора.

Према подацима Републичког завода за статистику за период од 2009. до 2013. године од укупно осуђених лица за кривична дела против здравља људи на територији Републике Србије чак 99% је учинилаца кривичног дела неовлашћена производња, промет, дистрибуција, држање и омогућавање уживања опојних дрога.

Што се тиче кажњавања на територији Србије за наведено кривично дело најчешће су изрицане следеће казне: казна затвора, условна и новчана казна.

Број осуђених лица за кривична дела у вези са опојним дрогама до 2011. године је имао тенденцију раста, а од 2012. опадања.

Посебно је интересантно да удео затворских казни непрекидно расте (од 37% 2009. до 54,2% 2013), а удео новчаних стално опада (од 27,5% 2009. до 13,1% 2013.). Удео условних казни следио је тенденцију укупног број казни тј. растао је до 2011. године а затим је почео да опада.

Наш Кривични законик предвиђа три кривична дела у вези са опојним дрогама. Кривично дело неовлашћено држање опојних дрога издвојено је као самостало дело последњим изменама КЗ РС.

Сврха ових мера веома је значајна и омогућава да се отклоне стања или услови који могу утицати на учиниоца да убудуће врши кривична дела.

³⁸ Подаци за 2010. годину нису комплетни због пресељења одељења РЗС.

Алкохол као криминогени фактор

Опште је познат став да су алкохолизам и криминал појмови који врло често иду заједно. Зато се и говори о алкохолизму као криминогеном фактору. Сасвим је јасно да алкохолизам није искључиви узрочник криминала, али је јако тешко објаснити који је његов део у градацији престапа: од антисоцијалног понашања, преко прекршаја до кривичног дела. Још од 18. века присутна су теоријска становишта о постојању и природи везе између алкохолизма и криминалитета. Алкохолизам је сматран друштвеном девијацијом и узрочником у настанку криминалитета. Од Кетлеа преко Ломброза, Тарда и Бонгера у оквиру позитивистичког правца у криминологији, тражила се повезаност криминала и алкохола. Некад је алкохол повезиван са понашањем људи, некад као фактор који повећава стопу злочина, или као имитирајући елемент подражавања богатих од стране сиромашних, села у односу на градове, или једноставно као последицу друштвеног поретка.

Однос између алкохола и криминалитета, тема је која већ дужи низ година заокупља стручну, научну, али и ширу јавност. Наиме, бројна истраживања, пре свега инострана, али и домаћа, сагласна су да постоји значајна веза између конзумирања алкохола и разних врста криминалног понашања.

„Улога алкохолизма у генези криминалитета изражава се у два основна правца: изравни утицај алкохола на вршење злочина, кад је дело извршено у алкохолисаном стању, и неизравни утицај, кад алкохолизам има посредно деловање на вршење кривичног дела, као нпр. код хроничног алкохолизма услијед трајних психичких оштећења“ (Турчин, Сила, 1964). Другим речима дела која могу да се почине под дејством алкохола односе се на дела у стању интоксикације или дела услед прекида узимања алкохола. Алкохолизам можемо рећи се сусреће код свих казних дела, па се може претпоставити да нема деликта где алкохолизам не би могао бити неки од фактора.

Међутим, постоје и таква схватања која одбацују узрочно последичну везу између конзумирања алкохола и криминалитета.

Одређен број аутора проучавајући дејство алкохола на криминално понашање, било у непосредном или посредном смислу, своди га на улогу коју

алкохол има у настанку насилног и имовинског криминалитета, као и саобраћајне делинквенције.

„Алкохоличарски криминалитет“ за Игњатовића (2010) представљају кривична дела возача моторних возила који су под дејством алкохола, увреде, клевете и телесне повреде, као и кривична дела нечињења.

Истраживања која дотичу однос ове две друштвено-патолошке појаве (алкохолизма и криминалитета) тичу се социјалних аспеката и последица алкохолизма у оквиру уже и шире породице, радне средине и шире друштвене заједнице.

По Гачићу се процењује да је између 50 и 60% у оквиру светске статистике алкохолизам важан фактор криминогеног понашања специфичног карактера: од саобраћајних прекршаја и несрећа са смртним исходом, до убистава, туча, наношења тешких и лаких телесних повреда, окарактерисаних као насилни криминалитет.

Испитивања везе алкохолизма и криминала обично су у себе укључивала следећа три елемента:

1. стање пијанства као стање смањене способности контроле над сопственим поступцима;
2. хронични алкохолизам који условљава свађе, неодговарајуће поступке према члановима породице, долази до дефицијентних породица;
3. наследни алкохолизам као био-психо-социјалне последице алкохолизма (Самарџија, 1961: 231).

Димитријевић-Ваван и Стевковић у свом раду „Алкохол као криминогени фактор“ (2012) наводе становишта аутора који придају посредан или допунски значај алкохола у настанку криминалитета. Зато се алкохол не доживљава као доминирајући фактор у објашњењу кривичног дела уколико је учинилац био под дејством алкохола у моменту извршења, већ се морају узети у обзир и психолошки, социјални, ситуациони и други интеракциони процеси (Parrg, Dewing, 2006; Gyimah-Brempong, 2003; Budd, 2003; Brochu et al., 1999; Dehan, 1999). Тако напр. ситуациони процеси показују хоће ли алкохоличар постати злочинац или жртва. У првом случају изражава се кроз „туче пијанаца“, а у

другом дешава се да алкохоличар постаје жртва када супружник услед константног малтретирања једино решење види у убиству алкохоличара.

У литератури се могу срести и различита теоријска објашњења којима се првенствено објашњава однос између алкохола и насиља. За особе које су попиле већу количину алкохола сматра се да делују насилније, агресивније на провокацију у односу на оне који нису пили или су попили мању количину. У поређењу са употребом осталих психо-активних супстанци, алкохол је тај који најчешће повећава агresiју (Pernanen et al., 2002; Dehan, 1999 према Димитријевић-Ваван, Стевковић, 2012).

Са слабљењем друштвене контроле и друштвених норми отвара се поље широких могућности за потенцијална насилна понашања. Истраживања у САД су показала да банде младих које припадају мањинским етничим групама, социјално искљученим, показују повећану агресивност у јавној и приватној сфери израженој кроз уличне борбе.

Веза између алкохола и насилног криминалитета израженија је него она која постоји у односу на ненасилни криминалитет. Насилни криминалитет више је изражен у акутним пијаним стањима, док су дела крађе, преваре, утаје више изражена код хроничних алкохоличара.

Светска здравствена организација говори о повезаности између пијења алкохола и насиља у свим земљама, посебно наводећи Русију. Тако у 1995. години три четвртине особа које су извршиле убиство биле су под дејством алкохола, док је код насиља у породици њих 77% редовно конзумирало алкохол (Лабаш-Драгишић, 2012: 163).

Студија спроведена над затвореницима који су користили алкохол на дан извршења њиховог најтежег кривичног дела, показала је да од оних који су конзумирали алкохол, 83.4% изјавило је да је то што су пили алкохол утицало да изврше кривично дело..

Истраживања у оквиру студентске популације указују да прекомерна употреба алкохола доводи до повреда, убистава, сексуалног насиља, смањења образовних резултата. Просечно, најмање 50% сексуалног насиља у оквиру студентске популације повезано је са употребом алкохола (Abbey et al., 1998,

1996; Presley et al., 1997; Harrington and Leitenberg, 1994; Copenhaver, Grauerholz, 1991, према Abbey, 2002).

У криминологији Кајсер (Kaiser, 1979, у Жарковић-Палијан, 2004) описује две основне ознаке криминалитета алкохоличара: прво, њихов криминалитет налазимо у подручју хроничног криминалитета, тј. оног који је детерминисан променама у личности; друго, њихова делинквенција зависи од дужине пијења. Агресивни криминалитет налазимо у раним фазама алкохолизма. Код дугогодишњих алкохоличара налазимо тзв. „багателни“ криминал: ситне имовинске штете, прекршаје, злостављање породице. Дуготрајни алкохолизам, осим што узрокује социјално пропадање, доводи и до телесног и интелектуалног пропадања, које обликује њихово криминално понашање.

Петровић (Петровић, 1988, у Жарковић-Палијан, 2004) је обрадила 300 алкохоличара кажњеника и међу њима нашла 23,3% убица, 42% починитеља имовинских деликата, 8,2% починитеља казњених дела против достојанства особе и морала.

Истраживања спроведена код нас потврђују налазе истраживања у свету о алкохолу као криминогеном фактору. Тако Јашовић (1991:91) објашњава нове карактеристике криминогеног понашања код нас (тешки облици криминалитета, имовински деликти, ширење и у руралним не само градским областима..) посебно истичући интензивирање конзумације алкохола и дрога. Ђоровић међу алкохоличарском популацијом као специфичнија види силовања, насилничко понашање, изазивање опште опасности и друга дела насилног карактера.

Овај преглед схватања о природи везе између алкохола и криминала завршавамо везом која постоји између алкохола и саобраћајних прекршаја.

У Србији још нико није осуђен на законом највећу запрећену казну од 12 година затвора због вожње у пијаном стању и изазивања несреће са смртним последицама.

Иако статистика показује да је у периоду од 2010-2012. године тек 6,0 % од укупног броја саобраћајних незгода узроковано вожњом под дејством алкохола, у Агенцији за безбедност саобраћаја, оцењује да је вожња под дејством алкохола, поред непрописне и неприлагођене брзине, најчешћи узрок најтежих саобраћајних незгода.

Велики број тешких саобраћајних несрећа које су узроковали пијани возачи подводи се под друге узроке, па се у пракси често као узроци тих незгода наводе други саобраћајни прекршаји, које су возачи под дејством алкохола починили. То су вожња недозвољеном брзином, непрописно претицање и пролазак на црвено светло на семафору.

Табела 5.6 Број возача под дејством алкохола у Србији у 2010., 2011. и 2012. години

Година	До 0,3‰ алкохола у крви	0,3–0,5‰ алкохола у крви	0,5–1,2‰ алкохола у крви	1,2–2,0‰ алкохола у крви	Више од 2,0‰ алкохола у крви	Укупно	Одбили алко-тест
2010	907	11.682	21.526	8.256	2.706	45.077	809
2011	889	13.314	23.135	8.425	2.335	48.098	833
2012	968	14.996	25.894	8.813	1.921	52.592	866

Извор: МУП Србије у Политика: „Сваки пети у Србији пијан за воланом“, 17. 04. 2015.

Табела 5.7 Статистика укупног броја саобраћајних несрећа и несрећа изазваних под дејством алкохола у Србији у 2010., 2011. и 2012. години

Година	Број саобраћајних незгода			Број погинулих			Број повређених		
	укупно	алкохол узрок	(%)	укупно	алкохол узрок	(%)	укупно	алкохол узрок	(%)
2010	47.806	2.793	5,84	660	36	5,45	19.346	1.793	9,27
2011	42.453	2.725	6,42	731	53	7,25	19.254	1.807	9,39
2012	37.418	2.185	5,84	663	37	5,58	18.296	1.465	8,01

Извор: МУП Србије у Политика: „Сваки пети у Србији пијан за воланом“, 17. 04. 2015.

Из Табеле 5.6 се јасно види да постоји тренд великог раста броја возача ухваћених да возе под дејством алкохола од 45.000 у 2010. до приближно 53.000 у 2012. години. Како у датом периоду не постоји значајнији раст потрошње алкохола, можемо претпоставити да је повећање броја ухваћених возача под дејством алкохола последица већег броја извршених контрола, о чему не постоје званични подаци. Са праксом појачане контроле безбедности у саобраћају свакако треба наставити, јер се из Табеле 5.7 види да постоји тренд смањења укупног броја саобраћајних несрећа, као и броја саобраћајних несрећа изазваних под

дејством алкохола. Релативан број саобраћајних несрећа изазваних под дејством алкохола је у датом периоду био стабилан и износио је око 6%. Број укупно повређених у саобраћајним несрећама такође има тренд смањења. Број повређених у несрећама изазваним под дејством алкохола има тренд смањења како у апсолутним тако и у релативним бројевима.

Стиче се утисак из свега изреченог да се проблем алкохолизма и криминала мора решавати комплексно и интердисциплинарно. Алкохол изазива криминалитет, али и криминалитет доприноси ширењу алкохолизма. Управо зато Кривични законик, Закон о извршењу казни, мере безбедности и едукативне мере уз остале правне прописе омогућавају и правилан приступ и поступак према алкохоличару-криминалцу.

Наркоманија и криминално понашање

Начин на који се посматра понашање наркомана није ни јасно дефинисан нити прецизан. Најчешће се говори о наркоманима као болесним особама, а наркоманија везује за болест. Ипак, врло често постоји склоност да се наркоманија третира као правни проблем. Ово не чуди јер је понашање наркомана у својој основи друштвено неприхватљиво, нелегално па као такво подлеже правним санкцијама. Питање да ли наркомана треба сматрати криминалцем или болесником дуго заокупља пажњу теоретичара социјалне и правне мисли, предмет је бројних расправа, различитих одговора који више иду ка првом него другом ставу. Са овим ставом се може само условно постићи сагласност ако се ограничимо на трговину, поседовање и личну употребу законом забрањених дрога, и на преступе почињене да би се дрога набавила као и преступе учињене под њеним дејством. Али на овај начин не решавамо саму срж проблема, а то је наркоманија.

Када се испитује утицај дроге на личност и утицаја дроге за настанак кривичних дела то за Деспотовића иницира два битна питања:

1. шта наркомани могу да учине под дејством дроге?
2. шта наркомани могу да учине зато што нису под дејством дроге?

Другачије речено постоји јасна разлика између деловања дроге на личност наркомана или деловање на особу која није наркоман. Централни дискурс овог излагања заузима проблем везе дроге са генезом криминалитета и утицаја на

вршење одређених радњи. Тако се јавља проблем наркомана криминалаца или криминалаца који нису наркомани (Деспотовић, 1980: 347).

М. Милутиновић каже: „Сматра се да уживање дрога може представљати криминогени фактор, да се поједина лица, услед њиховог уживања могу одати вршењу кривичних дела и других девијација, као што су крађе, препродаја опојних дрога, проституција и друго.“ (Милутиновић, 1973: 337).

Релић наводи да органи који спроводе закон верују да уживање дрога само по себи представља моћан узрок криминалитета (1970: 450). Постоји уверење да су наркомани често ангажовани већим или мањим криминалним активностима.

Вршење кривичних дела и прекршаја од стране наркомана је уобичајено и често. Различити, углавном противправни су начини на који наркоман долази до дроге: од крађе новца, продаје вредних ствари из куће, провале станова или апотека, фалсификовањем рецепата, препродајом дроге, проституцијом, и ретко, насиљем. Деликвенција код наркомана обично укључује радње које нису насилне по свом карактеру. Наркомани ова кривична дела најчешће чине у групи, као подстрекачи, извршиоци или саучесници. Наркоманска субкултура је у том погледу више окренута начелу корисности него и једна друга девијантска субкултура.

Код њих се сукоб са законом изражава или кад растурају или кад размењују дрогу, или кад изврше кривично дело да би дошли до средстава за куповину дроге.

За делинквенцију међу наркоманима можемо рећи да представља тзв. изнуђени облик делинквентног понашања, који стоји директно у функцији набавке дроге од стране психички и физички измењених личности, као последица дуже злоупотребе психоактивних супстанци и специфичног начина живљења, а не есенцијалних потреба личности (Петровић, 2003: 292).

Најчешћи облици делинквентног понашања наркомана су у вези са набавком дроге и контактима са препродавцима. На овај начин наркоманија и криминалитет се веома присно испреплићу и допуњују.

Са аспекта процене урачунљивости наркомана, односно њихове способности да схвате значај свога дела треба разликовати два стања: 1) стање интоксикације и 2) стање апстиненције.

У фази интоксикације која озбиљније мења стање свести, урачунљивост може да буде битно смањена. Због оштећеног расуђивања, способност да се схвати значај учињеног дела може бити драстично смањена, јер опадају централне инхибиције и моћ антиципације. Након престанка деловања дроге особа може да има амнезију за период интоксикације или да се делимично сећа.

Особа у фази апстиненције, углавном је очуване свести и способна да схвати значај дела које чини. У таквим околностима, и поред тога што је у стању да схвати значај радњи, особа у стању апстиненцијалне кризе, није у стању да управља својим поступцима, јер своје понашање ставља у службу нагона за самоодржањем. Тако је криминогено понашање наркомана условљено набавком дроге од које је особа зависна услед стања измењене личности (Петровић, 2003: 310).

Степен урачунљивости, који иначе није медицински појам већ правни, одређује судија, а не лекар, с тим што судија само преводи медицинску дескрипцију на правнички језик. Другим речима, судија није у стању сам да одреди степен урачунљивости инкриминисане особе без претходне судско-психијатријске процене испитаника.

Правне мере имају своје значајно место у борби против наркоманије, али их треба ограничити на посебне околности, као што су кријумчарење дроге, навођење нових лица на злоупотребу дроге, пресецање канала набавке дроге итд.

Према нашем позитивном праву криминогени наркоман је сваки онај зависник који у циљу набавке дроге улази у низ нелегалних ситуација и принуђен је да врши противправне радње, будући да су психоактивне супстанце које се могу злоупотребљавати забрањена роба.

Лечење криминогених наркомана спроводи се кроз изрицање мера безбедности обавезног психијатријског лечења и чувања у здравственој установи затвореног типа (затворска болница), када постоји опасност да ће учинилац кривичног дела услед ове зависности иста вршити и даље, као и мера безбедности обавезног лечења наркомана.

Као најбољи пример схватања дроге као криминогеног фактора може нам послужити поређење резултата истраживања Америчког министарства правде спроведеног 1997. и 2004. године над популацијом затвореника у државним и федералним затворима (U.S. Department of Justice, 2006) и Америчког

министарства здравља спроведеног 2004. године над општом популацијом (U.S. Department of Health and Human Services, 2005).

Резултати ових истраживања приказани су збирно у Табели 5.8. Из табеле се јасно може уочити да је међу популацијом затвореника у односу на општу популацију проценат корисника дрога, када су у питању зависници (преваленца 30 дана), већи од 8 пута (све дроге и марихуана) код „лакших дрога”, до 21 пут (кокаин) или чак 80 пута (хероин) код „тешких дрога”.

Табела 5.8 Упоредни приказ преваленце коришћења дрога међу затвореницима у државним затворима пре одласка на одслужење казне и општој популацији у САД, 2004. године

Врста дроге	Преваленца коришћење дрога (%)						
	у току живота		12 месеци пре почињеног кривичног дела/анкете		30 дана пре почињеног кривичног дела/анкете		у време почињеног кривичног дела
	затвореници	општа популација	затвореници	општа популација	затвореници	општа популација	
Било која дрога	83,2	45,8	69,2	14,5	56,0	7,9	32,1
Марихуана	77,6	40,2	59,0	10,6	40,3	6,1	15,4
Кокаин/крек	46,8	17,5	30,0	2,9	21,4	1,0	11,8
Хероин/опијати	23,4	1,3	13,1	0,2	8,2	0,1	4,4
Стимуланти	28,6	8,3	17,9	1,2	12,2	0,5	6,7
Метамфетамини	23,5	4,9	14,9	0,6	10,8	0,2	6,1
Халуциногени	32,9	14,3	13,3	1,6	5,9	0,4	2,0
Инхаланти	13,6	9,5	4,5	0,9	1,0	0,3	-

Извор: U.S. Department of Justice, 2006. i U.S. Department of Health and Human Services, 2005.

Из Табеле 5.9 се јасно види да проценат починилаца кривичних дела који су били под дејством дрога у тренутку чињења кривичног дела изузетно велики, чак 32% свих почињених кривичних дела је извршено под утицајем дрога.

Табела 5.9 Преваленца коришћења дрога од стране затвореника у државним затворима у САД, по врсти почињеног кривичног дела, 2004. године

Врста почињеног кривичног дела	Затвореници који су користили дроге (%)	
	у последњих месец дана пре почињеног кривичног дела	у време почињеног кривичног дела
Сва кривична дела	56,0	32,1
Насилна кривична дела	49,6	27,7
Убиства	48,9	27,3
Сексуална кривична дела	32,3	17,4
Крађе	66,6	40,7
Напади	48,9	24,1
Имовинска кривична дела	64,0	38,5
Провале	67,7	41,1
Крађе	66,6	40,1
Крађе моторних возила	65,4	38,7
Преваре	56,3	34,1
Кривична дела везана за дроге	71,9	43,6
Поседовање дрога	76,4	46,0
Промет дрога	70,0	42,3
Јавни ред и мир	49,9	25,4
Употреба оружја	53,3	27,6
Остало	48,7	24,6

Извор: U.S. Department of Justice, 2006.

Табела 5.10 такође показује изузетно велики број различитих кривичних дела извршен са само једним мотивом, обезбедити средства за набављање дроге,

при чему су кривична дела над имовином у чак 30,3% почињена са мотивом обезбеђивања средстава за набављања дроге.

Табела 5.10 Затвореници који су починили кривична дела, због којих су осуђени, ради набављања средстава за куповину дроге, 2004. године у САД

Врста кривичног дела	Затвореници који су починили кривично дело ради набављања дроге (%)
Сва	16,6
Насилна	9,8
Имовинска	30,3
Дрога	26,4
Јавни ред и мир	6,9

Извор: U.S. Department of Justice, 2006.

У истраживању које је спровело Министарство правде САД 2004. године први пут је укључено мерење зависности од дроге и злоупотребе дроге. Процене су засноване на критеријумима датим у Упутству за дијагностиковање и статистичку обраду података о менталним болестима (American Psychiatric Association, 1994).

Симптоми злоупотребе укључују поновљено коришћење дроге у потенцијално опасним ситуацијама или сталне проблеме на послу, у школи, у друштву или са законом, изазване коришћењем дрога. Затвореници који су имали било који од ових проблема у последњих 12 месеци пре почињеног дела испуњавали су критеријум злоупотребе дроге. Код опште популације временски период се односио на 12 месеци пре анкетања.

Симптоми зависности укључују бројне бихевиоралне, когнитивне и психолошке проблеме. Затвореници који су имали 3 или више симптома у последњих 12 месеци пре почињеног дела испуњавали су критеријум зависности од дроге. Код опште популације временски период се односио на период од 12 месеци пре анкетања, Табела 5.11.

Из Табеле 5.11 се види да је код затвореничке популације зависност или злоупотреба дрога 27 пута чешћа него код опште популације, док је истовремена зависност и злоупотреба чак 70 пута чешћа.

Табела 5.11 Постојања дијагностичких критеријума зависности или злоупотребе дроге међу затвореницима у државним затворима у САД, 2004. године и општој популацији 2002. године

Дијагностички критеријум	Затвореници у државним затворима (%)	Општа популација (%)
Зависност или злоупотреба	53,4	2,0
Зависност и злоупотреба	34,9	0,5
Само зависност	1,2	0,1
Само злоупотреба	17,3	1,4
Без зависности или злоупотребе	46,6	98,0

Извор: U.S. Department of Justice, 2006.

И Табела 5.12 нам показује да су све карактеристике породичног, радног и животног окружења затвореника са постојањем дијагностичких критеријума зависности и злоупотребе дрога много негативније него код осталих затвореника. Посебно су негативни односи код карактеристика које се односе на родитеље са проблемима са алкохолом и дрогама. Затвореници са критеријумима зависности и злоупотребе дрога су потицали из породица са проблемима са алкохолом и дрогама 2 до 3 пута чешће, него затвореници који нису потицали из породица са проблемима везаним за алкохол и дроге.

Табела 5.12 Породична ситуација затвореника у САД у односу на постојање дијагностичких критеријума зависности и злоупотребе дрога, 2004.

Карактеристике	Затвореници у државним затворима (%)	
	код којих постоји зависност или злоупотреба	Остали
Без сталног места боравка последњих 12 месеци	13,9	5,7
Запослен последњи месец пре доласка у затвор	68,2	77,6
Пуно радно време	56,4	67,0
Делимично радно време	9,6	8,5
Икада злостављан	23,4	15,4
Физички злостављан	19,6	12,2
Сексуално злостављан	10,1	7,0
Током одрастања		
Примао неку врсту социјалне помоћи	42,2	31,5
Боравио код старатеља, у дому или некој другој институцији	17,6	10,9
Већину времена живео са		
Оба родитеља	41,0	48,5
Једним родитељем	45,1	39,3
Неким другим	11,4	10,5
Родитељи или старатељи имали проблеме са		
Алкохолом	24,1	16,8
Дрогама	3,4	1,6
Алкохолом и дрогама	13,9	5,3
Ни са једним од њих	58,6	76,3
Чланови породице који су били у затвору	53,4	40,2
Мајка	7,5	3,9
Отац	21,2	12,8
Брат	36,3	29,0
Сестра	7,3	4,9
Дете	2,5	2,6
Брачни партнер	1,8	0,8

Извор: U.S. Department of Justice, 2006.

ГЛАВА 6. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА И РАСПРАВА

Резултати спроведеног истраживања о обрасцима коришћења и злоупотребе супстанци, навикама конзумирања алкохолних пића, ставовима и информисаности о употреби психоактивних супстанци, биће приказани у овом делу дисертације. Анализирали смо присуство и учесталост социјално-патолошких појава, алкохолизма и наркоманије, навике везане за употребу ПАС, ставове о узроцима, понашању и особинама алкохоличара и наркомана, као и ставове околине по питању употребе алкохола и дрога у сеоским насељима Србије, са циљем тестирања постављених хипотеза.

Релевантним за истраживање се показало да данашња криза у друштвима постсоцијалистичке транзиције има све структурне карактеристике друштвене аномије. Са сигурношћу можемо рећи да је теорија социјалне аномије, а посебно теорија друштвене дезорганизације у Диркемовом и Мертоновом смислу, сасвим применљив теоријски оквир или модел на који се наслања наше објашњење алкохолизма и наркоманије у селима Србије. То уколико пре што је наша земља, као и неке суседне, била захваћена ратом, сиромаштвом, социјалном бедом и свеукупним незнањем. Друштвена дезорганизација јавља се као основни системски узрок социјалних девијација, са једне и криминала са друге стране (Митровић, Бован, 2011: 197). Посебан проблем са којим смо се суочили јесте сама процена шта је девијација, а шта не, онда када се друштво налази у стању прикривене или релативно трајне аномије, код опречних вредносно-нормативних оријентација које губе или добијају своје важење. Социолошки и правно алкохолизам и наркоманију сврстали смо у девијације које захтевају лечење и нерепресивне мере (изузев производње, продаје и омогућавања уживања дроге као криминалне радње). Теоријом друштвене дезорганизације објашњене су следеће социолошке категорије у нашем истраживању: од социјалне структуре, социјалних промена, ставова, вредности до криза. Социјална криза, показало се, један је од узрока дезорганизације, и појављује се кроз непосредну опасност, претеће ситуације и ситуације жртви. Са променом статуса и улога појединаца наступа сукоб између традиционалних и нових образаца, при чему се свака промена схвата као дезорганизација.

Социјална дезорганизација, показало се, представља такву врсту друштвених проблема коју прате неусклађености и на ширем, социјалном и на ужем, персоналном плану.

6.1 Профил испитаника

Теренско истраживање урађено је 2014. године и, како је речено, обухватило је 528 испитаника из 69 сеоских насеља Србије. Циљна популација за ово истраживање су биле особе од 15 и више година старости које живе у сеоским насељима.

Изабран је узорак који даје статистички поуздане оцене за ниво Републике Србије за сеоски тип насеља.

Табела 6.1: Профил испитаника

Профил испитаника		Број	%
Старосна категорија ³⁹	Млади (до 35)	139	26,42
	Средњи (35 – 64)	254	48,05
	Стари (64+)	135	25,53
	<i>Укупно</i>	<i>528</i>	<i>100</i>
Пол	Мушки	263	49,87
	Женски	265	50,13
	<i>Укупно</i>	<i>528</i>	<i>100</i>
Територијална припадност	Београд	56	10,65
	Војводина	142	26,83
	Централна и Западна Србија	193	36,56
	Источна и Јужна Србија	137	25,96
	<i>Укупно</i>	<i>528</i>	<i>100</i>
Материјално стање домаћинства	Изузетно лоше	8	1,53
	Лоше	39	7,32
	Просечно	133	25,2
	Добро	282	53,38
	Одлично	66	12,59
	<i>Укупно</i>	<i>528</i>	<i>100</i>
Лично задовољство животом	Јако сам незадовољан	30	5,78
	Незадовољан сам	140	26,48
	Ни задовољан ни незадовољан	243	46,09
	Задовољан сам	87	16,47
	Веома сам задовољан	27	5,18
	<i>Укупно</i>	<i>528</i>	<i>100</i>
Тип домаћинства	Традиционално	77	14,58
	Прелазно	278	52,64
	Модерно	173	32,78
	<i>Укупно</i>	<i>528</i>	<i>100</i>

Из Табеле 6.1 види се да је регион Београда у укупном узорку заступљен са 10,65%, Јужна и Источна Србија са 25,96%, Војводина са 26,83% и Шумадија и

³⁹ Према попису становништва Србије из 2011. године, старосна структура у осталим областима за укупну популацију старијих од 15 година је: од 15 до 34 – 27,3%; од 35 до 64 – 49,3% и старији од 65 – 23,4%.

Западна Србија са 36,56%.⁴⁰ Од укупног броја испитаника 49,87% су мушкарци, а 50,13% жене.⁴¹ Старосна структура испитаника по полу, одражава модел по којем је већа заступљеност старијих жена у руралној популацији. Наиме, у категорији становништва преко 65 година старости жене чине 14,39% а мушкарци 11,17% укупног броја становника.⁴²

Када се погледају резултати анкете о материјалном стању домаћинства и личном задовољству животом испитаника, које морамо посматрати паралелно, може се уочити да је процена материјалног стања домаћинства (65,97% испитаника се позитивно изразило о свом материјалном стању) виша од осећаја личног задовољства испитаника (21,65% испитаника је задовољно животом) (Табела 6.1). На основу овога, можемо претпоставити да анкетирани немају реалан став о свом материјалном стању (што није ретка појава међу руралном популацијом која нема објективне репере о вредности својих добара и ресурса), већ су склони да га прецењују. (Богданов, 2007)

Када је у питању тип домаћинства, резултати нам јасно показују да се село налази у периоду транзиције, јер чак 52,64% анкетираних потиче из домаћинства која можемо, према описаној скали, сврстати у прелазни тип. Шта више, значајно већи проценат испитаника је пореклом из домаћинстава са модерним животним стилем (32,78%) у односу на оне који потичу из традиционално уређених домаћинстава (14,58%) (Табела 6.1).

6.2 Присуство и учесталост употребе алкохола међу сеоским становништвом

Резултати истраживања (Табела 6.2) показују да 18,9% испитаника није конзумирало алкохол у години истраживања, а трећина (32,9%) је то чинила врло

⁴⁰ Према попису становништва Србије из 2011. регионална структура у осталим областима за укупну популацију старијих од 15 година је: Београд 10,7%, Војводина 26,8%, Шумадија и Западна Србија 36,6% и Јужна и Источна Србија 26,0%.

⁴¹ Према попису становништва Србије из 2011. године, полна структура у осталим областима за укупну популацију старијих од 15 година је: 49,9% мушкараца и 50,1% жена.

⁴² Према попису становништва Србије из 2011. године, старосна структура у осталим областима за популацију мушкараца старијих од 15 година је: од 15 до 34 – 28,9%; од 35 до 64 – 51,0%; и старији од 65 – 20,1%, а за популацију жена старијих од 15 година је: од 15 до 34 – 25,7%; од 35 до 64 – 47,8% и за старије од 65 – 26,5%.

ретко (неколико пута годишње или никада). На другој страни, 46,9% испитаника се може сматрати редовним конзументима алкохола јер су свакодневно, или неколико пута недељно, користили алкохол, а чак 67,1% алкохол користе свакодневно до неколико пута месечно.

Ови подаци не говоре о количини утрошеног алкохола, нити о врсти, али сугеришу на значајан број оних којима је алкохол свакодневна навика.

Присуство и учесталост употребе алкохола по старосним категоријама - Резултати о присуству и учесталости употребе алкохола по старосним категоријама указују на следеће закономерности (Табела 6.2):

- Најчешћи конзументи алкохола су у популацији млађој од 35 година. Њих 85,6% користи алкохол, од чега 43,46% то чини често (свакодневно или више пута недељно). Посебно се издваја категорија испитаника 25-34 године, у којој чак 90,8% испитаника свакодневно или више пута недељно пије.
- Уочена је велика поларизација међу старијом сеоском популацијом од 65 година и више, између оних који пију свакодневно и оних који не пију уопште и то: свакодневно пије 17,2%, а оних који не пију уопште има 26,0%. Иако се овакав резултат може тумачити чињеницом да је у овој категорији значајно већа заступљеност жена (које су ређе конзументи алкохола) у односу на мушкарце (56,2% према 43,8%), остали налази такође сугеришу да у најстаријој категорији становника постоји врло оштра подела на оне који конзумирају алкохол свакодневно и оне који никада не пију, што се може објаснити и већом вероватноћом да становништво ове доби има здравствених проблема који ограничавају употребу алкохола.
- Уочено је да постоји разлика у свакодневном конзумирању алкохолних пића међу старосним категоријама. У старосним категоријама од 15 до 24 и од 55 до 64 године се потврђује да постоји разлика у свакодневном конзумирању алкохолних пића у односу на друге старосне категорије. У ове две старосне категорије испитаници са вероватноћом од 95% свакодневно конзумирају алкохол.

Присуство и учесталост употребе алкохола према полу - Резултати истраживања по полу показују вишеструко већу учесталост конзумирања алкохола код мушкараца него код жена у руралним срединама (Табела 6.2):

- Свакодневно или више пута недељно алкохол је конзумирало 69,73% мушкараца у односу на 24,18% жена.
- Разлике су још веће у категорији оних који никада или ретко конзумирају алкохол, утолико што у години у којој је спроведено истраживање 52,6% жена није користило алкохол, или је то чинило неколико пута у току године, док је код мушкараца тај проценат 13,1%.

Присуство и учесталост употребе алкохола по регионима – Резултати анкете о учесталости коришћења алкохола по регионима показују да је оно највеће у Источној и Јужној Србији, где је више од половине испитаника (58,3%) свакодневно или више пута недељно користило алкохол. Штавише ово је једини регион у којем мање од четвртине становника (23,3%) није пило алкохол, или је то чинило само пар пута годишње. У осталим регионима је тај проценат значајно већи (Војводина 45,0%). Разлике постоје и међу појединим старосним категоријама на нивоу региона. Оне недвосмислено указују на значајно већи број млађих испитаника (15-34 године) са подручја Источне и Јужне Србије који користе алкохол (17,8%) док је у осталим регионима, Војводина и Београд овај показатељ око 11,0%, а у Шумадији 13,6%. Најниже присуство употребе алкохола је у региону Војводине, где је 37,7% испитаника конзумирало алкохол свакодневно или више пута недељно (Табела 6.2).

Присуство и учесталост употребе алкохола у односу на материјално стање домаћинства - Учесталост коришћења алкохола истраживана је и према перцепцији испитаника о материјалном стању његовог домаћинства. У овом сегменту смо имали у виду да већина њих нереално процењује своје материјално стање, што условљава да су њихове процене више од очекиваних. То се потврдило и резултатом да се само 8 испитаника изјаснило да су материјалне прилике њиховог домаћинства изузетно лоше. Међу њима је 37,5% свакодневно пило алкохол, али се то не може сматрати значајним за уопштавање закључака због малог удела ових испитаника у укупном узорку (Табела 6.2).

Разлике у дистрибуцији испитаника у односу на учесталост конзумирања алкохола су мале када се узму просечне вредности у укупном узорку, и указују на благо повећану употребу алкохола од стране оних који свој материјални положај виде као добар. То се може објаснити тиме што ову категорију чине већим делом млади (до 35 година) код којих је како је горе речено употреба алкохола чешће присутна.

Присуство и учесталост употребе алкохола у односу на лично задовољство животом - У погледу личног задовољства испитаника подаци су показали да алкохол више користи категорија веома задовољних, у којој је 57,3% испитаника користило алкохол свакодневно или више пута недељно (Табела 6.2).

Овај налаз се као и у случају перцепције о материјалном стању може тумачити из перспективе веће заступљености млађих лица у овој популацији. Ово се потврђује тиме што 47,9% веома задовољних испитаника конзумира алкохол више пута недељно, како је речено, типично за популацију до 35 година старости.

Присуство и учесталост употребе алкохола према типу домаћинства - Тип домаћинства значајно опредељује присуство и учесталост алкохола (Табела 6.2). Разлике међу испитаницима из традиционалних и модерних домаћинстава су значајне, и оне указују да је употреба алкохола значајно мања код испитаника из традиционалних домаћинстава (22,5% конзумирају алкохол свакодневно или неколико пута недељно), у односу на испитанике из прелазних домаћинстава (47,6% конзумирају алкохол свакодневно или неколико пута недељно), а посебно оне из модерних домаћинстава (56,7% конзумирају алкохол свакодневно или неколико пута недељно).

Разлика се појављује у погледу свакодневне употребе алкохола која је у традиционалном домаћинству заступљена код мање од 1% испитаника. Овакав резултат може се приписати чињеници да је реч о испитаницима најстарије старосне групе, те и томе што је нешто већи удео жена у овој популацији, и малом броју испитаника из београдског региона.

Приметно је да испитаници из модерних домаћинстава у високом проценту 25,1% свакодневно користе алкохол, што се може повезати са већим учешћем младих и испитаника из београдског региона у овој популацији.

Табела 6.2: Присуство и учесталост употребе алкохола

		Свакодневно	Више пута недељно	Више пута месечно	Неколико пута годишње	Никада
		%	%	%	%	%
Старосна категиорија	Млади (до 35)	7,05	36,41	29,78	12,34	14,42
	Средњи (35 – 64)	15,69	34,25	18,43	13,99	17,64
	Стари (64+)	17,21	27,50	13,65	15,57	26,06
Пол	Мушки	23,83	45,90	17,17	6,52	6,58
	Женски	3,81	20,37	23,23	21,36	31,24
Територијална припадност	Београд	10,17	39,54	17,45	16,17	16,68
	Војводина	8,07	29,60	17,34	15,21	29,79
	Централна и Западна Србија	13,54	31,21	24,38	12,07	18,80
	Источна и Јужна Србија	21,57	36,73	18,43	14,41	8,85
Материјално стање домаћинства	Изузетно лоше	41,96	15,90	0,00	9,19	32,95
	Лоше	13,82	25,46	18,63	6,96	35,13
	Просечно	13,97	37,48	24,73	11,19	12,62
	Добро	13,03	32,82	19,54	14,94	19,68
	Одлично	13,88	33,67	18,44	20,47	13,53
Лично задовољство животом	Јако сам незадовољан	33,62	8,17	13,69	0,00	44,53
	Незадовољан сам	13,67	32,90	15,90	11,53	26,00
	Ни задовољан ни незадовољан	12,18	36,09	21,77	15,90	14,06
	Задовољан сам	12,96	29,14	26,26	16,65	14,99
	Веома сам задовољан	9,40	47,88	16,34	16,04	10,34
Тип домаћинства	Традиционално	0,84	21,69	41,21	14,74	21,53
	Прелазно	10,33	37,23	17,83	16,84	17,77
	Модерно	25,13	31,54	14,68	8,97	19,67

6.3 Навике везане за употребу алкохола

Навике и понашања у вези са употребом алкохола истраживане су на узорку од 428 испитаника, који су изјавили да су користили алкохол у години у којој је спроведено истраживање. Дакле, навике везане за употребу алкохола испитиване су

на основу тога где испитаници конзумирају алкохол, као и у којим приликама. 58,3% испитаника одговорило је да користи алкохол у посебним друштвеним приликама (свадбе, славе, крштења...); према учесталости следећи одговор је „кад сам сам са друштвом у кући“ 33,7% и „у кафани и кафићу“ 31,5%. Ови одговори су специфични за испитанике млађе од 34 године - посебно категорија од 25 до 34 године (Табела 6.3).

Интересантно је да чак 25,7% испитаника наводи да не постоји правило по којем пије алкохол. Поред тога 29,5% испитаника изјавило је да нема правила у ком делу дана пију алкохол (пре подне, поподне, увече). Оба податка указују на релативно висок ризик од појаве алкохолизма будући да је висок проценат испитаника који без разлога и повода пију.

Навике везане за употребу алкохола по старосним категоријама - У погледу старосне категорије генерално се може закључити да су млади чешћи конзументи алкохола на јавним местима (66%), чешће пију у друштву (97,5%) и у релативно високом проценту склони су екстремном понашању под дејством алкохола (15,6%) (Табела 6.3).

Приметно је да су испитаници најстарије старосне категорије (старији од 75 година) у високом проценту одбијали да одговоре на ово питање (67%), као и да млађи, посебно они у старосној групи од 25 до 34 године немају проблем да се изражавају о свом понашању у таквим ситуацијама. Претпоставља се да старији испитаници осећају кајање за своје понашење под дејством алкохола.

Навике везане за употребу алкохола према полу - Нема већих разлика међу половима у вези са тиме да ли пију алкохол у кући или ван ње, али је приметно да жене убедљиво више пију саме него што то чине мушкарци. Међу женама које су користиле алкохол 9% су оне које су то чиниле саме.

Разлике по половима указују на већу појаву екстремног понашања под утицајем алкохола међу мушкарцима, од којих је 35,85% изјавило да су се под утицајем алкохола екстремно понашали (понекад и често). У случају жена овај проценат износи 21,47% што такође није занемарљив проценат (Табела 6.3).

Навике везане за употребу алкохола по регионима - Регионално посматрано поново се издваја регион Источне и Јужне Србије за који је речено да има висок проценат испитаника који често односно свакодневно користе алкохол.

Испитаници у овом подручју чешће пију на јавним местима (65,4%), искључиво у друштву (100%), и често имају изгреде у алкохолисаном стању (чак 24%). Индикативан је податак да је у овом региону чак 54% испитаника изјавило да понекад или често прави изгреде у алкохолисаном стању.

У односу на просек одступају подаци за Војводину и Београд где је проценат испитаника који нису имали екстремно понашање значајно већи него у другим регионима (у просеку 74%).

Надпросечну употребу алкохола у кући имају регион Војводине (43,9%) и Централне и Западне Србије (53,7%). Уз то у региону Централне и Западне Србије већи проценат испитаника пије сам (25,4%) (Табела 6.3). Ови налази за Централну и Западну Србију показују да је употреба алкохола део њихове свакодневице и уобичајеног ритуала.

Навике везане за употребу алкохола у односу на материјално стање - Материјално стање испитаника се није јавило као чинилац који делује на навике и понашања везано за употребу алкохола. Једино што је индикативно код испитаника у односу на њихово материјално стање, међу онима који имају добро материјално стање, је што висок проценат њих (48,6%) имао екстремно понашање у алкохолисаном стању (Табела 6.3). Ово се може објаснити чињеницом да у овој категорији испитаника већину чине млади.

Навике везане за употребу алкохола у односу на лично задовољство животом - У погледу личног задовољства они који су задовољни чешће пију у друштву него код куће али су у погледу осталих карактеристика исти са осталима.

Навике везане за употребу алкохола у односу на тип домаћинства - У погледу типа домаћинства чланови традиционалних домаћинстава чешће пију сами и у високом проценту су склони екстремним понашањима (26,05% испитаника имало је понекад, а 7,31% често изгреде у алкохолисаном стању) (Табела 6.3). Ово се може објаснити чињеницом да је реч о старијим испитаницима, који ређе одлазе у друштво и теже контролишу своје стање под утицајем алкохола.

Табела 6.3: Навике везане за употребу алкохола

		Место		Прилике		Екстремно понашање		
		Кући	Јавна места	Сам	У друштву	Не	Понекад	Често
		%	%	%	%	%	%	%
Старосна категорија	Млади	33,96	66,04	2,51	97,49	69,91	14,46	15,63
	Средњи	40,68	59,32	7,71	92,29	72,01	17,6	10,39
	Стари	40,88	59,12	8,72	91,28	82,91	10,38	6,71
Пол	Мушкарци	35,29	64,71	3,37	96,63	64,15	24,59	11,26
	Жене	36,70	63,3	8,84	91,16	78,52	13,31	8,16
Територијална припадност	Београд	37,39	62,61	6,46	93,54	74,57	16,09	9,35
	Војводина	43,89	56,11	5,86	94,14	73,26	11,53	15,21
	Централна и западна Србија	55,72	44,28	25,42	74,58	43,47	37,77	18,76
	Источна и јужна Србија	34,56	65,44	0,00	100,0	45,30	30,73	23,97
Материјално стање домаћинства	Изузетно лоше	39,63	60,37	5,84	94,16	72,30	20,09	7,61
	Лоше	39,21	60,79	7,84	92,16	75,86	12,00	12,14
	Просечно	37,03	62,97	3,56	96,44	85,15	8,06	6,79
	Добро	36,92	63,08	26,86	73,14	51,33	41,69	6,98
	Одлично	35,16	64,84	4,80	95,20	68,41	19,88	11,71
Лично задовољство животом	Јако сам незадовољан	42,41	57,59	4,63	95,37	76,30	11,58	12,12
	Незадовољан сам	37,28	62,72	9,96	90,04	80,57	11,99	7,44
	Ни задовољан ни незадовољан	30,45	69,55	5,08	94,92	73,19	14,95	11,86
	Задовољан сам	39,29	60,71	3,72	96,28	72,8	14,71	12,49
	Веома сам задовољан	39,71	60,29	4,06	95,94	78,73	8,44	12,84
Тип домаћинства	Традиционално	37,65	62,35	11,71	88,29	66,64	26,05	7,31
	Прелазно	33,96	66,04	2,51	97,49	69,91	14,46	15,63
	Модерно	40,68	59,32	7,71	92,29	72,01	17,60	10,39

6.4 Ставови о узроцима алкохолизма

Када су у питању ставови о узроцима алкохолизма у обзир су узети одговори свих 528 анкетираних. Анкетиранима је дата могућност вишеструког избора одговора, при чему су они у просеку бирали 2,15 понуђених одговора.

Испитаници су као главне узроке алкохолизма навели друштво - 66,8%, проблеме - 56,0%, забаву - 49,9%, жељу за доказивањем - 25,4% и радозналост - 16,6%.

Ако погледамо ставове учесника у анкети о узроцима алкохолизма, можемо као преовлађујући узрок издвојити друштво, које је у категорији младих и средњих главни узрок алкохолизма са 29,99% и 32,25% респективно. Код категорије старих главни узрок су проблеми са 32,30% што је уједно и појединачно највећи узрок у свим категоријама. Од осталих одговора истичу се забава са 26,37% и жеља за доказивањем са 14,86% у категорији младих (Табела 6.4). Генерално гледано добијени су очекивани резултати:

Може се видети да је друштво најчешћи узрок алкохолизма по мишљењу оба пола и то 32,63% код мушкараца и 31,29% код жена. Такође се може уочити да се код мушкараца издвајају радозналост и забава са 11,61% и 28,31% респективно, док код жена преовлађују проблеми са 25,13% и жеља за доказивањем са 11,99% (Табела 6.4).

Интересантно је да је у Београду и Војводини, по мишљењу испитаника, главни узрок алкохолизма друштво са 33,00% и 28,66% респективно. У Источној и Јужној као и у Централној и Западној Србији главни узрок су проблеми са преовлађујућих 38,04% и 26,02% (Табела 6.4).

У свим категоријама материјалног стања главни узрок алкохолизма је друштво, са 29,24% до 32,14%, сем у категорији доброг материјалног стања где се са 36,17% издвајају проблеми (Табела 4). Интересантно је да се једино у категорији изузетно лошег материјалног стања проблеми са 22,66% (што је уједно и најмањи проценат у свим категоријама) налазе тек на трећем месту иза друштва и забаве, док су у свим осталим категоријама проблеми, као узрок алкохолизма, на првом или другом месту по заступљености.

У односу на лично задовољство животом, друштво представља преовлађујући узрок алкохолизма у свим категоријама, са просечно 32,80% одговора. Проблеми се налазе на другом месту у категоријама: уопште нисам задовољан, ни задовољан ни незадовољан, али и у категорији веома сам задовољан са просечно 25% одговора. На другом месту у категоријама:

незадовољан сам и веома сам задовољан издваја се забава са 29,82% и 28,19% респективно (Табела 6.4).

И у овој категорији, као и у свим осталим, преовлађујући узрок алкохолизма је друштво, са просечно 30,94%. Једини узрок који се донекле издваја из просека, а налази се у категорији испитаника који припадају традиционалним домаћинствима су проблеми са 31,23% (Табела 6.4).

Ова категорија резултата је интересантна јер показује однос према узроцима алкохолизма корисника алкохола и осталих. И код једних и код других друштво се налази око просечних вредности од 30,50% али је однос према проблемима као узроку алкохолизма веома различит. Док га корисници виде као главни узрок, са 32,30%, дотле га они који не конзумирају алкохол виде тек као трећи узрок по важности, са само 19,58% (Табела 6.4).

6.5 Ставови о понашању и особинама алкохоличара

Када су у питању ставови о понашању и особинама алкохоличара у обзир су узети одговори свих 528 анкетираних. Анкетиранима је дата могућност вишеструког избора, при чему су они у просеку бирали 2,4 понуђена одговора.

Од свих особина и понашање алкохоличара издвајају се промена расположења која чини 30,6% свих одговора анкетираних и карактерне промене личности са 27,1%. После тога следе агресивност и морални недостаци личности са 12,8% и 12,7% респективно. Много мањи удео имају спољашњи изглед, проблеми у породици и токсикоманска обележја са 6,6%, 5,2% и 4,4% респективно. Од свих понуђених понашања и особина алкохоличара преступничко и криминогено понашање чини само 0,6% одговора (Табела 6.5).

Табела 6.4: Ставови о узроцима алкохолизма

		Радозналост	Забава	Друштво	Проблеми	Жеља за доказивањем
		%	%	%	%	%
Старосна категорија	Млади	7,22	26,37	29,99	21,56	14,86
	Средњи	8,39	22,01	32,25	25,56	11,78
	Стари	6,93	22,27	30,00	32,30	8,50
Пол	Мушки	11,61	28,31	32,63	19,58	7,87
	Женски	6,63	24,95	31,29	25,13	11,99
Територијална припадност	Београд	7,16	19,42	33,00	28,81	11,61
	Војводина	7,84	24,20	28,66	26,08	13,22
	Централна и Западна Србија	13,51	21,00	23,68	26,02	15,79
	Источна и Јужна Србија	6,26	14,35	29,58	38,04	11,77
Материјално стање домаћинства	Изузетно лоше	4,76	23,27	31,71	22,66	17,60
	Лоше	8,83	24,10	31,80	25,89	9,38
	Просечно	9,19	25,08	29,24	27,34	9,15
	Добро	5,64	23,45	23,66	36,17	11,09
	Одлично	7,56	22,45	32,14	24,69	13,16
Лично задовољство животом	Уопште нисам задовољан	8,14	21,73	29,89	26,44	13,80
	Незадовољан сам	6,41	29,82	35,45	24,05	4,27
	Ни задовољан ни незадовољан	10,94	22,16	32,87	23,70	10,33
	Задовољан сам	6,26	28,19	29,85	19,17	16,54
	Веома сам задовољан	8,25	23,07	31,26	24,85	12,57
Тип домаћинства	Традиционално	7,57	21,27	31,45	31,23	8,48
	Прелазно	7,22	26,37	29,99	21,56	14,86
	Модерно	8,39	22,01	32,25	25,56	11,78
Искуство са алкохолом	Корисници	6,93	22,27	30,00	32,30	8,50
	Остали	11,61	28,31	32,63	19,58	7,87

Напомена: У табели су приказани проценти заступљености одговора у укупном броју наведених одговора

Табела 6.5: Ставови о понашању и особинама алкохоличара

		Карактерне промене личности	Агресивност	Морални недостаци личности	Спољашњи изглед	Проблеми у породици	Токсикоманска обележја	Промене расположења	Преступничко и криминално понашање
		%	%	%	%	%	%	%	%
Старосна категорија	Млади	28,41	15,92	11,10	6,55	2,34	4,91	30,19	0,58
	Средњи	25,52	16,19	12,69	4,67	6,70	3,44	30,04	0,76
	Стари	24,45	12,33	12,08	8,64	4,67	6,11	31,12	0,59
Пол	Мушки	32,91	11,57	15,46	4,67	6,78	2,97	25,64	0,00
	Женски	23,87	16,60	12,40	7,99	4,82	2,63	30,85	0,83
Територијална припадност	Београд	24,81	15,03	9,88	6,49	6,46	6,49	29,65	1,18
	Војводина	26,90	15,17	13,72	4,65	2,85	4,08	32,55	0,09
	Централна и Западна Србија	33,12	3,27	11,66	5,74	5,92	5,98	34,30	0,00
	Источна и Јужна Србија	13,75	9,46	18,45	9,15	11,38	3,07	32,39	2,36
Материјално стање домаћинства	Изузетно лоше	26,46	14,58	8,91	6,44	5,16	3,64	33,39	1,42
	Лоше	26,47	16,58	12,92	5,62	4,81	5,41	27,97	0,22
	Просечно	30,15	15,64	11,09	6,14	1,33	2,82	32,82	0,00
	Добро	21,52	3,81	17,26	9,23	10,01	2,56	34,12	1,50
	Одлично	23,07	18,66	10,57	5,78	3,82	3,53	33,31	1,26
Лично задовољство животом	Уопште нисам задовољан	24,70	15,79	12,36	6,11	5,99	5,11	29,42	0,52
	Незадовољан сам	33,39	12,67	13,18	5,47	3,72	4,29	27,29	0,00
	Ни задовољан ни незадовољан	35,31	13,05	8,22	6,96	1,17	7,31	27,97	0,00
	Задовољан сам	27,27	14,65	9,32	3,95	5,97	2,29	36,55	0,00
	Веома сам задовољан	25,88	17,14	11,82	6,74	4,44	4,39	29,13	0,47
Тип домаћинства	Традиционално	25,54	12,01	13,87	6,21	5,74	5,64	29,69	1,30
	Прелазно	28,41	15,92	11,10	6,55	2,34	4,91	30,19	0,58
	Модерно	25,52	16,19	12,69	4,67	6,70	3,44	30,04	0,76
Искуство са алкохолом	Корисници	24,45	12,33	12,08	8,64	4,67	6,11	31,12	0,59
	Остали	32,91	11,57	15,46	4,67	6,78	2,97	25,64	0,00

6.6 Ставови околине по питању алкохола

Када су у питању ставови околине по питању алкохола у обзир су узети одговори свих 528 учесника анкете.

Анкетирани су показали велику подељеност јер њих 36,6% одобрава, док скоро исти проценат, тј. 34,9% не одобрава коришћење алкохола. Велики проценат анкетираних, 20,3% нема јасно дефинисан став по питању коришћења алкохола. Преосталих 8,2% има разумевање али не одобрава коришћење алкохола (Табела 6.6).

Ставови околине по питању алкохола у односу на старосну структуру - Резултати указују да се, када је у питању став околине по питању алкохола, у односу на старосну структуру јасно диференцирају две групе ставова - они који имају разумевање али не одобравају (8,20% испитаника) и они који немају став (20,31%). У погледу екстеремних ставова, толерантан и осуђујући, одговори у великој мери зависе од старосне структуре. Тако, толерантан став код младих има 41,86% испитаника, док је код старих то 27,79%. Обрнут однос је код оних који осуђују употребу алкохола, којих код младих има 28,99%, а код старих 41,21% (Табела 6.6).

Ставови околине по питању алкохола у односу на пол - Као и код старосне структуре када су у питању они који имају разумевање али не одобравају и они који немају став, полна структура практично нема утицај јер их код оба пола има у просеку 8,20% и 20,32% респективно. Код мушкараца толерантан став има 41,94%, а код жена 31,20%. Обрнут однос је када је у питању осуђујући став, тако код мушкараца њих има 29,68% а код жена 40,16% (Табела 6.6).

Ставови околине по питању алкохола у односу на територијалну припадност - Из резултата анкете видимо да постоје значајне разлике међу регионима када је у питању став околине према алкохолу. Карактеристичан је регион Источне и Јужне Србије, у којем је двоструко мањи проценат (18,29%) оних који немају став или имају разумевање али не одобравају употребу алкохола, од осталих региона (просечно 32,93%). Такође, овај регион има знатно више оних који осуђују употребу алкохола (45,05%), од свих осталих региона, а посебно београдског у којем је број оних који осуђују најмањи (18,39%). Од свих региона најтолерантнији став према употреби алкохола има београдски регион са 45,71%,

који уједно има и највише оних који немају став или имају разумевање али не одобравају употребу алкохола са 35,91% (Табела 6.6).

Ставови околине по питању алкохола у односу на материјално стање домаћинства - У категорији изузетно лошег материјалног стања постоје јасно издиференцирани ставови по питању алкохола, тј. 41,51% испитаника осуђује употребу док чак њих 50,50% има толерантан став што су уједно и највеће вредности у свим категоријама. Интересантно је такође да једино у категорији доброг материјалног стања има више оних који осуђују употребу алкохола (35,74%), од оних који имају толерантан став (33,64%) (Табела 6.6).

Ставови околине по питању алкохола у односу на лично задовољство животом - Резултати истраживања су према овом критеријуму слични резултатима према материјалном стању. Тако у категорији оних који уопште нису задовољни, има најмање неодлучних (немају став или имају разумевање али не одобравају), само 20,09% као и оних који осуђују употребу алкохола, 30,54%, док истовремено има највише оних који имају толерантан став, 49,36%. Потпуно другачија слика је у категорији оних који су задовољни животом. У овој категорији највећи је проценат неодлучних, 30,60%, као и оних који осуђују употребу алкохола, 38,49% док је најмањи проценат оних са толерантним ставом, само 30,91% (Табела 6.6).

Ставови околине по питању алкохола у односу на тип домаћинства - Из испитивања се види да прелазна и модерна домаћинства имају практично исте резултате у погледу ставова околине према алкохолу. Ставови су потпуно подељени, једнак је проценат оних који осуђују и оних који имају толерантан став, око 36%, док неодлучних има око 28%. Код традиционалних домаћинства постоји изражена разлика између оних који имају толерантан став и оних који осуђују употребу алкохола, односно 39,51% и 26,79% респективно. Такође у овој категорији домаћинства постоји и нешто већи проценат неодлучних, 33,70% (Табела 6.6).

Ставови околине по питању алкохола у односу на искуства са алкохолом - Када је у питању став околине у вези алкохола видимо да не постоји значајна разлика у ставовима између оних који редовно користе алкохол и осталих. Код корисника постоји нешто већи број оних са толерантним ставом у односу на оне који осуђују, 41,86% према 28,99%. Исти однос постоји и код оних који не користе алкохол, с тим

да је разлика између оних који имају толерантан став и оних који осуђују употребу нешто мања, 38,29% у односу на 34,87% (Табела 6.6).

Табела 6.6: Ставови околине по питању алкохола

		Толерантан став	Осуђују	Имају разумевања али не одобравају	Немају став
		%	%	%	%
Старосна структура	Млади	41,86	28,99	8,39	20,75
	Средњи	38,29	34,87	7,88	18,96
	Стари	27,79	41,21	8,59	22,41
Пол	Мушкарци	41,94	29,68	7,40	20,99
	Жене	31,20	40,16	9,00	19,65
Територијална припадност	Београд	45,71	18,39	8,27	27,64
	Војводина	31,35	37,30	5,50	25,86
	Централна и Западна Србија	37,63	30,84	8,49	23,04
	Источна и Јужна Србија	36,66	45,05	10,56	7,73
Материјално стање домаћинства	Изузетно лоше	50,50	41,51	4,67	3,33
	Лоше	33,13	25,34	17,17	24,36
	Просечно	41,26	34,59	9,25	14,90
	Добро	33,64	35,74	8,02	22,60
	Одлично	41,57	38,52	2,48	17,44
Лично задовољство животом	Уопште нисам задовољан	49,36	30,54	11,15	8,94
	Незадовољан сам	34,45	37,53	5,78	22,23
	Ни задовољан ни незадовољан	38,16	32,85	10,63	18,36
	Задовољан сам	30,91	38,49	5,56	25,04
	Веома сам задовољан	36,65	33,75	4,05	25,55
Тип домаћинства	Традиционално	39,51	26,79	6,53	27,17
	Прелазно	37,27	36,47	8,34	17,91
	Модерно	34,08	36,09	8,71	21,12
Искуства са алкохолом	Корисници	41,86	28,99	8,39	20,75
	Остали	38,29	34,87	7,88	18,96

6.7 Присуство и учесталост коришћења ПАС међу сеоским становништвом – по мишљењу испитаника

Укупно 46,3% испитаника је одговорило да познаје неког ко користи бар једну од наведених супстанци: лекови за смирење, испарљиви растварачи - у сврху опијања (лепак, разређивачи), марихуана и хашиш, екстази (амфетамини), кокаин, хероин (и остали опијати/производи од мака), ЛСД/халуциногене печурке.

Испитаници су у највећем проценту одговорили да познају особе које користе средства за смирење (39,3%) и марихуану и хашиш (22,1%). Остале супстанце су много мање заступљене (Графикон 6.1).



Графикон 6.1: Процент испитаника који познају некога ко користи ПАС по типу супстанце коју користи, Србија (%)

Присуство и учесталост коришћења ПАС у сеоским срединама у Србији према старосној структури - Најизраженије разлике по питању присуства ПАС уочавају се у категорији старосне структуре испитаника. Тако чак 52,57% младих познаје некога ко користи нелегалне дроге, док је код старих тај проценат само 11,20% (Табела 6.7).

У погледу става о томе ко најчешће користи ПАС практично не постоје разлике међу старосним категоријама. Код свих постоји став да ПАС најчешће користе млади, и то чешће мушкарци.

Присуство и учесталост коришћења ПАС у сеоским срединама у Србији по полу - Код полне структуре испитаника постоји веома велика разлика у погледу познавања некога ко користи лекове за смирење. Код мушкараца чак 49,86% познаје некога ко корист ове супстанце, док је код жена тај проценат 21,33%. Треба напоменути да је код мушкараца најмањи проценат оних који не познају

никога ко користи ПАС, само 10,35% што је уједно и најмањи проценат међу свим категоријама по овом питању (Табела 6.7).

И овде као и код старосне структуре не постоји велика разлика у ставу о томе ко најчешће користи ПАС. Најчешћи корисници су млади и то нешто чешће мушкарци него жене, а најређи стари и то ређе жене него мушкарци.

Присуство и учесталост коришћења ПАС у сеоским срединама у Србији по територијалној припадности - У погледу регионалне припадности постоји изражена разлика код оних који не познају никога ко користи ПАС, и то од Војводине где таквих испитаника има 48,84% до Централне и Западне Србије са 21,26% (Табела 6.7). Такође треба напоменути да су у свим регионима приближно исти проценти оних који познају кориснике нелегалних дрога и средстава за смирење.

Став о корисницима ПАС ни овде се не разликује од осталих категорија, то су најчешће млади мушкарци и младе жене. Овде је интересантно да једино у региону Централне и Западне Србије од свих категорија постоји став да су чешћи корисници ПАС младе жене, него млади мушкарци.

Присуство и учесталост коришћења ПАС у сеоским срединама у Србији према материјалном стању домаћинства - Код домаћинства просечног материјалног стања највећи је проценат оних који познају некога ко користи нелегалне дроге, 40,12%, док је најмањи проценат код домаћинства доброг материјалног стања, само 16,00%, код којих је уједно и највећи број оних који не знају никога ко користи ПАС, чак 56,72% (Табела 6.7).

Присуство и учесталост коришћења ПАС у сеоским срединама у Србији према личном задовољству животом - Из Табеле 6.7 се види да највећи проценат оних који познају некога ко користи нелегалне дроге има код испитаника који су задовољни својим животом, чак 49,84% док је најмањи проценат код оних који уопште нису задовољни својим животом, само 29,56%.

Присуство и учесталост коришћења ПАС у сеоским срединама у Србији по типу домаћинства - Највећи проценат испитаника који познају некога ко користи нелегалне дроге налази се код домаћинства прелазног типа, 52,57% а најмањи код домаћинства традиционалног типа, 15,77% (Табела 6.7). Може се успоставити веза између категорија старосне структуре и типа домаћинства јер су

исти проценти код младих и домаћинства прелазног типа као и код старих и традиционалних домаћинстава.

Табела 6.7: Присуство и учесталост коришћења ПАС

		Познаје некога ко користи дроге (Г1)			Ко најчешће користи наведене супстанце (Г6)					
		Нелегалне дроге	Лекови за смирење	Не	Мушкарци			Жене		
					Млађи	Средњи	Старији	Млађе	Средње	Старије
					%	%	%	%	%	%
Старосна структура	Млади (до 35)	52,57	27,29	20,13	39,66	13,24	3,96	33,17	8,42	1,55
	Средњи (35–64)	23,96	34,43	41,61	38,57	12,18	6,15	33,72	6,78	2,60
	Стари (64+)	11,20	22,08	66,71	36,19	15,23	8,53	32,14	6,58	1,33
Пол	Мушкарци	39,79	49,86	10,35	51,08	2,73	0,38	44,60	1,21	0,00
	Жене	31,39	21,33	47,28	43,74	8,48	3,20	34,60	6,79	3,20
Територијална припадност	Београд	32,61	31,30	36,09	43,03	12,26	1,94	37,12	5,64	0,00
	Војводина	25,78	25,39	48,84	27,27	19,77	13,38	26,13	10,06	3,39
	Централна и Западна Србија	35,46	43,27	21,26	27,80	13,11	10,72	28,84	9,76	9,76
	Источна и Јужна Србија	29,08	32,56	38,35	42,51	9,61	2,91	36,93	6,64	1,41
Материјално стање домаћинства	Изузетно лоше	34,60	30,18	35,22	37,05	13,28	7,36	30,76	8,63	2,92
	Лоше	28,01	29,63	42,37	39,51	13,40	5,29	34,29	6,24	1,27
	Просечно	40,12	23,56	36,32	35,23	14,46	8,30	32,42	7,58	2,01
	Добро	16,00	27,28	56,72	29,84	13,25	8,79	28,40	12,13	7,59
	Одлично	30,88	31,56	37,56	38,53	13,18	6,72	30,50	7,46	3,61
Лично задовољство животом	Уопште нисам задовољан	29,56	29,99	40,45	39,76	12,66	4,84	35,99	6,50	0,25
	Незадовољан сам	41,51	27,61	30,88	40,89	13,46	4,85	33,87	6,22	0,71
	Ни задовољан ни незадовољан	33,32	21,52	45,16	30,40	17,20	13,48	29,20	6,37	3,35
	Задовољан сам	49,84	26,99	23,17	39,70	11,57	5,61	36,33	5,15	1,65
	Веома сам задовољан	33,52	30,57	35,90	39,60	13,61	5,87	32,40	7,23	1,29
Тип домаћинства	Традиционално	15,77	28,80	55,43	35,53	13,38	6,93	33,03	7,88	3,24
	Прелазно	52,57	27,29	20,13	39,66	13,24	3,96	33,17	8,42	1,55
	Модерно	23,96	34,43	41,61	38,57	12,18	6,15	33,72	6,78	2,60

Напомена: У обзир су узети одговори свих учесника у анкети.

6.8 Врсте ПАС у сеоским срединама у Србији

Од испитаника је тражено да дају одговор о дрогама које су присутне у њиховом окружењу, са циљем утврђивања односа између присуства појединих врста дрога и поређења са резултатима добијеним у истраживању опште популације.

Табела 6.8: Присуство ПАС по врстама дрога

		Испарљиви растварачи	Маријуана и хашиш	Екстази, амфетамини, таблете	Кокаин	Хероин и остали опијати	ЈСД, халуциногене печурке
		%	%	%	%	%	%
Старосна структура	Млади (до 35)	8,95	49,66	13,55	14,20	9,18	4,46
	Средњи (35 – 64)	8,98	56,52	9,73	12,81	9,52	2,44
	Стари (64+)	22,30	57,16	0,00	10,71	9,82	0,00
Пол	Мушки	3,65	45,77	23,44	10,03	10,59	6,52
	Женски	6,43	54,44	9,82	8,76	16,90	3,64
Територијална припадност	Београд	16,37	45,57	10,18	19,66	5,59	2,64
	Војводина	6,30	69,33	6,24	10,01	5,62	2,51
	Централна и Западна Србија	8,50	68,46	14,55	8,50	0,00	0,00
	Источна и Јужна Србија	18,25	45,23	15,85	10,23	10,43	0,00
Материјално стање домаћинства	Изузетно лоше	7,85	54,50	5,80	19,92	11,00	0,93
	Лоше	12,05	51,57	12,15	11,53	9,43	3,28
	Просечно	4,30	52,89	15,89	9,94	6,99	9,99
	Добро	6,48	67,97	6,48	0,00	19,08	0,00
	Одлично	12,05	53,28	8,23	16,61	8,29	1,54
Лично задовољство животом	Уопште нисам задовољан	5,20	51,57	12,00	15,40	13,04	2,78
	Незадовољан сам	18,05	49,26	15,66	7,06	3,98	5,99
	Ни задовољан ни незадовољан	3,26	63,59	3,26	17,79	3,26	8,84
	Задовољан сам	7,15	50,38	12,70	16,76	11,80	1,21
	Веома сам задовољан	7,54	55,48	10,57	14,31	8,50	3,60
Тип домаћинства	Традиционално	25,27	44,83	11,33	3,34	7,76	7,47
	Прелазно	8,95	49,66	13,55	14,20	9,18	4,46
	Модерно	8,98	56,52	9,73	12,81	9,52	2,44

Напомена: У обзир узети само испитаници који познају некога ко користи ПАС

Према мишљењу испитаника који познају некога ко користи ПАС, најчешће коришћене ПАС међу руралним становништвом су марихуана и хашиш (50,11%), а најређе ЛСД и халуциногене печурке (5,08%). Ови подаци слажу се са резултатима „Националног истраживања о стилевима живота становништва Србије“ спроведеног 2014. године над општом популацијом у којем је заступљеност марихуане 5 пута већа од свих осталих дрога.

Подаци из Табеле 6.8 показују да нема изражених разлика међу испитаницима у погледу врсте ПАС, те да је висока подударност одговора међу свим профилима испитаника.

6.9 Ставови о узроцима наркоманије у сеоским срединама у Србији

За разлику од општег става према конзумирању алкохолних пића, општи став према конзумирању психоактивних супстанци је да је њихова употреба друштвено неприхватљиво понашање.

Најчешћи узроци наркоманије у сеоским срединама, по мишљењу испитаника, су редом: радозналост (30,47%), друштво (26,20%), жеља за доказивањем (19,06%), забава (12,84%) и проблеми (11,43%) (Табела 6.9).

Овај редослед не мења се значајно, ни по једној од приказаних категорија.

Када је у питању старосна структура испитаника из Табеле 6.9 се види да су одговори свих старосних категорија веома слични. Једини став код којег се јавља нешто већа разлика је забава и то у категорији младих (16,33%) и старих (11,28%).

Када је у питању територијална припадност регион Централне и Западне србије се издваја тиме што се као преовлађујући узрок наркоманије јавља друштво са 30,11% док је радозналост на другом месту са 22,47%.

Најважнији резултат који се може извести из Табеле 6.9 је да не постоји разлика у ставовима код испитаника који познају неког ко користи дроге и лекове и испитаника који не познају ни једног корисника дрога и лекова.

Из ових резултата можемо закључити да у друштву постоје дубоко укоренењени ставови о узроцима наркоманије.

Табела 6.9: Ставови о узроцима наркоманије у сеоским срединама у Србији

		Радозналост	Забава	Друштво	Проблеми	Жеља за доказивањем
		%	%	%	%	%
Старосна структура	Млади	27,65	16,33	26,44	13,19	16,39
	Средњи	27,12	13,70	25,68	13,70	19,80
	Стари	30,19	11,28	27,72	14,28	16,52
Пол	Мушки	32,12	12,23	25,98	10,90	18,77
	Женски	28,83	13,44	26,43	11,95	19,34
Територијална припадност	Београд	30,74	13,15	27,23	10,44	18,44
	Војводина	23,58	15,38	25,55	18,70	16,79
	Централна и Западна Србија	22,47	12,33	30,11	21,25	13,84
	Источна и Јужна Србија	30,70	13,23	25,36	13,22	17,48
Материјално стање домаћинства	Изузетно лоше	28,92	15,10	22,13	10,03	23,82
	Лоше	28,72	13,32	27,64	14,26	16,07
	Просечно	21,88	14,51	29,69	17,95	15,97
	Добро	28,43	17,63	25,78	12,86	15,30
	Одлично	29,25	13,70	23,70	12,57	20,79
Лично задовољство животом	Уопште нисам задовољан	29,79	13,00	26,67	12,30	18,23
	Незадовољан сам	23,97	15,25	29,91	17,28	13,60
	Ни задовољан ни незадовољан	13,67	13,81	27,86	23,90	20,75
	Задовољан сам	23,01	13,42	24,39	14,45	24,72
	Веома сам задовољан	27,87	14,16	27,20	12,37	18,40
Тип домаћинства	Традиционално	30,63	13,67	25,79	15,66	14,24
	Прелазно	27,65	16,33	26,44	13,19	16,39
	Модерно	27,12	13,70	25,68	13,70	19,80
Лично искуство са наркоманима	Искуство са особом која користи дроге *	26,94	16,84	25,85	13,27	17,10
	Остали **	28,37	12,64	26,55	13,86	18,58

* Особе које користе нелегалне дроге

** Особе које користе средства за смирење и не користе ништа од ПАС

6.10 Студије случаја – Алкохолизам и наркоманија на селу из перспективе институционалних актера

Студијама случаја, у оквиру докторске дисертације, спроведена је анализа алкохолизма и наркоманије на селу, из перспективе институционалних актера, као допуна квантитативних података који су добијени анкетним истраживањем. Овај део рада се усмерио на дубинско снимање стања, везаних за алкохолизам и наркоманију у седам општина следећих статистичких региона: Београда, Војводине, Централне и Западне Србије.

Спроведено је квалитативно истраживање на терену са циљем прикупљања података о актуелним трендовима алкохолизма и наркоманије на селу. Планом истраживања обухваћене су три институције: Полицијска управа, Центар за социјални рад и основна школа. Поред тога дубински интервјуи обављени су са представницима изабраних институција у региону задуженим за алкохолизам и наркоманију, као и представницима националних институција.

Циљ и методе

Циљ нашег истраживања био је сагледати проблем алкохолизма и наркоманије у селу применом холистичког приступа, укључивањем у испитивање оних актера, који ове појаве идентификују и заједнички учествују у њиховом решавању. На овај начин смо покушали добити одговоре на питања која се тичу обима ових појава, како би се могле планирати даље превентивне активности. У складу с дефиницијом квалитативног истраживања које подразумева укључивање свих актера једне појаве, истраживање је обављено са директорима основних школа, полицајцима, лекарима, социолозима, социјалним радницима, педагозима, психолозима и правницима. Истраживање је обављено методом интервјуа (слободних разговора) који су снимани диктафоном, а након тога је направљен транскрипт изјава, уз сагласност представника набројаних институција. На мањим, али информацијама богатим узорцима, настојали смо препознати чињенице добијене искуством самих институционалних актера, укључених у проблем алкохолизма и наркоманије, како бисмо ове појаве боље разумели, (тј. могли одговорити на питања шта се догађа у појави коју истражујемо), и схватили (тј. могли одговорити на питања зашто се то догађа).

Водећи рачуна о специфичностима статистичких региона у Србији, проблем смо посматрали у одговарајућим локалним заједницама, где мрежа људских односа и међусобног деловања сигурно има утицаја на све веће ширење алкохолизма и наркоманије, посебно међу младима. Намера нам је била да после квантификације добијених резултата дефинишемо начине и подручја интервенције ради сузбијања ширења ових појава.

Основни циљеви студије случаја су:

- Да се испита стање, тј. какви су и како изгледају, трендови алкохолизма и наркоманије на селу.
- Да се уочи из које популације се регрутују потенцијални корисници ПАС.
- Да се испита колико је постојећи институционални оквир „благонаклон“ за решавање алкохолизма и наркоманије.
- Да се предложи могућа побољшања ефикасности постојећег система на превенцији и сузбијању алкохолизма и наркоманије на селу.

Студијом случаја обухваћени су ставови представника три институције:

- Представници образовних институција, односно основних школа у одабраним селима (директори школа, педагози и психолози). Избор школа, као институција од значаја, условљен је чињеницом да оне представљају једну од најзначајнијих институција на селу, док с друге стране директори и психолози, као репрезенти тих институција, су најбоље упознати са проблемом алкохолизма и наркоманије у тим срединама;
- Представници Службе унутрашњих послова одабрани су зато што имају најбољи увид у размере проблема, како из перспективе броја корисника, тако и динамичних промена у њиховом броју и структури.
- Представници центара за социјални рад – Центри за социјални рад су институције које имају индиректан увид у проблеме алкохолизма и наркоманије, утолико што прате последице које се највидљивије изражавају преко насиља у породици, или проблема на радном месту.

Полазећи од наведених циљева истраживања, полуструктурирани интервјуи са представницима наведених институција обухватили су питања разврстана у неколико димензија:

Питања везана за присуство и распрострањеност алкохолизма и наркоманије

- Како Ви гледате на проблем алкохолизма и наркоманије из перспективе институције на чијем сте челу?
- Од када примећујете проблеме алкохолизма и наркоманије, и да ли појаве добијају на интензитету?
- Да ли примећујете пораст употребе ПАС међу младима, женском популацијом и старима?
- У чему се огледа повећање (да ли само као повећање броја корисника или је то довело до повећања функционалне способности појединаца – кроз лоше оцене, изостанак са наставе, туче..)?
- Да ли имате сазнања да је неко добровољно одлучио да оде на лечење?
- Да ли примећујете суштинске разлике између града и села у испољавању алкохолизма и наркоманије?

Питања везана за профил корисника ПАС

- Да ли можете да наведете у ком узрасту се примећују ове појаве, или другачије речено, који узраст се издваја као најкритичнији?
- Да ли постоји тенденција смањивања годишта почетка узимања ПАС или не?
- Да ли постоје разлике по полу?
- Шта су по Вама разлози, односно узроци ових појава?
Из каквих породица се регрутују потенцијални корисници (непотпуне породице, родитељи на раду у иностранству, имућнији, сиромашнији, у ком радном статусу: незапослени, надничари, пољопривредници, радници, мала газдинства без редовних примања, бољи-лошији ђаци). Другим речима, какве су социо-економске карактеристике породица из којих потичу корисници алкохола и дрога?
- Да ли постоје суштинске разлике између села и града у профилу корисника ПАС?

Питања везана за улогу институција у идентификацији и решавању проблема алкохолизма и наркоманије

- Шта Ваша институција има и које инструменте кад се појава примети? Уз чију помоћ делујете: психолога, Центра за социјални рад, СУП?
- Да ли се комуницира и са другим институцијама и када?
- Да ли излазите из свог интерног окружења и имате ингеренције да контактирате друге институције (Центар за социјални рад, СУП, Министарство просвете и сл.)?
- Како процењујете ефикасност целог тока система акције институција?
- Да ли недостаје неки комуникациони канал, ако постоји можете ли да га идентификујете?

Питања везана за могућности унапређења институционалног оквира на превенцији и сузбијању алкохолизма и наркоманије

- Шта мислите да би Ваша институција могла да уради више на сузбијању и спречавању алкохолизма и наркоманије у Вашој средини?
- Шта је потребно да бисте ефикасније деловали на плану превенције?
- А на плану сузбијања ових појава?
- Ко је тај (институција или закон) ко треба да допринесе да се постојећи проблем реши?
- Која и каква средства су потребна, по Вашем мишљењу, да би систем био ефикаснији? Да ли то укључује бољу едукацију кадра, базе података, датотеку кроз праћење и приступ, већу укљученост НВО, формалних и неформалних група, рад са породицама и сл.?

Анализа институционалног оквира за проучавање алкохолизма и наркоманије има за циљ да идентификује постојеће облике подршке, повезаности и сарадње између различитих релевантних институција и организација које се директно или индиректно баве проблемом алкохолизма и наркоманије. Стога су у истраживању препознате кључне институције на националном и локалном нивоу које би требало да буду укључене у различите облике идентификације различитих активности и подршке лицима зависним од алкохола и дрога.

Интервјуи са представницима релевантних институција и организација имали су за циљ да осветле начин на који представници ових институција

перципирају проблем алкохолизма и наркоманије у оквиру савремених друштвено-економских промена; да региструју постојеће облике подршке лицима зависним од ПАС, искуства и уочене проблеме, те да нагласе како ови актери виде потребе за унапређењем мера и активности усмерених на подршку зависницима од алкохола и наркоманије.

Из обављених разговора могуће је сагледати тренутну ситуацију и трендове по питању алкохолизма и наркоманије из перспективе институција система, како на локалном тако и на републичком нивоу.

Присуство и распрострањеност алкохолизма и наркоманије

Општи став свих институција је да проблеми алкохолизма и наркоманије постоје, као и то да је проблем из године у годину све већи. Проблем алкохолизма је ту „одувек“, како се о томе изразио велики број представника институција (Табела П2.2: Ужице – ЦСР, ПУ, ОШ) док је проблем наркоманије нешто новијег датума и у већем обиму се јавља почетком кризе деведесетих година прошлог века (Табела П2.7: Обреновац – ПУ, Табела П2.3: Лајковац – ПУ).

Мишљења су подељена око тога да ли је интензитет раста стваран или је последица повећане друштвене видљивости ових проблема (Табела П2.1: Чачак – ПУ).

Обим и последице алкохолизма су много веће него наркоманије, јер је тиме погођена много шира популација. Алкохолизмом су погођене све категорије становништва, како по старости тако и по полу, материјалном и социјалном статусу. Као потврду колико је алкохолизам озбиљан друштвени проблем можемо издвојити мишљење оних који су у ове проблеме најбоље упућени, представника центара за социјални рад, а који тврде да ни они сами нису свесни праве величине проблема алкохолизма (Табела П2.4: Крушевац – ЦСР).

Већина учесника студије сматра да међу половима више не постоји значајна разлика у нивоу коришћења алкохола, тј. његове злоупотребе, посебно код категорије младих. Као илустрација може нам послужити виц „Оженио сам се њом мислећи да кува као мајка, а она пије као отац“ (Табела П2.1: Чачак – ПУ).

Постоје различита мишљења учесника у студији у погледу разлике између села и града, када је у питању проблем алкохолизма. Преовладава мишљење да је

проблем алкохолизма присутнији на селу него у граду. Један од разлога је тај што су становници села углавном и произвођачи алкохолних пића.

Треба поменути и запажање представника ПУ Ужице који је навео да постоји и велика разлика у проблему алкохолизма међу селима у околини Ужица, око Златибора и Кадињаче, при чему се у селима око Кадињаче алкохол много више користи (Табела П2.2: Ужице – ПУ).

Јединствен став свих институција је да је главни проблем алкохолизма – насиље⁴³, и да је једини начин борбе против алкохолизма превенција, непрекидна и на свим нивоима, а посебно међу школском омладином.

Када је у питању проблем алкохолизма треба са посебном пажњом узимати у обзир мишљење људи из Центара за социјални рад као институције која се са овим проблемом готово свакодневно сусреће на нивоу препознавања насиља у породици.

Наркоманија је, као што је већ речено, проблем нешто новијег датума, а као почетак њене експанзије углавном се помињу осамдесете, и нарочито деведесете године 20. века. Тренд раста употребе дрога не мења се од тада.

Већина учесника мишљења је да је наркоманија у овом тренутку нешто мање присутна на селу него у граду (Табела П2.5: Панчево – ПУ) (Табела П2.6: Барајево – ПУ), али да је има све више, тако да постоји тренд изједначавање села и града.

Највећи проблем који ствара наркоманија је чињење кривичних дела, од стране наркомана, као последица нужности набављања новца ради куповине дроге.

Због свега овога треба обратити посебну пажњу на ставове представника ПУ јер је наркоманија проблем са којим се углавном они суочавају. Зато је важно овде изнети став представника ПУ Крушевац који је дао процену да је црна бројка наркомана у ствари 3 до 10 пута већа од званичног регистра наркомана, што на примеру Крушевца значи да на званичних 200 хероинских зависника долази 600 до 1.500 оних који нису регистровани (Табела П2.4: Крушевац – ПУ)

⁴³ Интересантно је да, по подацима ЦСР Обреновац број пријављених случајева насиља као последице узимања алкохола је у Општини Обреновац 14 пута већи него у Општини Савски венац (Табела П2.7: Обреновац – ЦСР).

За разлику од алкохола који је легална ПАС, дроге су нелегалне ПАС тако да је њихова производња, дистрибуција и продаја, кривично дело. Ова чињеница у потпуности одваја проблем наркоманије од проблема алкохолизма у погледу борбе за њихово сузбијање, односно смањење штете.

Профил корисника ПАС

Из табела се види да је опште мишљење учесника у студији да су млади најугроженија категорија становништва. Данас први контакт са алкохолом млади остварују у 7. или 8. разреду основне школе, тј. са 14-15 година, уз тенденцију смањења годишта у последњих десетак година. Подједнако га користе и дечаци и девојчице, при чему је раст проблема последњих година био највећи баш међу девојчицама. Наведени су бројни примери тешких пијанстава девојчица, која су се завршавала испирањем желуца у дому здравља (Табела П2.2: Ужице – ЦСР). Млади пиће најчешће конзумирају на јавним местима, по кафићима, клубовима, дискотекама и приватним забавама. Наводе се две групе разлога за коришћење алкохола међу младима: радозналост, вршњачки утицај, лака доступност, а са друге стране: висока толеранција на његово коришћење од стране читавог друштва, трансгенерацијско преношење алкохолизма, дисфункционална породица, лоше материјално стање. Са оваквим понашањем млади најчешће настављају до тридесете године, тј. до тренутка када се запосле или ступе у брак. Постоје и другачији примери, па тако имамо и заједничка пијанства младих брачних парова (Табела П2.1: Чачак – ЦСР)

Сем младих као угрожене старосне категорије наведени су и старији од 50 година код којих проблеми могу бити изузетно озбиљни, посебно ако су последица губитка посла, губитка брачног друга, развода, болести... (Табела П2.3: Лајковац – ЦСР).

Проблем представља и алкохолизам код популације старијих жена који је углавном типа „соло дринкер“ (Табела П2.5: Панчево – ЦСР) и који остаје споља невидљив тако да је тешко проценити његово право стање.

Када су алкохоличари у питању неподељено мишљење представника ЦСР је да алкохоличари нису ни свесни проблема у којем се налазе. У томе свој удео има и породица, јер крије проблеме све док не дође до насиља (Табела П2.4: Александровац – ЦСР). Удео има и окружење јер: „Проблем је што окружење не

помаже алкохоличару већ их гура у још веће проблеме. Иако знају да воле да пију људи из окружења им нон стоп нуде алкохол“ (Табела П2.4: Александровац – ЦСР).

Када је у питању наркоманија, најугроженија категорија становништва је популација од 15 до 40 година (Табела П2.7: Обреновац – ПУ). Несумњиво постоји тренд смањивања годишта првог узимања ПАС. Углавном је то марихуана или како се то у жаргону каже „дрога почетница“ (Табела П2.8: Београд – ПУ), која уједно представља и најчешће коришћену дрогу. За марихуану је карактеристично, по мишљењу учесника у студији, да је узимају припадници свих старосних категорија (Табела П2.7: Обреновац – ПУ) и оба пола подједнако.

Тешке дроге су углавном присутне код популације до 40 година јер као што рече један од учесника у студији „Код тежих дрога граница је четрдесетак година јер ретко ко од њих и живи дуже од тих година“ (Табела П2.7: Обреновац – ПУ).

Разлози за узимање дрога су претежно исти као и код алкохола: радозналост, вршњачки утицај, лака доступност, ниска цена, дисфункционална породица, лоше материјално стање, поремећене вредности. Најбољи пример поремећених вредности дао је представник ПУ Чачак „На свадбама у селу у којем је убијен познати нарко дилер обавезно се пева: „Цело село шмрче бело“, снима се камерама, баца се брашно у ваздух и то је ствар којом се цело село дичи“ (Табела П2.1: Чачак –ПУ).

Актери у процесу и њихове улоге

Улоге институција у идентификацији и решавању проблема алкохолизма и наркоманије су, по мишљењу свих учесника студије, јасно дефинисане, око чега постоји потпуна сагласност.

Сви представници ПУ који су учествовали у студији су као примарну улогу полиције навели идентификацију проблема, првенствено повезаних са дрогом, али и насиљем које је директна последица алкохолизма. Полиција до свих неопходних информација долази теренским радом, који је донекле олакшан тиме што су у питању мале сеоске средине: „До информација се долази из прича јер је Барајево мала средина. После тога креће детаљна провера и операциони рад на терену“ (Табела П2.6 – ПУ Барајево). Информације добијене на овај начин се прослеђују осталим институцијама, тужилаштву и ЦСР. Поглед на улогу полиције код

представника свих ПУ је идентичан, док је ниво сарадње са осталим институцијама различит. То је директна последица оствареног нивоа међусобне комуникације.

Улога школе у борби против алкохолизма и наркоманије је вишеструка. Једна од тих улога је идентификација ових проблема. У случају појаве проблема, сви представници основних школа су изјавили да имају оформљене стручне тимове који у таквим случајевима реагују. Ти тимови се, по правилу, састоје од разредног старешине, психолога, педагога и родитеља. Ипак по мишљењу свих представника школа, њена примарна улога је превенција. На превенцији се у школама ради путем трибина, радионица, предавања... Постојеће превентивне активности нису на жељеном нивоу. Све школе које су учествовале у студији су имале добру сарадњу са Центрима за социјални рад и полицијом. Најважнији закључак свих представника школа је да на нивоу основних школа проблем алкохолизма и наркоманије практично не постоји.

Основна улога центара за социјални рад, када је у питању проблем алкохолизма и наркоманије, је саветодавна. Такође је улога ЦСР да шаљу пацијенте на лечење и одвикавање од болести зависности. Центри за социјални рад са својим активностима почињу по добијању информације о постојању проблема, од стране полиције, школа, домова здравља, месних заједница... Ове активности се састоје у слању специјализованих тимова у зависности од тога да ли су угрожена деца или стари људи. Сарадња ЦСР са полицијом и школама углавном се сматра добром, док проблем постоји у нивоу сарадње са тужилаштвом и правосуђем.

Мађусобна сарадња ове три институције се углавном сматра задовољавајућом. Међутим све ове институције као најслабије карице у ланцу сарадње, без изузетка, наводе: тужилаштво и правосуђе као и лоше законодавство.

Основни закључак који се из студије случаја може извести, када је у питању виђење сопствене улоге одабраних институција у процесу борбе против алкохолизма и наркоманије, је да све институције истог типа имају идентичан поглед, без обзира ком граду припадају.

Препоруке

Проблеми са којима се институције сусрећу у свом раду су углавном материјалне природе - недостатак опреме, недостатак средстава за неопходне програме и организационе природе - недостатак кадрова, честе персоналне

промене у тимовима (Табела П2.2: Ужице – ПУ), већи број административаца него оперативаца, немогућност специјализације по врсти посла који се обавља.

Од предлога за унапређење стања издваја се, као најважнији, унапређење превентивног рада. Затим следи стварање опште базе података, јединствени регистар о алкохоличарима и наркоманима, која би била доступна свим за то заинтересованим институцијама. Не мање важно је и обезбеђење услова леченим алкохоличарима и наркоманима за укључење у свакодневни живот. На овом ступњу организације центара то није могуће. Оно што се предлаже може се свести на дугорочно планирање од стратегије до реализације. Као могуће решење проблема наводи се и сублимација искустава других земаља (Норвешка, Куба, САД,...) и прилагођавање нашим условима (Табела П2.8: Београд – ПУ).

Статистички подаци

Од полицијских управа Чачка, Ужица, Крушевца, Панчева и Београда добијени су статистички подаци којима ове управе располажу. Добијени подаци приказани су табеларно у Табелама 6.10 – 6.14.

Из Табела 6.10, 6.11 и 6.12 види се да је број кривичних дела, кривичних пријава и извршилаца, по члановима 246, 246а и 247 КЗ, у свим општинама у благом паду или стагнира, једини изузетак је општина Чачак када су у питању кривична дела по члану 246 КЗ, где се примећује благи раст.

Из Табеле 6.13 се види да број реализованих заплена дрога осцилира, али без неких великих разлика по годинама. Међутим количина заплењене дроге има изузетно велике осцилације, тако да се из података не може извести било какав релевантан закључак о трендовима.

Табела 6.14 показује број саобраћајних несрећа под утицајем алкохола. Из ње се не могу извући неки општи закључци јер не постоји јединствен тренд. Тако је у Ужицу уочен пад броја несрећа, у Панчеву и Обреновцу тај број осцилује, а једино у Барајеву је приметан раст броја несрећа, али у изузетно малом апсолутном броју.

Из добијених статистичких података Полицијских управа тешко је извести релевантне закључке о стварном стању проблема алкохолизма и наркоманије. Како је то сликовито навео представник ПУ Лајковац „Статистика приказује откривене случајеве, питање је шта је у црној зони“.

Табела 6.10: Број кривичних дела по члановима КЗ

Члан КЗ	ПУ	Година				
		2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
246	Крушевац	53	46	48	47	32
	Чачак	22	22	28	42	30
	Барајево	7	4	3	4	7
	Обреновац	23	17	17	11	7
246а	Крушевац	104	63	59	101	93
	Чачак	68	29	42	62	73
	Барајево	3	6	19	16	17
	Обреновац	30	23	18	19	23
247	Крушевац	8	12	9	7	5
	Чачак	9	-	2	4	3
	Барајево	-	-	-	-	-
	Обреновац	2	-	1	5	-

Извор: Подаци добијени од Полицијских управа за одговарајуће године

Табела 6.11: Број кривичних пријава по члановима КЗ

Члан КЗ	ПУ	Година				
		2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
246	Крушевац	51	45	44	45	31
	Чачак	22	22	27	36	24
	Ужице	-	22	14	20	14
	Панчево	39	33	31	33	36
	Барајево	6	4	3	4	6
	Обреновац	20	16	16	8	7
246а	Крушевац	104	60	59	98	94
	Чачак	68	29	42	52	65
	Ужице	-	26	49	66	92
	Панчево	116	91	86	66	141
	Барајево	3	6	19	16	17
	Обреновац	29	23	18	19	23
247	Крушевац	8	12	8	5	4
	Чачак	8	-	2	3	2
	Ужице	-	2	2	3	4
	Панчево	4	2	2	-	-
	Барајево	-	-	-	-	-
	Обреновац	1	-	1	2	-

Извор: Подаци добијени од Полицијских управа за одговарајуће године

Табела 6.12: Број извршилаца по члановима КЗ

Члан КЗ	ПУ	Година				
		2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
246	Крушевац	60	59	60	61	42
	Чачак	39	32	34	42	30
	Ужице	-	33	16	24	15
	Панчево	41	33	34	33	38
	Барајево	12	5	4	4	8
	Обреновац	25	19	16	10	6
246а	Крушевац	107	65	58	93	98
	Чачак	68	30	44	62	73
	Ужице	-	29	48	67	96
	Панчево	118	91	87	67	141
	Барајево	3	6	18	15	15
	Обреновац	28	23	18	22	23
247	Крушевац	8	16	9	8	7
	Чачак	9		2	4	3
	Ужице	-	2	2	3	4
	Панчево	4	2	2	-	-
	Барајево	-	-	-	-	-
	Обреновац	2	-	1	5	-

Извор: Подаци добијени од Полицијских управа за одговарајуће године

Табела 6.13: Број реализованих заплена и количина заплењене дроге, 2010-2014

	ПУ	Година				
		2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
Број реализованих заплена	Крушевац	173	124	145	160	131
	Чачак	80	62	79	111	96
	Ужице	-	44	53	85	78
	Барајево	10	10	22	20	24
	Обреновац	53	44	35	35	30
Укупно дроге (грама)	Крушевац	44.728,33	30.394,08	26.054,64	32.235,65	15.602,54
	Чачак	2.055,99	3.814,69	8.898,37	1.963,2	160.600,8
	Ужице	-	92.578,47	7.107,85	282.437,55	62.716,72
Укупно дроге (комада)	Крушевац	366	150	1.867	446	117
	Чачак	223	253	227	713	471
	Ужице	-	55	319	386	72

Извор: Подаци добијени од Полицијских управа за одговарајуће године

Табела 6.14: Укупан број саобраћајних несрећа под дејством алкохола

ПУ	Година				
	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.
Ужице	94	80	74	84	62
Панчево	93	61	51	159	124
Обреновац	11	9	10	4	-
Барајево	0	1	2	9	-

Извор: Подаци добијени од Полицијских управа за одговарајуће године

Из годишњих извештаја Центара за социјални рад издвојени су подаци од интереса за студију случаја.

Табела 6.15: Структура малолетника са поремећајем у понашању

	Малолетници	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
Чачак	Са асоцијалним понашањем	21	23	29	21	-	-
	У сукобу са законом	248	244	125	159	-	-
	<i>Укупно</i>	<i>269</i>	<i>267</i>	<i>154</i>	<i>180</i>	<i>295</i>	<i>263</i>
Ужице	Са асоцијалним понашањем	-	-	98	79	64	35
	У сукобу са законом	429	488	65	35	89	36
	<i>Укупно</i>	<i>429</i>	<i>488</i>	<i>163</i>	<i>104</i>	<i>153</i>	<i>71</i>
Крушевац	Са асоцијалним понашањем	-	-	1	9	4	5
	У сукобу са законом	-	-	34	29	19	26
	<i>Укупно</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>35</i>	<i>38</i>	<i>23</i>	<i>31</i>
Панчево	Са асоцијалним понашањем	50	54	39	82	153	143
	У сукобу са законом	247	269	88	185	168	67
	<i>Укупно</i>	<i>297</i>	<i>323</i>	<i>127</i>	<i>267</i>	<i>321</i>	<i>210</i>
Барајево	Са асоцијалним понашањем	8	8	23	-	-	-
	У сукобу са законом	51	47	23	-	-	-
	<i>Укупно</i>	<i>59</i>	<i>55</i>	<i>46</i>	<i>29</i>	<i>34</i>	<i>63</i>
Обреновац	Са асоцијалним понашањем	40	37	254	-	-	-
	У сукобу са законом	525	589	499	-	-	-
	<i>Укупно</i>	<i>565</i>	<i>626</i>	<i>753</i>	<i>-</i>	<i>410</i>	<i>144</i>
Београд	Са асоцијалним понашањем	792	919	797	657	-	-
	У сукобу са законом	4.105	3.550	1.338	1.423	-	-
	<i>Укупно</i>	<i>4.897</i>	<i>4.469</i>	<i>2.135</i>	<i>2.080</i>	<i>2.914</i>	<i>2.498</i>

Извор: Годишњи извештаји Центара за социјални рад за одговарајуће године.

Табела 6.16: Број малолетника у ЦСР у сукобу са законом - према изреченој мери

	Изречене мере	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
Чачак	Посебна обавеза	0	2	9	14	25	7
	Затворена заштита	1	1	0	0	0	0
	Васпитни налог	2	0	-	0	-	-
	Појачани надзор	36	27	34	38	-	15
	<i>Укупно</i>	39	30	43	52	25	22
Ужице	Посебна обавеза	30	38	29	12	23	14
	Затворена заштита	4	3	3	2	3	5
	Васпитни налог	18	3	11	5	1	0
	Појачани надзор	12	20	22	14	17	13
	<i>Укупно</i>	64	64	65	33	44	32
Крушевац	Посебна обавеза	-	-	3	5	3	1
	Затворена заштита	-	-	0	0	0	0
	Васпитни налог	-	-	-	4	4	4
	Појачани надзор	-	-	9	7	9	8
	<i>Укупно</i>	-	-	12	16	16	13
Панчево	Посебна обавеза	25	27	29	56	26	26
	Затворена заштита	14	19	15	15	6	2
	Васпитни налог	1	1	-	2	0	7
	Појачани надзор	35	37	30	39	7	4
	<i>Укупно</i>	75	84	74	112	39	39
Барајево	Посебна обавеза	-	2	1	-	5	5
	Затворена заштита	0	0	0	-	0	0
	Васпитни налог	0	0	-	-	-	-
	Појачани надзор	9	6	3	-	2	12
	<i>Укупно</i>	9	8	4	-	7	17
Обреновац	Посебна обавеза	7	2	-	-	2	6
	Затворена заштита	1	2	-	-	1	5
	Васпитни налог	6	7	-	-	-	-
	Појачани надзор	36	17	-	-	-	32
	<i>Укупно</i>	50	28	-	-	3	43
Београд	Посебна обавеза	89	85	101	149	186	111
	Затворена заштита	51	39	67	56	42	33
	Васпитни налог	47	29	-	74	-	-
	Појачани надзор	438	422	372	323	386	364
	<i>Укупно</i>	625	575	540	602	614	508

Извор: Годишњи извештаји Центра за социјални рад за одговарајуће године.

ГЛАВА 7. КРИТИКЕ И КОНТРАВЕРЗЕ У ОБЈАШЊАВАЊУ, ДИЈАГНОЗИ И ЛЕЧЕЊУ АЛКОХОЛИЧАРА И НАРКОМАНА

Све дилеме које прате етиологију и природу алкохолизма и наркоманије као болести, као преликване се настављају и на терен лечења и терапијских модела истих. Само лечење и рехабилитација и дан данас одвија се кроз немале тешкоће, дилеме, преиспитивања, и нажалост присутне заблуде. То се може објаснити нејединством стручњака и њихових ставова, различитим друштвеним притисцима и инсистирању на репресивним мерама кад све остале форме не дају резултате. Проблем представља и то што свака земља има своје специфичне методе лечења алкохоличара и наркомана, па се поставља питање ко је то кога треба лечити, на које начине - болнички или изван болнички, као и то да ли говоримо о добровољном или принудном лечењу. Успостављање филозофско-етичког и социолошког приступа омогућава да се сагледа целина узрока, последица и ставова који прате појаву алкохолизма и наркоманије у савременом свету. Пошто је лечење болести зависности веома сложено по свом карактеру, неопходно је успостављање једног целовитог модела у приступу алкохолизму и наркоманији са мултидисциплинарног становишта (Николић, 1987: 29).

У нашој земљи је крајем 70-тих година прошлог века доминирао социјални модел алкохолизма⁴⁴, а од 80-тих година интеракцијски, комуникативни, еко-системски модел алкохолизма (укључивањем породичне и социјалне мреже као међузависних системских нивоа). Прихватањем да су алкохолизам и наркоманија болести остварена је „декриминализација“ и алкохоличара и наркомана. Искуства у раду са алкохоличарима и наркоманима показала су да су то болести које се могу лечити.

Алкохоличари се могу лечити у различитим болничким и изванболничким установама:

1. специјализоване диспанзерско-поликлиничке службе за алкохолизам (саветовалишта за алкохоличаре);

⁴⁴ Социјални модел у лечењу алкохолизма заснивао се на групном лечењу и постојању терапијских заједница, што је представљало својеврсно потискивање медицинског модела, уз наглашавање интеракцијске природе алкохолизма као оболења.

2. Лечење у неуро-психијатријским амбулантама;
3. Стационарно лечење на неуролошким одељењима;
4. Стационарно лечење на психијатријским одељењима;
5. Стационарно лечење у психијатријским болницама (Психијатријска болница „Лаза Лазаревић“, Институт за ментално здравље);
6. Лечење у специјализованим установама за лечење алкохоличара (Завод за болести зависности у Београду);
7. Клубови лечених алкохоличара (КЛА);
8. Казнено-поправне установе у којима се лече осуђени алкохоличари (Специјална затворска болница у Београду);
9. Станице за трежњење;
10. Амбуланта опште медицине, интерна и хирушка одељења.

Алкохолизам се лечи различитим методама које се могу поделити на:

1. Медикаментозна терапија (детоксикација, аверзивна терапија, седативи, анксиолитици и симптоматска терапија по потреби).
2. Психотерапијски поступци, пре свега, групна психотерапија као избор за лечење алкохоличара. У групи се напетост смањује, мењају се и трансформишу уобичајени начин понашање пацијента, развијају се нови односи према људима у односу на дотадашње. Проблем се на други начин сагледава. У последње време све више се говори о породичној терапији алкохоличара, како са индивидуалном породичном групом, тако и са више породица.
3. Социотерапија се схвата као комбинација различитих приступа у оквиру социјалне психијатрије као што су: терапијске заједнице, окупационо рекреативна терапија и клубови лечених алкохоличара.

Основни принципи лечења алкохоличара могли би се подвести под:

1. Лечење никад није добровољно, већ је условљено притисцима породице, радне средине, судских органа због кршења закона и насталих телесних проблема услед дугогодишње употребе алкохола.
2. Успешност лечења условљена је укључивањем лица из породице, радне и шире социјалне средине, који су од значаја за пацијента и који су

учествовали у настанку и одржавању дисфункционалног система услед алкохолизма.

Породичном терапијом доприноси се промени породичног система који је до тада био у патолошкој равнотежи, јер парадоксално, сваки члан породице, а не само алкохоличар доприноси дисфункционалном деловању и чланова и саме породице.

Укључивањем сарадника из радне средине омогућава се поновно укључивање пацијента у процес рада.

Укључивањем сарадника из шире социјалне средине (шира породица, пријатељи, комшије), ствара се осећај код пацијента да није сам и одбачен. Сви сарадници активно учествују у свим фазама лечења.

3. Будући да је сваки пацијент „прича за себе“, терапеут треба да прилагоди само лечење разликама које постоје у образовној, старосној, социо-демографској структури међу алкохоличарима.
4. Јединственост и свеобухватност терапије доприноси укључивању сва три аспекта болести (соматски, психолошки, социјални), што пацијенту омогућава побољшање квалитета живота.

Криза прати сваку фазу лечења, може бити отворена, када пацијент има отворену жељу за пићем или пак има снове о пијењу. Теже препознатљива је затворена криза која се манифестује како психичким (нервоза, напетост, промена расположења), тако и телесним сметњама (главобоља, мучнина, повраћање, болови у стомаку и ногама). Потребно је благовремено препознати кризу и помоћи пацијенту да изађе из ње, према наученим правилима, а ако то не помаже што пре упутити га стручњаку, да би се спречио рецидив.

Рецидив је краћи период поновљеног пијења, најчешће једнократно пропијање. Пропијање је дужи период поновног пијења, поновно враћање на алкохоличарске обрасце понашања. На појаву рецидива утичу личност алкохоличара, дужина пијења, фаза алкохолизма, степен психофизичких оштећења, притисак породичног и социјалног окружења. Разликују се рани рецидиви, непосредно по започињању лечења, у току лечења и после завршеног лечења.

У превенцији рецидива активно су укључени чланови породице, радне средине и стручњаци, у свим фазама лечења. Од великог значаја је повремена

анализа начина и квалитета решавања животних проблема леченог. Пацијент који је једнократно пропио мора се благовремено јавити за стручну помоћ јер ће се врло брзо вратити на алкохоличарске обрасце понашања (Ковачевић, Брковић, 2004: 47).

Програм лечења алкохоличара у Заводу за болести зависности у Београду

Интензивна фаза лечења

Фаза интензивног лечења укључује диспанзерско лечење, лечење на клиничком одељењу и у Дневној болници. Ова фаза отпочиње диспанзерским лечењем, када се утврђује здравствено стање пацијента, успоставља контакт са породицом и радном средином, даје медикаментозна терапија и аверзивна терапија и обавља процена за наставак третмана. Уколико пацијент има озбиљније психофизичке компликације због злоупотребе алкохола или не може да успостави апстиненцију у диспанзерским условима, прибегава се лечењу на Клиничком одељењу.

Дневна болница

У Дневну болницу се укључују:

1. Зависници од алкохола који су успешно прошли припремну фазу у диспанзерским условима, где је успостављена апстиненција и адекватна сарадња пацијента.
2. Пацијенти који су по проценама тима завршили третман хоспитализације.

Да би се приступило дневној болници основни услов је да не постоје когнитивна оштећења код пацијента. У оквиру третмана у дневној болници одвијају се два основна програма, у зависности од тога ко се укључује као сарадник у лечењу, и то:

1. психоедукативни програм и
2. рад са брачним партнерима.

Циљеви су да се постигне:

- а) потпуна и континуирана апстиненција од алкохолних пића,
- б) реинтеграција на психичком, социјалном, професионалном нивоу, уз модификацију породичног система.

Програм Дневне болнице одвија се у неколико фаза. Основно је успоставити хармонију у породичном окружењу кроз промену и врсту деловања. У оквиру Дневне болнице групе су отвореног типа, при чему састанци трају 180 минута. У Дневној болници најважнији елементи су:

1. информативно представљање,
2. испит из алкохолизма: после 21 дана свакодневне едукације и активног учешћа пацијент и сарадник у лечењу полажу испит са циљем комплетне едукације и лакшег сагледавања развоја, одржавања и последица сопственог алкохолизма,
3. велико представљање: обавља се после месец дана рада у програму,
4. резиме: обавља се после 6 до 8 недеља. Анализирају се ток сопственог лечења, отпори, кључни моменти који су довели до увида. Прави се план рехабилитације, са терапијским циљем, који обухвата све промене на личном, професионалном, породичном и ширем плану (Ковачевић, Брковић, 2004: 53).

Рехабилитациона фаза лечења

Наставак интензивне фазе траје једну до две године са циљем одржавања даљег побољшавања постигнутих промена (рехабилитација, ресоцијализација и адекватна реинтеграција у друштво). Два су вида наставка интензивног програма: стабилизационе групе и клуб лечених алкохоличара.

Стабилизационе групе чине:

- а) групе брачних партнера,
- б) групе самаца (пацијената који нису ожењени или су разведени) лечених алкохоличара,
- в) групе жена,
- г) клуб лечених алкохоличара (КЛА).

Клуб лечених алкохоличара

Клуб лечених алкохоличара је психосоциотерапијска група за лечење, рехабилитацију и ресоцијализацију алкохолчара и њихове околине. Основни задатак клуба је да олакша и осигура потпуну и трајну апстиненцију алкохоличара и максимално могућу рехабилитацију и ресоцијализацију свих чланова. Циљ је успостављање новог начина понашања и функционисања алкохоличара и његове

околине. КЈА је од изузетног значаја и за тзв. самце (пацијенте који нису формирали своју породицу), јер обезбеђује и самопомоћ групе и усмерава их ка постепеном одвајању од родитеља и осамостаљивању.

Задатак КЈА на дужи период посматрано огледа се у двоструком смислу. У једном види се веза са здравственом установом у којој се одвија лечење алкохолизма, а у другом успостављање што квалитетнијег односа са средином, установама и местима у којима се тражи непријење односно трезност. Алкохоличар који не пије, који је остварио своју социјалну рехабилитацију може јако успешно мотивисати неког алкохоличара само сопственим примером.

Програм лечења алкохоличара и у Институту за ментално здравље спроводи се на готово истим основама у дневној болници и на клиничком одељењу блока за лечење алкохоличара. Сложени програм лечења који се спроводи базира се на системској породичној терапији. Фазе лечења у овој установи су интензивна фаза лечења (која укључује едукативну фазу, увид у алкохолизам, представљање алкохоличара и сарадника), рехабилитациона фаза и завршница лечења. Посебно обучена екипа стручњака, која функционише као тим, комплетно социјално и медицински анализира сваки случај дајући предлоге о начину најефикаснијег третмана алкохоличара.

Индивидуална психотерапија помаже откривању узрока алкохолизма, јер је алкохолизам најчешће само симптом. Апстиненција је предуслов и почетни циљ лечења. Групна психотерапија је ефикасан вид лечења. Може се спроводити у условима диспанзерског третмана, као и у стационарним одељењима. Рад са сарадницима (супруге, одрасла деца, родитељи) је облик групног рада који се примењује у многим нашим психијатријским установама. Парадигма лечења алкохоличара са сарадником је за Седмака и Стојковића (Седмак, Стојковић, 2003: 91) лечење алкохоличарског брака, јер се кроз овај процес одсликава и лечење алкохолизма уопште. Сматра се да жене често подстичу алкохолизам својих мужева. Уколико су оне доминантне, а њихови мужеве несигурне и зависне личности, долази до продужавања зависности њихових супружника кроз повремено или чешће опијање. Психотерапијски и едукативни рад са њима може значајно утицати на промену дисфункционисања и на индивидуалном и на породичном плану.

Што се тиче физиолошких терапија алкохолизма оне се могу поделити у две врсте: аверзиона и Дисулфирам или антабус терапија.

Аверзиона терапија – Ова терапија има за циљ да условно рафлексним или хемијским механизмима код пацијента створи одвратност према алкохолу. Међу средствима која се у ту сврху користе најпознатија су апоморфин и еметин. Апоморфин је алкалоид добијен од морфина, без изразитих наркотичних али са еметичким ефектима⁴⁵. Лечење се спроводи тако што се пацијенту даје одређена количина апоморфина или еметина, па када наступи гађење и мука, нуди му се омиљено пиће. Тенденција је да се створи условни рефлекс да пацијент почиње да повраћа кад види алкохол, кад осети мирис или само помисли на алкохол, иако није добио апоморфин. Ова терапија била је подвргнута озбиљним критикама јер је довела у питање како добровољност пацијента, тако и неометаност пијења других пића, трајање условног рефлекса и постојање довољно специјално обученог особља за примену ове терапије искључиво у хоспитализованим условима.

Дисулфирам или антабус терапија – Дисулфирам је познат под именом антабус или код нас преведено као Тетидис. Уколико се после антабуса узима алкохолно пиће, јављају се јаки симптоми интоксикације: пораст крвног притиска, црвенило лица, лупање срца, главобоља, гушење, мучнина, повраћање. Најчешће се лечење спроводи тако што пацијент бива подвргнут антабус-проби, односно сазнању шта може да се догоди ако буде пио уз примену антабуса. На овај начин предочавају му се последице употребе и алкохола и тетидиса. Антабус никако није магично средство које лечи алкохолизам због својих негативних страна које поседује. За Худолина (1973: 167) оне се своде на следеће:

- Антабус се не даје без знања пацијента;
- Постоји опасност од тешких компликација ако пацијент уз антабус пије;
- Могу се јавити и тзв. антабусне психозе које су дугог и неповољног тока;
- Контраиндикације лечењу антабусом као што су: оштећења јетре, срца, епилепсије и сл.

⁴⁵ Еметични ефекти су ефекти који нагоне на повраћање.

- По престанку узимања антабуса пацијент може опет несметано пити, што резултате лечења своди на минимум;
- Временом пацијенти науче како упркос узимању антабуса могу пити;
- Антабус не лечи алкохолизам већ само хемијским путем онемогућава пијење алкохола.

Станице за трезњење – Ове станице настале су половином 20. века у неким источним земљама. Формирале су се најчешће у склопу диспанзера или стационара. Оне могу имати административно-полицијски или медицински профил (Букелић, 1972: 123). Репресивна мера истрежњења примењује се над оним уличним, хроничним алкохоличарима или алкохоличарима скитницама („Skid roud alcoholics“). Основни проблем ових станица је да у њих могу бити присилно доведени и неалкохоличари који су се сасвим случајно или намерно, због неког изузетног разлога, напили. Недостатак ментално-хигијенских услова у овим станицама врло често додатно трауматизује приведенe особе.

Уколико је дугогодишња употреба алкохола довела до тешких телесних оштећења (делиријум, халуциноза, Корсаковљева психоза), тешких неуротских криза са депресивним и самоубилачким идејама, рецидивизма, судских пеналних мера присилног лечења, као преостали метод је лечење у психијатријским болницама и одељењима, у дневним и ноћним болницама.

Лечење зависника од дрога

Лечење наркомана спада у најтеже и најкомплексније видове лечења са којима се сусрећу терапеути и стручњаци. То је условљено недобровољношћу лечења и степеном мотивације за лечење која утиче на читав ток терапије. Не постоји идеалан програм лечења и рехабилитације наркомана. Не постоји јединствена и опште прихваћена метода лечења болести зависности ни код нас ни у свету. Пошто се лечење спроводи противно вољи наркомана, што се дешава у затворима или болницама према одлуци суда, сам успех лечења доводи се у питање и своди се на минимум.

Известан број наркомана не саопштава праве разлоге због којих се подвргава лечењу, а они су један од најбољих индикатора о мотивисаности наркомана да се лечи, посебно ако се зна да је добра мотивација више од половине успеха.

У лечењу и рехабилитацији наркомана Деспотовић и Игњатовић⁴⁶ истичу два модела:

1. Медицински модел са психотерапијским и социјалним приступом у лечењу и рехабилитацији – је само модификована верзија ранијег медицинског модела уз употребу фармаколошког приступа лечењу;
2. Мултимоделни приступ у лечењу и рехабилитацији наркомана – савремени концепт који инсистира на различитости приступа услед великих разлика у личности зависника. На тој основи инсистира се на индивидуалном или групном третману у оквиру терапијских заједница

Програми лечења се само условно могу поделити на оне са нижим или вишим прагом (тзв. „low treshold“ и „high treshold“ програми) (Ковачевић, Брковић, 2004: 36) Код првих, које често називамо и програми смањења штете („harm reduction“ програми) основни терапијски циљ је да се смање штетни ефекти узимања дроге. Комплетна апстиненција је далекосежан циљ и пацијенти се укључују у овакве програме чак и уколико апстиненција није постигнута на почетку лечења. Намера је привлачење већег броја зависника који још увек нису спремни да престану са дрогирањем, кроз едукацију о штетним последицама дрогирања, мотивисања за процес лечења, уз постепено престајање узимања дрога и апстиненцију.

Програми са вишим нивоом терапијских циљева су усмерени ка комплетној апстиненцији од психоактивних супстанци и квалитативним променама начина живота, са побољшањем породичног, социјалног и професионалног функционисања. Ово су захтевнији програми и у свету се воде дебате о томе да ли је боље привући већи број зависника у мање захтевне програме или инсистирати на амбициознијим програмима за које многи зависници немају довољно капацитета, мотива и рехабилитационих потенцијала. Код нас су још увек у великој мери заступљени програми са вишим нивоом терапијских очекивања и комплетном апстиненцијом, као основним терапијским циљем.

Уобичајено је да се у лечењу зависника разликују следеће 4 фазе:

1. детоксикација-лишавање од дроге,

⁴⁶ Детаљније о моделима лечења видети у Деспотовић, Игњатовић (1980: 291-300)

2. опоравак-рековалесценција,
3. рехабилитација,
4. продужено лечење и праћење болесника.

1. Самим пријемом пацијента отпочиње терапија. Врши се соматско, психијатријско и социолошко испитивање болесника. У овој фази суштински значај има процес детоксикације који треба да онемогући појаву апстиненцијалног синдрома или санирање апстиненцијалног синдрома уколико је до њега дошло. Ово нарочито важи за супстанце код којих су, осим психолошких, присутни и физички знаци апстиненцијалног синдрома. За овај синдром је карактеристично да зависи од врсте дроге, али и од личности зависника. Управо зато лечење зависности захтева добро организован програм лечења. Зависно од супстанце постоје одговарајуће процедуре које се ослањају на комбинацију различитих медикамената, уз психосоцијалну подршку и рад на мотивацији.

2. После обављене детоксикације наставља се лечење које је најефикасније уколико се примењују комбиновано медикаменти и психосоциотерапијски програми. Истраживања показују да се бољи резултати постижу уколико лечење траје више од три месеца. Когнитивно-бихејвиорални програми и системска породична терапија су се показале ефикасније од осталих терапијских метода. Друга фаза лечења резервисана је за елиминисање психичке зависности од дроге. Без обзира што је санирана апстиненцијална криза, уз непостојање физичке потребе за дрогом, и даље постоји психичка зависност, која представља потенцијалну опасност за рецидив. Временски ова фаза може да траје различито-од тридесет дана до два месеца. Све активности усмерене су на оно што може да буде „здрава“ замена за ранију набавку и узимање дроге. Зато се инсистира на индивидуалној и групној психотерапији, која треба још више да учврсти мотивацију за лечење. Као најприменије показало се дејство у оквиру терапијске заједнице.

3. Фаза рехабилитације осмишљена је тако да траје најдуже (од три до шест месеци), зависно од индивидуалних карактеристика зависника и његовог стања. Базира се на психотерапији са циљем да се пацијент припреми за завршетак лечења у изолованим условима. Инсистира се на самоангажованости пацијента кроз различите форме рекреативних и радних активности.

4. Фаза продуженог лечења и праћења болесника представља најспецифичнији и најтежи део терапије. У овој фази пацијенту се обезбеђује стално или привремено запошљавање кроз заштитне радионице, уз надзор и контролу како би му се помогло у наредне три године од престанка лечења.

Неки теоретичари (Букелић) као пример наводе „Британски систем“ који је такође диспанзерски начин лечења наркомана, примењиван у Великој Британији док је број наркомана био мали. Овај систем подразумева преписивање ограничене количине дроге свим наркоманима регистрованим у Министарству унутрашњих послова. Овај систем осујетио је појаву илегалне трговине дрогама, али је, након многих злоупотреба и илегалне трговине чак и тако купљеним дрогама, пред укидањем. „Британски систем“ је наркомане третирао као мање девијантне личности и није их одбацивао, али као такав није прихваћен у другим земљама (Букелић, 1972: 206).

У САД је у 1958. години од стране организације анонимних алкохоличара и наркомана основана организација у свету позната као „Сунанон“. Она представља ауторитативни тип организације, која прописује врло строга правила и ограничења: против дрога, против алкохола и против криминала. Наркоман, ушавши у ову ортодоксну организацију у којој је узајамна контрола развијена и моћна, прекида све раније социјалне контакте и једина преокупација му је ослободити се дроге.

Супституциона терапија се примењује код супстанци код којих постоје адекватни агонисти који се примењују у терапији. Има и протокола који не примењују агонисте, него терапију по симптомима апстиненцијалног синдрома или специфичне антагонисте. Такви програми се у свету називају „drug free“ програми, иако се примењују медикаменти, овакве детоксикације се називају медицински асистирани детоксикације, а могу се обављати амбулантно или хоспитално. Постоје и програми код којих се уопште не користе лекови у терапији апстиненцијалних синдрома што представља „drug free“ програме у правом смислу те речи. Ови програми најчешће се примењују код оних облика зависности код којих сама апстиненцијална криза није јако изражена.

Програми лечења зависника од дрога у Заводу за болести зависности у Београду

Пошто су зависници од дрога најчешће младе особе један од основних постулата програма Завода за болести зависности је рад са целом породицом, а не само са пацијентом. Обично пацијент и долази на лечење у пратњи породице или блиских пријатеља, мада није редак случај и у пратњи професора из школе или социјалног радника.

Кад и уколико се установи да је потребно лечење, породица се упућује у Пријемно-тријажну амбуланту, где психијатар обавља први интервју и преглед на основу којих се прави план рада. У првих 7 дана обављају се све додатне дијагностичке процедуре које, осим обавезних лабораторијских анализа, могу по процени психијатра укључити и консултативне прегледе психолога, социјалног радника, специјалног педагога, интернисте или неуролога. Тада се утврђује дијагноза и на основу објективног налаза пацијенту и његовој породици се препоручује најадекватнији облик лечења.

Прва фаза лечења је детоксикација и елиминисање симптома апстиненцијалног синдрома. Овај поступак може бити обављен у амбулантним условима, уколико постоји добра сарадња породице, јака мотивација пацијента и процена лекара да ће овај вид лечења бити ефикасан. У осталим случајевима детоксикација се обавља у хоспиталним условима.

Фаза интензивног терапијског рада се наставља у Диспанзеру за зависнике од дрога или у Дневној болници за зависнике од дрога. Основни циљеви и диспанзера и Дневне болнице су: апстиненција, психофизичка стабилизација, побољшање функционисања на породичном, социјалном и професионалном плану.

Терапијско-рехабилитациона фаза у индивидуалном диспанзерском програму траје још до две године, а у оквиру програма Дневне болнице наставља се рад у групи једанпут недељно, у другој години групни рад одвија се једанпут месечно.

Циљеви у оквиру терапијско-рехабилитационе фазе су: ресоцијализација, реинтеграција пацијента и породице у друштво, прихватање здравих животних стилова, промене на интерперсоналном и интрапсихичком нивоу.

У оквиру програма метадонског одржавања пажња је усмерена ка старијим пацијентима који су претходно више пута безуспешно лечени или имају ХИВ инфекцију. Програм је намењен пацијентима који живе на територији Београда и представља програм са тзв. „low threshold“ (нижа очекивања) терапијским циљевима. У принципу, то је „harm reduction“ програм чији је циљ да се смање последице дрогирања.

Осим овог, програм за пацијенте са обавезном мером лечења на слободи намењен је особама којима је суд одредио обавезно лечење. Овај програм се за сваког пацијента посебно одређује, у зависности од тренутног стања пацијента: неким је потребна стандардна процедура лечења, а неким је потребна помоћ у одржавању већ постигнуте апстиненције.

На крају, програм за особе са неуротским симптомима и злоупотребом медикамената углавном је базиран на индивидуалном психотерапијском раду са пацијентом, где се ради на разрешењу основних неуротских конфликта, комбиновано са фармакотерапијским третманом апстиненцијалног синдрома, који је потребан у првим фазама лечења (Ковачевић, Брковић, 2004: 51)

Центар за младе

При Заводу за болести зависности у Београду ради и Центар за младе. Ту се лече особе узраста од 15 до 25 година. Основни циљ лечења у Центру је постизање здравог начина живота који се остварује кроз:

- стицање способности за одговорно понашање у односу на психоактивне супстанце (апстиненција),
- способност комуницирања са самим собом и другима, што је пут за стицање одговорности за сопствено понашање,
- усвајање информација о психоактивним супстанцама (због све веће доступности, неопходно је адекватно и дозирано информисање о штетности ових супстанци),
- развој позитивне слике о самом себи односно прихватање сопствених осећања, жеља, потреба, што је предуслов за избор здравих стилова живљења без коришћења супстанци (злоупотреба психоактивних супстанци је често повезана са лошом сликом о себи, лошом

- комуникацијом са околином, неразвијеном способношћу суочавања са проблемима),
- развијање капацитета за интерперсоналне комуникације, јер способност комуникације са другима и позитивна интеракција са околином омогућавају личности да развије осећање припадности заједници, да буде задовољна и да усвоји здраве стилове живљења,
 - развијање способности за решавање личних и проблема везаних за функционисање у групи (породица, школа, вршњаци, шира социјална средина), за добро функционисање у групи неопходно је разумети самог себе и околину, а ове вештине се стичу учењем, у том процесу сазревања подршка породице и групе којој појединац припада су од пресудног значаја.

Са моралног становишта посматрано посебан проблем представљају наркомани којима су изречене заштитне мере обавезног лечења од наркоманије. Наркомани и и одређен број стручњака за наркоманије, у вези са Законом који предвиђа обавезно лечење наркомана, сматра да се слободној личности ускраћује право на дрогу, на сопствени живот, који треба да буде ствар сопственог избора. Став према овој врсти наркомана мора бити крајње специфичан, управо због могућности да их посматрамо у односу на представу коју о себи имају као о девијантним и одбаченим личностима.

Рехабилитација пацијената је свакако крајњи циљ, али она није једино у рукама здравствених радника и институција већ и уже и шире заједнице (преко центара за социјални рад, друштвених и невладиних организација).

Ако прихватимо да је задатак сваког савременог друштва да обезбеди повољне услове живота и здравља за све своје чланове, онда је неопходно не само омогућити лечење алкохоличара и наркомана, већ и формирање сталног система спречавања штете услед коришћења ПАС. Кад се говори о лечењу алкохоличара и наркомана, у последње време користе се све више термини као што су „смањење последица“ и „минимизирање последица“ како би се овим појавама приступило на сасвим нов начин.

При томе мора се нагласити да је смањење последица још увек у активном развоју, и да још увек не постоји консенсус о његовим основама. Основа око које се сви слажу почива на следећим основним компонентама:

1. Немедицинско коришћење психоактивних супстанци је неизбежно у сваком друштву које има приступ дрогама. Политика о дрогама не може се заснивати на утопијском веровању да ће немедицинско коришћење дрога бити искорењено.
2. Немедицинско коришћење психоактивних супстанци ће неизбежно произвести значајне социјалне и индивидуалне проблеме. Политика о дрогама не може бити заснована на утопијском веровању да ће сви корисници дрога користити дрогу на сигуран начин.
3. Политика о дрогама мора бити прагматична. Мора се заснивати на стварним последицама а не на томе да ли шаљу исправне, погрешне или мешовите поруке.
4. Корисници дрога су интегрални део шире заједнице. Заштита здравља заједнице као целине стога захтева заштиту здравља корисника дрога, што захтева интегрисање корисника дрога у заједницу уместо њиховог изоловања од заједнице.
5. Употреба дрога води ка индивидуалним и друштвеним проблемима кроз бројне и различите механизме, тако да је и широк опсег интервенција неопходан за борбу против ових проблема. Ове интервенције укључују обезбеђење здравствене заштите (укључујући и третман против злоупотребе дрога) свим корисницима дрога; смањење броја појединаца који имају велику вероватноћу отпочињања коришћења дрога; и посебно омогућавање корисницима да пређу на сигурније облике коришћења дрога. Није увек неопходно смањити немедицинско коришћење дрога у циљу смањења последица (Jarlais, D., 1995:11).

Овај приступ ослања се на коришћење савремених научних открића. У оквиру њега, неуспех у праћењу резултата немедицинског коришћења дрога и неуспех у коришћењу открића ових истраживања довели би до нарушавања основних вредности реалистичног приступа овим проблемима. Приступ смањењу

штете наглашава потребу за политиком истраживања уместо коришћењем стереотипа (легалних и нелегалних) о корисницима дрога.

Једна од најчешћих критика које се приписују програмима смањења штете (као што је заједничко коришћење шприцева) је да он представља само први корак ка осетљивој проблематици легализације тренутно илегалних дрога. Изузетно је важно схватити разлику између приступа смањењу штете по јавно здравље и либералног приступа који каже „свако има право да узима било коју дрогу коју жели“. У оквиру приступа смањењу штете права појединаца су важна и њихово нарушавање је штета која се мора избећи. Истовремено, владе појединих земаља и њихов здравствени систем имају крајњу одговорност за формирање политике смањења штете по здравље и друштво коришћењем дроге у немедицинске сврхе. Кривични закони у овом светлу виђени су као моћно средство за остваривање ових циљева. Приступ смањењу штете, међутим, привлачи пажњу и кроз могуће штетне здравствене и друштвене последице ослањања на кривичне законе и стигматизовање корисника дрога као метод за смањење немедицинског коришћења дрога.

Вредност приступа смањењу штете остварује се кроз три непосредна задатка:

1. Обезбеђивање адекватног третмана за лица са проблемима коришћења психоактивних супстанци. Ово укључује проблеме и са легалним и илегалним дрогама као и краткорочним и дугорочним врстама третмана. Као адекватан систем третмана показала се комбинација јавних фондова и приватног здравственог осигурања.
2. Смањивање преношења вируса ХИВ-а повезаног са коришћењем илегалних дрога. Недавне процене указују да је ињектирање дроге повезано са преношењем вируса ХИВ-а постало најчешћи начин преношења заразе. Стратегија смањења штете, укључује употребу, пре свега, стерилних шприцева на нивоу целе државе.
3. Развој нових регулаторних форми за дистрибуцију дрога за немедицинско коришћење. Сама производња дроге треба да буде тако формулисана да смањи вероватноћу појаве зависности и нежељених видова понашања.

Рекламирање дрога требало би да буде рестриктивно и са некомерцијалним реалистичним приказивањима (Jarlais, D., 1995:11).

Циљ ових програма смањења штете може се дати економским речником: смањење профитног потенцијала продаје производа за немедицинско коришћење дрога. Овај економски циљ је у потпуном контрасту са тренутним системом у којем се легалне дроге продају десетинама милиона корисника са умереним профитом, а нелегалне дроге милионима корисника са енормним профитима. Дуван/никотин је очигледан пример немедицинског коришћења дроге где је овакав нови регулаторни приступ неопходан.

Успех програмама смањења штете било која од ова три задатка створиће основе за неке нове програме смањења штете у будућности.

Дугорочно посматрано, необично важно је омогућити истраживања окренута унапређењу здравља и развоју програма оријентисаних на немедицинском коришћењу психоактивних супстанци. Мање штетно коришћење дрога мора се заснивати на новим врстама дрога, новим методама администрирања постојећих дрога (као што је никотин, који неће стварати канцерогени дим), и нове друштвене обичаје усмерене на смањење штете од дрога (као што је програм „трезан возач“ и програм коришћења шприцева за једнократну употребу).

Када буду развијене нове врсте дрога и нови друштвени обичаји, биће такође важно да законска и регулаторна ограничења која се односе на њих не спрече њихову употребу као замену за данашње много штетније производе и понашања.

Добијање јавне подршке за нови приступ смањењу штете на јавно здравље немедицинским коришћењем дрога није ни мало лак подухват. Утолико пре што постоји јака емоционална приврженост културној традицији која демонизује психоактивне дроге. Постоје више милијарди долара вредни економски интереси који се боре за статус кво у области продаје како легалних тако и илегалних дрога. Иако су проблеми у области здравства и правосуђа који прате данашње стање „неограниченог маркетинга дозвољених дрога / рата са илегалним дрогама“ очигледни, већина акција само потенцира постојеће стање, без амбиција за стварањем нове климе у борби против употребе ПАС.

Али постоје и разлози за оптимизам. Постоји све јасније сазнање да бар неке од штетних последица немедицинског коришћења дрога (нпр. преношење вируса ХИВ-а) могу бити умањене без смањења коришћења дрога. Такође постоји све веће сазнање да садашњи легалан статус појединих дрога није у сразмери са степеном зависности и последицама коришћења (нпр. никотин у дувану).

Такође постоје бројна дешавања – повећано учешће интравенозног коришћења дрога у ширењу вируса ХИВ-а, повећано коришћење марихуане и ЛСД-а међу младима, могућност забране дувана од стране државних органа, затворски трошкови корисника илегалних дрога – која би могла изазвати преиспитивање постојеће политике у области немедицинског коришћења дрога. Пред званичницима из министарства здравља стоји задатак адекватног формулисања и промовисања политике смањења штете која ће укључивати примену научних достигнућа у програме за смањење здравствених и социјалних проблема насталих немедицинским коришћењем дрога.

ГЛАВА 8. ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА

Ова дисертација бавила се алкохолизмом и наркоманијом као социјално-патолошким појавама на селу, посматраних у светлу укупних друштвено-економских промена које прате српско друштво, као и структурном и територијалном дистрибуцијом ових феномена.

Циљ је био да се утврди утицај одабраних социо-демографских варијабли на присуство и учесталост употребе алкохола и дрога у сеоској популацији, што би допринело идентификацији елемената значајних за развој алкохолизма и наркоманије међу сеоским становништвом.

Концептуалну основу овог истраживања представља теорија друштвене дезорганизације. Ова теорија дезорганизацију види као природни феномен у друштву, који настаје као последица негативне друштвене динамичности и сталне смене процеса организације и дезорганизације, што се посебно односи на друштва у транзицији. Социјална дезорганизација се јавља када су складни односи у оквиру система промењени и нарушени. За Томаса и Знањецког (Јаковљевић, 1971: 24), код социјалне дезорганизације долази до слабљења утицаја норми понашања у одређеном друштву при чему долази до доминације антисоцијалних ставова, кршења и непоштовања постојећих правила и институција. Лејтон (Leighton, 1963) дефинише дезорганизацију уз постојање следећих карактеристика сиромаштво, збрка у култури, пораст секуларизације, повећање броја непотпуних породица, слаба унутар групна кохезија, слабе вође, недефинисано коришћење слободног времена, агресивни иступи у друштву, пораст броја кривичних дела, поремећен систем комуникација у заједници и сл.

Објашњење алкохолизма и наркоманије у селима Србије надовезује се на стања аномије и друштвене дезорганизације која прате наше друштво од деведесетих година прошлог века, односно преласком из једног друштвеног система у други. Српско село односно транзициони ефекти на социо-економски амбијент руралне Србије изузетно су неповољни (високе стопе руралног сиромаштва, дубок развојни јаз на релацији урбано-рурално, последице ратова, миграција и слично).

Са све израженијим смањивањем разлика између села и града, село није у стању да тако брзо усвоји све новине што може у крајњем исходу довести до патолошких последица: алкохолизма, наркоманије, криминала.

Полазећи од циља истраживања, формулисан је методолошки приступ који се базира на анализи садржаја и класификације обимне иностране и домаће литературе о алкохолизму и наркоманији, анкетно истраживању на узорку руралних испитаника у Србији и студији случаја која је обухватила представнике институција које имају контакта или су укључене у идентификацију и решавање проблема алкохолизма и наркоманије.

Велика је учесталост алкохолизма и наркоманије не само у градским срединама, већ и у селима, како по обиму тако и појавним облицима. Већина резултата предходних студија упућује на то да одлучујући утицај на појаву алкохолизма и наркоманије имају друштвени чиниоци или чиниоци друштвеног карактера из уже или шире друштвене средине (породица, вршњаци, друштвени систем, култура). Док постоји опсежна истраживачка литература која је документовала рапидно повећање болести зависности у градским подручјима, веома мало информација је објављено о природи и обиму употребе алкохола и дрога у руралним областима. Ранија истраживања спроведена међу руралном популацијом тежила су да покажу да сеоско становништво има много мању учесталост злоупотребе дроге од градског (Forslund, 1977-78; Heiligman, 1973; Tolone, Dermott, 1975; Fischler, 1975-76). У новије време истраживања, међутим потврђују да злоупотреба супстанци није више ограничена само на урбане заједнице, како се раније веровало. Тако нпр. (Napier, Carter, Pratt, 1981) указују да употреба алкохола и марихуане, посебно међу младима није ограничена само на градове и предграђа, већ је препознатљива у једнакој мери и у руралним подручјима. Истраживање о корелацији између употребе алкохола и марихуане међу руралним средњошколцима показује да рурални простор није више чувар (ако је икада био) против девијантног понашања у облику злоупотребе алкохола и марихуане од стране сеоске омладине

Досадашња истраживања о алкохолизму и наркоманији, генерално, па тако и у селима, у фокус стављају посебно осетљиве категорије становништва: жене и младе, али и економске и друштвене последице алкохолизма и наркоманије на

појединца, породице и друштво. Студије су показале, да са променама које прате друштвену улогу и промоцију жена мења се и њен образац пијења - од „соло дринкера“ у отворени мушки тип са свим карактеристикама које такво пијење носи са собом, и у амбијенту и у врсти и количини пића (Стојиљковић, 1964; Гачић, 1985).

Када је о младима реч, показало се да је друштвено окружење одлучујући фактор за улазак у свет корисника ПАС. У овој категорији коришћењу ПАС највише доприноси вршњачко окружење као иницијално у одлучивању о започињању употребе алкохолних пића и дрога. Исто важи и за младе на селу, који су захваљујући све динамичнијим и интензивнијим везама града и села, једнако изложени ризику, али са отежаним и ограниченим условима за решавање њиховог проблема. Као отежавајући фактори у превенцији и санирању последица употребе ПАС код младих на селу аутори наводе: недостатак социјалних, здравствених, образовних институција, одсуство ефикасних комуникационих веза међу институцијама на селу... (Edwards, 1997; Oeting, Edwards, Kellz, Beavais, 1997). Већина младих са села је озбиљно ограничена у приступу стручним здравственим и менталним установама за лечење болести зависности.

Више стопе сиромаштва, нижи ниво образовања сеоских становника повећава шансе да ће њихове породице бити изложене негативним последицама таквог по здравље ризичног понашања као што је алкохолизам (Mead, 1992).

У Србији је сеоски систем вредности и промене које се дешавају у њему и око њега темељно изменио лик српског села. Тешка социјална и економска ситуација у Србији крајем прошлог и почетком овог века била је изузетно погодан фактор за ширење алкохолизма и наркоманије (под утицајем санкција, рата, пораста социјалне несигурности, сиромаштва, патологије). Услед економске неизвесности, смањивања социјалних услуга, нестабилности и поремећености породичних односа, долази до дезинтеграције и пропадања, пре свега, породице која трпи и највеће притиске. Српско село је данас простор амбивалентног утицаја и значења. Све више постоји плурализам занимања на селу, све заступљеније образовање, мобилност, прихватање урбане инфраструктуре и урбаног начина живота, чиме се исконски сеоски менталитет мења из корена, и у егзистенцијалном и у друштвеном смислу (Ивош, 2010: 40).

Данашње српско село налази се у некој врсти вредносно-моралног вакума, јер изражава структурну неусклађеност између традиционалних образаца понашања и модерних аспирација, То стање се назива својеврсном „моралном збуњеношћу“ (Вукосављевић, 1962: 241). Оно наступа када брзе и нагле друштвене промене не могу да истим темпом прате и одговарајуће успостављање норми.

Прва хипотеза од које се полази у докторској дисертацији је да су социјално-патолошке појаве (алкохолизам и наркоманија) присутне у селима Србије.

Анкетом на узорку руралних испитаника у Србији је добијено да је свакодневно конзумирање алкохола присутно код 13,82% свих испитаника, односно код 17,04% конзумента алкохола, а конзумирање алкохола неколико пута недељно присутно је код 33,14% свих испитаника, односно код 40,86% конзумента алкохола. У „Националном истраживању о стилевима живота становништва Србије 2014. године“ утврђено је свакодневно конзумирање алкохола код 5,0% и бар једанпут недељно код 30,4% конзумента алкохола у општој популацији.⁴⁷ Из свих ових података се види да је свакодневно конзумирање алкохола код руралне популације много присутније него код опште популације – више од три пута, док је конзумирање алкохола бар једанпут недељно на селу веће за 1/3.

Редовно конзумирање алкохола⁴⁸ распрострањено је у свим старосним категоријама (највише код средње старосне категорије – 49,94%), код оба пола (три пута више код мушкараца – 69,73% према 24,18%) и у свим регионима Србије (највише Источна и Јужна Србија – 58,30%) (Табела 6.2).

Анкетом је такође утврђено и присуство дрога кроз одговоре испитаника о томе да ли познају некога ко користи дроге. Чак 70,68% анкетираних познаје некога ко користи било средства за смирење, било нелегалне дроге, при чему су најчешћи корисници млади, мушког 47,41% као и женског пола 39,60% (Табела

⁴⁷ Национално истраживање о стилевима живота становништва Србије 2014. године, Табела 11, страна 25.

⁴⁸ Под редовним конзумирањем алкохола подразумевамо свакодневно конзумирање, или конзумирање неколико пута недељно.

6.7). Марихуана је најчешће конзумирана дрога (она чини половину свих конзумираних дрога) и њена употреба има епидемијске размере (Табела 6.8).

Студије случаја су потврдиле резултате анкете, јер је став свих представника институција био да алкохолизам на селу постоји „одувек“, док је веће присуство дрога забележено од почетка кризе деведесетих година прошлог века. Такође је заједнички став и то да су последице и обим алкохолизма много веће него наркоманије на селу.

На основу изложених аргумената можемо рећи да је потврђена хипотеза о присутности алкохолизма и наркоманије у селима обухваћеним овим истраживањем.

Следећа хипотеза истраживања је да постоји значајна повезаност између мењања и нестајања сеоског система вредности, веровања и понашања, и појаве и развоја социјално-патолошких појава, посебно наркоманије на селу, потврђена је кроз резултате анкетног истраживања и анализе студије случаја.

Модернизација села у Србији, уз видљиво мењање и нестајање традиционалног начина живота, одвијала се паралелно са транзицијом и економском кризом, која није заобилазила ни село, које је било ослонац пољопривреде, као једне од најважнијих привредних грана. Много младог и радно способног становништва, са села се преселило у најближе градове, или је остало на селу свакодневно путујући у град.

Са променом структуре сеоског друштва становништво више не чине само пољопривредници. Све је више оних који раде у градовима, а и даље живе на селу. Према последњем попису пољопривреде из 2012. године приходе само од пољопривреде остварује 52% газдинстава руралних подручја, док остали своје приходе остварује или искључиво изван пољопривреде или делимично од пољопривреде (Богданов, Бабовић, 2014: 31).

Са друге стране, модернизација, развој инфраструктуре и посебно ширење масовних медија и интернета, умањиле су разлике између села и града и довеле до нових феномена који нису у складу са традиционалним вредностима српског села. Поред позитивних ефеката модернизације ова транзиција је погодовала формирању и ширењу социјално патолошких феномена на селу као што су алкохолизам и наркоманија.

Истраживање на узорку руралних домаћинстава је показало да према дефинисаним критеријумима само 14,58% анкетираних долази из домаћинстава са традиционално уређеним односима.

Анализом ставова добијених анкетом о традиционалном систему вредности, веровању и понашању својственом руралном начину живота, код испитаника сеоских насеља утврђено је да и даље постоји поштовање неких традиционалних вредности као што су: поштење и породица као главни ослонац у животу. Остали традиционални системи вредности, понашања и веровања заступљени су у ставовима претежно старије популације.

Резултати анкете потврђују да близина града и доступност информација захваљујући медијима: телевизији, радију, штампи, а посебно интернету, утиче на промену традиционалног начина живота на селу.

Резултати анкете и ставови изнети у студији случаја потврђују хипотезу *да рурално друштво има толерантан став према алкохолизму, уз чињеницу да је пијење део традиције и друштвеног ритуала (обичаји, славља...), и да је оно значајно повезано са појавом алкохолизма на селу.*

Алкохолизам као социјално-патолошки феномен у суштини различито се перцепира у руралним и градским срединама. Проблем представља перцепција употребе алкохолних пића у руралним срединама која се види као део традиције и чак социјално пожељно понашање.

Конзумирање алкохола у селу сви толеришу, али не и опијање. Декларативно 34,9% испитаника не одобрава употребу алкохола, мада се то може третирати као социјално пожељан одговор, нарочито ако се упореди са резултатима о конзумирању алкохола - 81,1% испитаника повремено користи алкохол (Табела 6.2).

Интересантан је податак да се толерантан став о коришћењу алкохола корисника (41,86%) и апстинената (38,29%) (Табела 6.6) не разликују значајно, што је још једна потврда општег толерантног става сеоске популације у односу на коришћење алкохола. Највећи број испитаника који је конзумирао алкохол у години истраживања, њих 58,3% користило је алкохол у посебним друштвеним приликама (свадбе, славља, крштења...).

Студија случаја општим ставом свих учесника као и низом наведених примера такође потврђује толерантан став друштва према коришћењу алкохола, као и чињеницу да је пијење део традиције и друштвеног ритуала.

„Код одређених породица постоји већа толеранција на алкохол – која се манифестује као трансгенерацијско преношење алкохолизма, у руралној популацији карактеристично за мушку децу“ (Табела П2.1: Чачак – ЦСР, ПУ). „Толеранција на алкохол је толика да људи на селу не схватају да постоји неко ко не користи алкохол“ (Табела П2.7: Обреновац – ЦСР). „Алкохолизам постоји одувек па га нико више и не третира као проблем. Пиво се и не сматра алкохолним пићем, па га пију и деца“ (Табела П2.7: Обреновац – ОШ). „За село је конзумирање алкохола прихватљиво понашање“ (Табела П2.8: Земун – ЦСР).

Резултати анкете и ставови изнети у студији случаја потврђују хипотезу *да су становници села истовремено и произвођачи и потрошачи алкохолних пића, уз врсту и тип пољопривредне производње, што утиче и на константно присуство алкохолизма у сеоским срединама Србије*

На селу је пољопривредни произвођач у контакту са алкохолом од раног детињства. Производња и конзумирање алкохолних пића се преноси „са колена на колена“. Он је научен и од детињства убеђен у многа корисна дејства алкохола. Да је традиција сопствене производње и даље присутна показује и податак да 43,7% домаћинстава на селу производи алкохолна пића чиме у потпуности задовољава сопствене потребе. Чак 42,2% домаћинстава има трошкове за алкохолна пића до 2.000 динара месечно, што чини алкохол веома доступним. Сви ови фактори указују да су припадници сеоског домаћинства од најраније младости суочени са ризиком од алкохолизма.

У студији случаја као један од разлога за постојање алкохолизма на селу наведена је и сопствена производња алкохолних пића. „Користи се углавном вино и ракија из сопствене производње“ (Табела П2.4: Крушевац – ЦСР). „Проблем алкохолизма је много друготрајнији јер је ово виноградарски крај где сви сами производе алкохол (Табела П2.4: Крушевац – ОШ).

Резултати анкете и ставови изнети у студији случаја потврђују и хипотезу *да су неповољни услови живота, пре свих сиромаштво, значајан узрок социјалне патологије на селу.*

На основу одговора испитаника о процени свог материјалног стања, на граници сиромаштва је 8,86% испитаника, док 25,2% сматра да има средстава да задовољи минимум егзистенцијалних потреба (Табела 6.1). Међутим, без обзира на овакву личну процену материјалног стања, у већини домаћинстава је заступљен и месечни трошак за алкохолна пића.

Сиромаштво као значајан узрок социјалне патологије на селу је у много већој мери повезано са алкохолизмом него са наркоманијом. Тако је у групи испитаника изузетно лошег материјалног стања чак 41,96% оних који свакодневно пију, док у свим осталим групама тај проценат не прелази 14%.

Ако погледамо одговоре испитаника који тврде да не познају никога ко користи дроге, не постоји значајна разлика између оних изузетно лошег (34,60%), просечног (36,32%) и одличног материјалног стања (37,56%).

У студији случаја један од најчешћих разлога за појаву социјалне патологије на селу је управо лоша економска ситуација (Табела П2.1: Чачак – ЦСР).

Можемо навести неколико карактеристичних одговора из студије случаја као илустрацију: „У селу окидач за алкохолизам су егзистенцијални проблеми“ (Табела П2.3: Лајковац – ЦСР). „Разлози за алкохолизам на селу су: начин живота, тежак рад, егзистенцијални проблеми...“ (Табела П2.4: Крушевац – ЦСР). Сиромаштво се као узрок алкохолизма и наркоманије помиње и у одговорима ЦСР и полиције - Барајево, полиције и ОШ – Обреновац, ПУ Београд.

Супротности између села и града, уз видљиво мењање и нестајање традиционалног начина живота на селу (изузев неразвијених планинских села), погодује формирању и ширењу девијантности на селу.

Утицај великих културних манифестација на селу, односно сва већа окупљања која прате сеоски простор снажан су изазов пред којим се налазе српска села.

У покушају да се афирмишу традиционалне вредности, организују се велике манифестације у сеоском окружењу, али са доста елемената урбаног, који носе поред позитивних и лоше социјално-патолошке појаве.

Преко половине испитаника (58,3%) наводи да најчешће пију алкохолна пића у посебним друштвеним приликама. Овај одговор као и одговор да пију на

већим окупљањима у селу (12,7%) указује на традицију и друштвене ритуале везане за породична славља, сеоске вашаре, саборе и слично.

Други веома важан аспект у нестајању традиционалних вредности српског села је прихватање система вредности које диктира запад као услов европске интеграције Србије, а то су поштовање правила тржишне економије, неговање корпоративне културе и култ брэнда који често нису у складу са традиционалним породичним вредностима и традиционалним обичајима. Појединачни покушаји афирмације села кроз организовање великих културних манифестација као што је Сабор трубача у Гучи (као покровитељ често се помиње и Влада Републике Србије) организују се, пре свега, зарад профита произвођача пива и других алкохолних пића, пре него ради афирмације традиционалне дувачке музике. На овај начин, уместо да се решавају проблеми алкохолизма на селу они се и даље продубљују. Да не помињемо бројне сланинијаде, кобасицијаде, роштиљијаде итд. на којима се конзумирање неограничених количина алкохола подразумева.

Када говоримо о обрасцима коришћења и злоупотребе супстанци у руралним подручјима Србије истраживања су показала следеће:

- Проблеми са алкохолом превазилазе проблеме са употребом дрога. Једина група где постоји ризик за злоупотребу и једног и другог су млади.
- Старост потенцијалних корисника се показала као један од најпоузданијих показатеља коришћења и злоупотребе супстанци. Посматрајући старосну структуру раније су међу корисницима алкохола били заступљенији старији, док се данас коришћење алкохола среће код свих генерација, посебно међу младима. Генерално, у руралним подручјима млади узраста 15-24 као и 25-34 година пет пута чешће користе алкохол него млади у општој популацији, док у осталим старосним структурама тај однос се креће у опсегу од 3:1 до 2:1. Степен злоупотребе алкохола и ризик за појаву алкохолизма по старосним категоријама у сеоској популацији показује распон од 22% у најмлађој категорији, до 44% у старосној категорији 55-64 године. У општој популацији тај распон је од 14% до 22,5%. На основу ових података можемо закључити да је ризик за појаву алкохолизма скоро два пута већи у руралним подручјима. Што се тиче врсте психоактивних супстанци старост се показала као опредељујући

фактор. При томе млађи, старосне категорије 15-24 и 25-34 су чешћи потенцијални корисници нелегалних супстанци (марихуана, екстази, кокаин и хероин), док је за старије старосне категорије од 45-54 већа вероватноћа коришћења лекова за смирење.

- Изложеност мушкараца ПАС у односу на жене у нашем истраживању показује се у односу 6:1, тачније 23,3% мушкараца према 3,8% жена. Овај тренд постоји и у истраживању опште популације: 8,3% мушкараца према 1,3% жена.
- Заједница, односно став околине према употреби и злоупотреби алкохола, игра значајну улогу у понашању према умереном и прекомерном пијењу. Ово истраживање показало је да 43% становника руралних подручја Србије не одобрава употребу алкохола, 35% њих одобрава, док је 20% неодлучних што наводи на закључак о високом степену толеранције према употреби и злоупотреби алкохола у сеоској средини.
- Врста и тип алкохолних пића. Раније је употреба алкохола у руралним срединама била повезана са сопственом производњом (винарски и воћарски крајеви), док се данас употребљавају све врсте пића, без обзира на регион. Свакодневно се најчешће користе жестока пића 8,4%, пиво 7,6% и вино 0,4%.
- Специфичност девијација у односу на територију. Свакодневно конзумирање алкохолних пића, у нашем истраживању, показује велику неуједначеност и износи од 7,8% у Војводини, преко 8,9% у Београду до 21,2% у Јужној и Источној Србији. У истраживању здравља становништва Србије спроведеном 2013. године, алкохол се свакодневно најчешће конзумира у Војводини 5,7% а најређе у Шумадији и Западној Србији 3,6%. Када су у питању ПАС скоро све врсте нелегалних дрога најчешће су нуђене у Београду и то: марихуана 21,5%, амфетамини 9,4%, кокаин 6,9%, ЛСД 3,7%, а остале мање од 1%. Најређе су нелегалне дроге нуђене у Шумадији и Западној Србији и то: марихуана 13,1%, амфетамини 1,4%, кокаин 2,2%, ЛСД 0,7%. Када су у питању средства за смирење она су најчешће нуђена у Шумадији и Западној Србији и то: 33,3%, а најређе у Војводини 11,7%.

Коначно, на основу претходних резултата истраживања формулисани су предлози и препоруке за смањење коришћења и злоупотребе ПАС у руралним подручјима Србије:

- Пре свега, здравствено просвећивање становника руралних подручја. Свест становника села о штетности употребе и злоупотребе алкохола као и ПАС је јако мала или уопште не постоји. Услед недостатка свести - многи становници руралних средина нису свесни да имају проблем менталног здравља за који је потребна адекватна помоћ. Као резултат тога, они сами себе лече лековима, алкохолом или дуваном. Дакле, треба створити свест међу њима о свој штетности употребе ПАС. Због непрепознавања последица које претерана употреба алкохола као и ПАС носи са собом, акције на локалном и глобалном нивоу до сада су биле неуспешне. У складу са тим постоји потреба за адекватнијом и примеренијом превенцијом на локалном нивоу, при том посебно мислимо на примарну превенцију. Нарочито су одговарајуће све активности младих, посебно оних који не користе ПАС, програми рехабилитације који у мањим градовима Србије као и на селу не постоје, раније укључивање у лечење оних којима је оно потребно, као и већа брига за оне који се већ лече од алкохолизма и наркоманије.
- Препорука СЗО је да свака држава треба да усвоји политику, стратегију и програм за борбу против социо-патолошких појава. У реализацији су подједнако важне и законске и едукативне и мотивационе мере. Отежавајући фактор у Србији за спровођење ових мера је још увек не усвојена Национална стратегија за превенцију злоупотребе алкохола, иако је радна верзија одавно урађена. Сви напори државе и локалних заједница у борби против алкохолизма и употребе ПАС требало би да буду усмерени ка бољој организацији и коришћењу постојећих ресурса на селу. Постоји велика потреба за адекватном службом лечења зависности од алкохола и наркоманије посебно младих у руралним подручјима.
- Истраживачи, здравствени радници и политичари морају бити свесни да различите популације имају различите потребе. У том смислу треба инсистирати на осмишљавању и организовању квалитетног слободног

времена на селу, посебно за младе. То подразумева отварање бројних радионица на селу (за оживљавање старих заната, народне рукотворине, уметничке и културне радионице), спортске игре, отварање КУД-а и сл. Као императив намеће се потреба да се све културне манифестације које се организују у селима профилишу на нов начин где неће бити места за алкохол. Све ово би требало да буде део једне опште стратегије руралног развоја у Републици Србији.

- Неопходно је инсистирати на обезбеђењу средстава за заштиту младих од злоупотребе ПАС, као и на побољшању општег менталног здравља становништва Србије, посебно у руралним подручјима.
- Потребна су даља истраживања ових феномена у руралним срединама како би се прецизније уочили фактори повезани са потрошњом алкохола и ПАС и препрекама за приступ потребним услугама у заједници, односно људима у руралним заједницама.

ЛИТЕРАТУРА

- Abbey, A., McAuslan, P., Ross, L. T. (1998). *Sexual assault perpetration by college men: The role of alcohol, misperception of sexual intent, and sexual beliefs and experiences*. Journal of Social and Clinical Psychology. Vol. 17: 167-195.
- Abbey, A. (2002). *Alcohol-Related Sexual Assault: A Common Problem among College Students*. Journal of Studies on Alcohol. Supplement. No. 14: 118-128.
- Abercrombie, N., Hill, S., Turner, B. (2008). *Rječnik sociologije*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Akers, R. (2000). *Criminological theories: Introduction, evaluation, and application (3rd ed.)*. Los Angeles: Roxbury Publishing.
- Anonymous (1992). In Gesler, W. M., Ricketts, T. C., eds. *Health in Rural North America: The Geography of Health Care Services and Delivery*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Бацковић, Д., Максимовић, М., Стевановић, Д. (2007). *Психосоцијални фактори ризика и злоупотреба психоактивних супстанци код адолесцената*. Војносанитетски преглед. Vol. 64 (5): 331-336.
- Бован, С. (2008). *Основи социологије и социологије права*. Београд: Службени гласник.
- Богданов, Н. (2007). *Мала рурална домаћинства у Србији и рурална непољопривредна економија*. Београд: Програм Уједињених нација за развој.
- Бошковић-Ђукић, Д. (1997). *Алкохолизам жена: настанак, последице и лечење*. Магистарски рад. Београд: Медицински факултет Универзитета у Београду.
- Буквић, Т. (1992). *Истраживање ставова ученика осмог разреда према социопатолошким појавама – душевној болести, наркоманији и алкохолизму –* Дипломски рад. Београд: Филозофски факултет Универзитета у Београду.
- Букелић, Ј. (1972). *Токсикоманије: алкохол, дуван, дроге*. Београд: Обелиск.
- Букелић, Ј. (1988). *Дрога, мит или болсет (2. издање)*. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства.
- Vachrach, L. (1981). *Continuity of Care for Mental Patients: A Conceptual Analysis*. American Journal of Psychiatry. Vol. 138 (11): 1449-1456.

- Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press of Glencoe, a division of the Macmillian Company.
- Berger, B. (1971). *Societies in change*. New York: Basic Books.
- Best, J. (2006). *Whatever happened to social pathology? Conceptual fashions and the sociology of deviance*. *Sociology spectrum*. Vol. 26: 533-546.
- Blum, R. W., Rinehart, P. M. (1997). *Reducing the risk: Connections that make a difference in the lives of youth*. Minneapolis: University of Minnesota, Division of Pediatrics and Adolescent Health.
- Blum, R. W., Kelly, A., Ireland, M. (2001). *Health-risk behaviors and protective factors among adolescents with mobility impairments and learning and emotional disabilities*. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 28: 481-490.
- Bordua, D. J. (1959). *Juvenile delinquency and anomie: An attempt at replication*. *Social Problems*, 6, 230–238.
- Bowker, L. H. (1976). *The Incidence of Drug Use and Associated Factors in Two Small Towns: A Community Survey*. *Bulletin on Narcotics*. Vol. 28 (4): 17-25.
- Brochu, S., Cournoyer, L. G., Motiuk, L., Pernanen, K. (1999). *Drugs, Alcohol and Crime: Patterns among Canadian Federal Inmates*. *Bulletin of Narcotic*. Vol. 51 (1-2).
- Budd, T. (2003). *Alcohol-related assault: findings from the British Crime Survey Home*. London: Home Office, Research, Development and Statistics Directorate.
- Bursik, R., Grasmick, H. (1993). *Neighborhoods and crime: The dimensions of effective community control*. New York: Lexington Books.
- Цвејић, С., Бабовић, М., Петровић, М., Богданов, Н., Вуковић, О. (2010). *Социјална искљученост у руралним областима Србије*. Београд: УНДП Србија – сектор за инклузивни развој.
- CASA (2003). *National Survey of American Attitudes on Substance Abuse VIII: Teens and Parents*. New York.
- Chilton, R. (1964). *Continuity in Delinquency Area Research: A Comparison of Studies for Baltimore, Detroit, and Indianapolis*. *American Sociological Review*. Vol. 29: 71-83. <http://dx.doi.org/10.2307/2094642>
- Clinard, M. (1960). *Sociology of deviant behavior*. New York: Rinehart and Company.

- Copenhaver, S., Grauerholz, E. (1991). *Sexual victimization among sorority women: Exploring the links between sexual violence and institutional practices*. Sex Roles. Vol. 24 (1-2): 31-41.
- Cumming, E., Cumming, J. (1957). *Closed Ranks*. Cambridge: Harvard University Press.
- Currie, C. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Делибашић, В. (2014). *Сузбијање злоупотреба опојних дрога са становишта кривичног права*. Београд: Службени гласник.
- Деспотовић, А. (1965). *Анализа социјалних и медицинских обележја лечених алкохоличара*. Алкохолизам бр. 2-3.
- Деспотовић, А., Игњатовић, М., Фридман, В. (1978). *Алкохолизам: етиологија, клиника, лечење, и превенција*. Ниш: Институт за документацију заштите на раду.
- Деспотовић, А., Игњатовић, М. (1980). *Зависност од дрога и лекова – наркоманије*. Ниш: Институт за документацију заштите на раду.
- Димитријевић-Ваван, Ј., Стевковић, Љ. (2012). *Алкохол као криминогени фактор*. Зборник Института за криминолошка и социолошка истраживања. Vol. 31 (1): 241-258.
- Дицков, А., Лајић, О., Јовишевић, О., Ђуровић, Д., Загорац-Малиновић, В. (2003). *Процена ставова и информисаности родитеља о наркоманији*. Актуелности из неурологије, психијатрије и граничних подручја. Vol. 11: 16-24.
- Dehan, A. (1999). *Alcohol and Crime: Taking Stock*. London: Home Office - Policing & Reducing Crime Unit: Research, Development & Statistics Directorate.
- Dorhenwand, B., Chin-Shong, E. (1967). *Social status and attitudes toward psychological disorder. The problem of tolerance of deviance*. American Sociological Review. Vol. 32: 417-433.
- Downs, G., Roche, D. (1995). *Optimal imperfection?* Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ђукановић, Б. (1988). *Алкохолизам*. Београд: Научна књига.
- Ђукановић, Б. (1995). *Социјално-патолошке појаве на селу*. 533-540. Зборник радова / Југословенски симпозијум „Ревитализација села“. Чачак.

- Енгелс, Ф. (1950). *Положај радничке класе у Енглеској*. Београд: Култура.
- Edwards, R. W. (1997). *Drug and alcohol use among youth in rural communities*. Vol. 168. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
- EMCDDA (2014). *DRŽAVNI IZVJEŠTAJ ZA 2014. GODINU - Bosna i Hercegovina Novi razvoj i trendovi*. Sarajevo: Ministarstvo sigurnosti Bosne i Hercegovine
- Elliott, D. S., Wilson, W. J., Huizinga, D., Simpson, R. J., Elliott, A., Rankin, B. (1996). *The Effects of Neighborhood Disadvantage on Adolescent Development*. Journal of Research in Crime and Delinquency. Vol. 33: 389-426.
- Европски центар за праћење дрога и оvisности о дрогама (2014). *Европско извјеће о дрогама 2014: Trendovi i razvoj*. Луксембург: Уред за службене публикације Европске уније. doi:10.2810/32890
- Eurofound (2012). *Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Impacts of the crisis*. Луксембург: Кancelariја за службене публикације Европске уније.
- Fergusson, D., Horwood, L., Lynskey, M. (1994). *Parental separation, adolescent psychopathology and problem behaviours*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology. Vol. 33: 1122–1131.
- Fischler, M. L. (1975-76). *The Extent of and Socio-Psychological Factors Endemic to Drug Use-Abuse in a Section of Rural, Small Town New England*. Journal of Altered States of Consciousness. Vol. 2 (2): 171-183.
- Forslund, M.A. (1977-78). *Drug Use and Delinquent Behavior of Small Town and Rural Youth*. Journal of Drug Education. Vol. 7 (3): 219-224.
- Foxcroft, D. R., Lowe, G. (1997). *Adolescents' alcohol use and misuse: The socializing influence of perceived family life*. Drugs: Education, Prevention and Policy. Vol. 4: 215–229.
- Гачић, Б. (1975). *Терапијски минимум у лечењу алкохолизма*. Мајданпек: Заједница клубова лечених алкохоличара Србије.
- Гачић, Б. (1985). *Алкохолизам: болест појединца, породице и друштва*. Београд: Филип Вишњић.
- Голднер-Вуков, М. (1992). *Осећајни живот савременог човека и дроге*. Ниш: Завод за болести зависности.

- Гудовић, З. (2008). *Село и сељаштво: прилог социологији села*. Београд: Завод за проучавање села.
- Goetz, S. J. (1993). *Human Capital and Rural Labour Issues*. American Journal of Agriculture Economy. Vol 75: 165-168.
- Goffman, E. (1961). *Asylmus*. New York: Anchor Books.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Goode, E. (2006). *Is the deviance concept still relevant to sociology?*. Sociological Spectrum. Vol. 26 (6): 547-558.
- Gottfredson, M. R., Hirschi, T. (1994). *A general theory of adolescent problem behavior: Problems and prospects*.
- Grasmick, H. G., Tittle, C. R., Bursik, R. J., Arneklev, B. J. (1993). *Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's General Theory of Crime*. Journal of research in Crime and Delinquency. Vol. 30: 5-29.
- Groce, N. E. (1985). *Everyone Here Spoke Sign Language*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gyimah-Brempong, K. (2003). *Alcohol Availability and Crime: A Robust Approach*. Syracuse: Department of Economics and Center for Policy Research, Syracuse University.
- Хараламбос, М. (1989). *Увод у социологију*. Загреб: Глобус.
- Худолин, В. (1973). *Овисности у СР Хрватској а посебно у Загребу*. Загреб: Институт за проучавање и сузбијање алкохолизма и других овисности.
- Harrington, N. T., Leitenberg, H. (1994). *Relationship between alcohol consumption and victim behaviors immediately preceding sexual aggression by an acquaintance*. Viol. Vict. Vol. 9: 315-324.
- Heiligman, A. C. (1973). *A Survey of Drug Use in a Rural Minnesota Senior High School*. Drug Forum. Vol. 2 (2): 173-177.
- Helzer, J. E., Burnam, A., McEvoy, L. T. (1991). *Alcohol Abuse and Dependence*.
- Herbert, C., Fennelly, C. (2011). *Fact or fiction: a study of attitudes to alcohol and related issues among young people in the Ballymun area*. Dublin: Ballymun Youth Action Project.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: Free Press.

- Hollin, C. (2002). *An Overview of Offender Rehabilitation: Something Old, Something Borrowed, Something New*. Australian Psychologist. Vol. 37 (3): 159-164.
- Игњатовић, Ђ. (2003). *Криминологија*. Београд: Правни факултет, Центар за издаваштво и информисање.
- Игњатовић, Ђ. (2009). *Теорије у криминологији*. Београд: Правни факултет.
- Илић, Б. (2004). *Наркоманија младих*. Годишњак за психологију. Vol. 3 (3): 73-82.
- Ивош, М. (2010). *Рурална социологија као посебна социолошка дисциплина: живот на селу*. Практични менаџмент. Vol. 1: 36-41.
- Јаковљевић, В. (1971). *Увод у социјалну патологију*. Београд: Научна књига.
- Јанковић, И., Пешић, В. (1981). *Друштвене девијације – Критика социјалне патологије*. Београд: Виша школа за социјалне раднике.
- Јашовић, Ж. Б. (1991). *Криминологија малолетничке делинквенције*. Београд: Научна књига.
- Јовашевић, Д. (2007). *Кривични законик Републике Србије са уводним коментаром*. Београд.
- Јовин, М. (1972). *Мишљења и ставови средњошколаца о наркоманији*. 417-420. У: Зборник радова првог југословенског симпозијума о превенцији и лечењу наркоманија. Београд: Институт за алкохолизам и наркоманије.
- Југовић, А. (2005). *Злоупотреба алкохола у омладинској популацији Србије*. Социјална мисао. Vol. 2 (3): 67-92.
- Југовић, А. (2006). *Типологије друштвених девијација у домаћој теоријској мисли*. Социологија. Vol. 49: 17-30.
- Jaffe, J., Petersen, R., Hodgson, R. (1986). *Ovisnosti*. Zagreb: Globus.
- Jarlais, D. (1995). *Harm Reduction – A Framework for Incorporating Science into Drug Policy*. American Journal of Public Health. Vol. 85 (1): 10-12.
- Jellinek, E. N. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Johnstone, J. W. C. (1978). *Social class, social areas, and delinquency*. Sociology and Social Research. Vol. 63: 49-72.
- Капамација, Б., Бицковић, Д. (1970). *Средњошколци и алкохолизам*. Алкохолизам, бр. 1. Београд.
- Капетановић-Бунар, Е. (1985). *Алкохолизам - живот на два колосијека*. Загреб: Глобус.

- Кецмановић, Д. (1988). *Ни нормално ни патолошко*. Сарајево: Свјетлост.
- Кецмановић, Н. (1978). *Друштвени корјени психијатрије*. Београд: Полит.
- Ковачевић, М. (2002). *Зависности од супстанци – етиологија*. Енграми, вол. 24, бр. 3-4. 143-153.
- Ковачевић, М. (2004). *Болести зависности*. Београд: Завод за болести зависности.
- Костић, Ц. (1969). *Социологија села*. Београд: Просвета.
- Креч, Д., Крачфилд, Р., Балаки, И. (1972). *Појединац у друштву*. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства.
- Kaiser, G. (1979). *Kriminologija*. Moskva: Juridičeskaja literatura.
- Kelleher, K., Richert, V. (1991). *Rural Adolescent Alcohol Use: An Overview*. Journal of Rural Health. Vol. 7: 93-99.
- Kelleher, K., Robbins, J. (1997). *Social and economic consequences of rural alcohol use. Rural substance abuse: State of knowledge and issue*. 196-219. National institute of drug abuse research - monograph 168. Rockwile, MD: US department of health and human services.
- Kingsley, D. (1938). *Mental Hygiene and the Class Structure*. Psychiatry. Vol. 1: 55-65. doi: 10.1521/00332747.1938.11022174
- Klingemann, H. (2001). *Alcohol and its social consequences – the forgotten dimension*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Guo, J., Catalano, R. F., Abbott, R. D. (2000). *The dynamics of alcohol and marijuana initiation: Patterns and predictors of first use in adolescence*. American Journal of Public Health. Vol. 90 (3): 360-366.
- Лабаш-Драгишић, С., Јовичић, С. (2002). *Компаративни приказ социолошких и биолошких модела у психијатрији*. Енграми. Vol. 24: 19.
- Лабаш-Драгишић, С., Јовичић, С., Ђокић, Г. (2009). *Друштвени фактори у настанку и развоју зависности од алкохола*. Енграми. Vol. 31: 101-111.
- Лабаш-Драгишић, С. (2012). *Човек и алкохол у друштву: од подстицања до одбацавања*. Београд: Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета.
- Лукић, Р. (1959). *Основи социологије*. Београд: Савез удружења правника Југославије.

- Лукић, Р. (1984). *Значај и положај села у нашем друштву*. Економика пољопривреде. Вол. 31 (10): 639-647.
- Лукић, Р. (1986) *Култура на селу*. Зборник Матице српске за друштвене науке. Vol. 81: 171-173.
- Лукић, Р. (1997). *Друштво и сељаштво*. Београд: Завод за социологију развоја села.
- Lainer, M. M., Henry, S. (2004). *Essential Criminology, 2nd ed.*, Boulder: Westview Press.
- Lander, B. (1954). *Towards and understandings of juvenile delinquency*. New York: AMS Press.
- Leighton, D. C. (1963). *The character of danger. Stirling county study - Vol. 3*. New York: Basic books.
- Lemert, E. (1951). *Social pathology; a systematic approach to the theory of sociopathic behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Lemert, E. (1967). *Human deviance, social problems, and social control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lemkau, P., Crocetti, G. (1962). *An Urban Population's Opinion And Knowledge About Mental Illness*. AJP American Journal of Psychiatry. Vol. 118: 692-700.
- Lindesmith, A. (1938). *A Sociological Theory of Drug Adiction*. American Journal of Sociology. Vol. 43: 593-613.
- Lynskey, M. T., Fergusson, D. M., Horwood, L. J. (1998). *The origins of the correlations between tobacco, alcohol, and cannabis use during adolescence*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 39 (7): 995–1005.
- Љубичић, М. (2012). *Преглед дефиниција и трендова ризичних понашања младих*. Теме – часопис за друштвене науке. Vol. 36: 85-100.
- Мандрас, А. (1987). *Сељачка друштва*. Загреб: Глобус.
- Мандра, А. (2001). *Основи социологије*. Подгорица: ЦИД.
- Марушић, А., Мартић, М. (1967). *Социологија*. Загреб: Панорама.
- Милић, В. (2011). *Основи методологије искуственог истраживања у друштвеним наукама*. Београд: Завод за проучавање села.
- Милосављевић, М. (2003). *Девијације и друштво*. Београд: Драганић.
- Милутиновић, М. (1973). *Криминологија*. Београд.

- Министарство здравља Републике Србије и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, (2009). *ЕВРОПСКО истраживање о употреби алкохола и других дрога међу младима у Србији 2008: извештај за Републику Србију*. Београд: Министарство здравља републике Србије - Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.
- Митровић, М. (1998). *Социологија села*. Београд: СДС.
- Митровић, М. (2001). *Српско село, Прилог социологији традиционалног српског друштва*. Нови Сад: Матица српска.
- Митровић, М., Бован, С. (2011). *Основи социологије и социологије права*. Београд: Правни факултет.
- Митровић, М., Бован, С. (2013). *Основи социологије права*. Београд: Правни факултет, Центар за издаваштво и информисање.
- Муњижа, М. (2011). *Историјски развој психијатрије, историја приступа душевно поремећеном човеку и схватања о душевној болести кроз историју и данас*. Београд: Службени гласник.
- McNulty, T. L., Bellair, P. E. (2003). *Explaining racial and ethnic differences in adolescent violence: Structural disadvantage, family well-being, and social capital*. *Justice Quarterly*. Vol. 20: 501–528.
- Mead, L. M. (1992). *The New Politics of Poverty: The Nonworking Poor in America*, New York: Basis Books.
- Morenoff, J., Sampson, R., Raudenbush, S. (2001). *Neighborhood Inequality, Collective Efficacy, And The Spatial Dynamics Of Urban Violence*. *Criminology*. Vol. 39: 517-558. doi:10.1111/j.1745-9125.2001.tb00932.x
- Настасић, П. (1998). *Алкохолизам и међугенерациско преношење*. Београд: Tehniss.
- Николић, Ж. (1987). *Социологија и алкохолизам*. Ниш: Међуопштински савез против алкохолизма, никотинизма и наркоманије.
- Николић, Д. (2007). *Болести зависности: пушење, алкохолизам и наркоманија: књига за сваку прилику*. Београд.
- Napier, T. L., Carter, T. J., Pratt, M. C. (1981). *Correlates of alcohol and marijuana use among rural high school students*. *Rural Sociology*. Vol. 46: 319-332.
- Nelken, D. (2002). *White-Collar Crime*. 844-877. In: *The Oxford Handbook of Criminology*, 3rd ed. New York: Oxford University Press.

- Опалић, П. (2008). *Психијатријска социологија – теоријски и емпиријски проблеми социологије менталних поремећаја*. Нови Сад: Завод за уџбенике.
- Oetting, E., Edwards, R., Kelly, K., Beauvais, F. (1997). *Risk and protective factors for drug use among rural American youth*. NIDA Research Monographs. Vol. 168: 90-130.
- Пантић, Д. (1981). Вредносне оријентације младих у Србији. Београд: Издавачко истраживачки центар ССД Србије.
- Пантић, М. (2004). *Ставови средњошколаца према оболелим од схизофреније и СИДА-е - Дипломски рад*. Београд: Филозофски факултет.
- Петровић, М. и сар. (1980). *Дрога и млади*. Београд: Издавачка радна организација „Привредна штампа“.
- Петровић, В. (1988). *Анализа провођења мјере обавезног лијечења алкохоличара*.
- Петровић, С. (2003). *Дрога и људско понашање*. Београд: Партедон.
- Поповић, М., Ђукановић, Б., Марковић, М. (1981). *Испитивање ставова према неким категоријама психијатријских пацијената*. Психијатрија данас. Бр. 1-3: 207-220.
- Поповић, М., Опалић, П. (1982). *Социолошки лексикон*. Београд: Савремена администрација.
- Поповић, М., Опалић, П., Ђукановић, Б., Марковић, М. (1988). *Ми и они другачији: истраживање ставова према душевним болесницима, наркоманима и алкохоличарима*. Београд: Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета.
- Parkin, F. (1992). *Durkheim*. Oxford: Oxford University Press.
- Park, R., Burgess, E. (1924). *Introduction to the science of sociology*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Park, R., Burgess, E., McKenzie, R. (1969). *The growth of the city*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Parry, C., Dewing, S. (2006). *A public health approach to addressing alcohol-related crime in South Africa*. African Journal of Drug & Alcohol Studies. Vol. 5 (1): 41-56.
- Parsons, T. (1988). *Друштва – Еволуцијски и поредбени приступ*. Zagreb: ITRO August Cesarec.

- Peleg-Oren, N., Saint-Jean, G., Cardenas, G.A., Tammara, H. & Pierre, C. (2009). *Drinking Alcohol before Age 13 and Negative Outcomes in Late Adolescence*. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*. Vol. 33 (11): 1966-1972.
- Pernanen, K., Cousineau, M., Brochu, S., Sun, F. (2002). *Proportions of Crimes Associated with Alcohol and Other Drugs in Canada*. Canadian Centre on Substance Abuse.
- Presley, C. A., Meilman, P. W., Cashin, J. R., Leichliter, J. S. (1997). *Alcohol and Drugs on American College Campuses: Issues of Violence and Harassment*. Carbondale, IL: Core Institute, Southern Illinois University at Carbondale.
- Quinney, R. (1964). *Crime, Delinquency, and Social Areas*. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. Vol. 1: 149-154. doi: 10.1177/002242786400100206
- Радуловић, Д. (2004). *Питања дефинисања и класификације зависности и злоупотреба дрога*. *Социологија*. Vol. 45: 1-14.
- Релић, Ј. (1970). *Неки аспекти наркоманије*. *Безбедност*. Vol. 5: 451.
- Републички завод за статистику Србије (2010). *Билтен: Пунолетни учиниоци кривичних дела у Републици Србији, 2009. - Пријаве, оптужења и осуде*. Београд: Републички завод за статистику Србије.
- Републички завод за статистику Србије (2011). *Билтен: Пунолетни учиниоци кривичних дела у Републици Србији, 2010 - Пријаве, оптужења и осуде*. Београд: Републички завод за статистику Србије.
- Републички завод за статистику Србије (2012). *Билтен: Пунолетни учиниоци кривичних дела у Републици Србији, 2011 - Пријаве, оптужења и осуде*. Београд: Републички завод за статистику Србије.
- Републички завод за статистику Србије (2013). *Билтен: Пунолетни учиниоци кривичних дела у Републици Србији, 2012 - Пријаве, оптужења и осуде*. Београд: Републички завод за статистику Србије.
- Републички завод за статистику Србије (2014). *Билтен: Пунолетни учиниоци кривичних дела у Републици Србији, 2013 - Пријаве, оптужења и осуде*. Београд: Републички завод за статистику Србије.
- Ramsey, G., Seipp, M. (1948). *Attitudes and opinions concerning mental illness*. *The Psychiatric Quarterly*. Vol. 22: 428-444.

- Redfield, R. (1963). *The Little Community – The Peasant Society and Culture: An Anthropological Approach to Civilization*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Resnick, M., Bearman, P., Blum, R., Bauman, K., Harris, K., Jones, J., Tabor, J., Beuring, T., Sieving, R., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L. and Udry, J. (1997). *Protecting Adolescents From Harm: Findings from the longitudinal study on adolescent health*. Journal of American Association. Vol 278: 823-832.
- Rosenfield, R. A. (1985). *Farm Women: Work, Farm and Family in the United States*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Седмак, Т., Стојковић, Љ. (2003). *Алкохолизам терапијски концепти и пракса*. Београд: Завод за уџбенике.
- Силвестрини, Б. (2001). *Наркоманија*. Београд: Синдикат лекара и фармацеута Србије.
- Стефановић, С. (2000). *Мера безбедности обавезног лечења алкохоличара и наркомана*. 105-123. У: Наркоманија и кривична одговорност – Правно медицински аспект. Београд: Српско удружење за кривично право.
- Стојановић, З. (2013). *Кривично право – треће измењено издање*. Београд: Правни факултет Универзитета у Београду.
- Стојиљковић, С. (1964). *Средњошколска омладина и алкохолизам*. Алкохолизам. Бр. 2. Београд.
- Sakoman, S. (1994). *Zloupotrebe droge u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: SyS Print.
- Sampson, R. J. (1986). *Crime in cities: The effects of formal and informal social control*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Sampson, R., Growes, B. W. (1989). *Community structure and crime: Testing social disorganization theory*. American Journal of Sociology. Vol. 94: 774-802. doi: 10.1086/229068
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., Earls, F. (1997). *Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy*. Science. Vol. 277: 918-924. doi: 10.1126/science.277.5328.918
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W. (1999). *Systematic social observation of public spaces: A new look at disorder in urban neighborhoods*. American Journal of Sociology. Vol. 105: 603-651. doi: 10.1086/210356

- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W. (2001). *Disorder in urban neighborhoods – Does it lead to crime?* Washington, DC: U.S. Department of Justice
- Scherbaum, N., Heigl-Evers, A. (1996). *Psychodynamic Aspect of Treatment of Heroin Dependant Patients with Methadone Substitution*. *Psychother – Psychosom – Med – Psychol*. Vol. 46 (2): 47-51.
- Schuerman, L., Kobrin, S. (1986). *Community Careers in Crime*. *Crime and Justice*. Vol. 8: 67-100.
- Shaw, C. R., McKay, H. D. (1942). *Juvenile delinquency and urban areas*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Sher, K. J. (1991). *Children of Alcoholics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Sieber, J. E., Stanley, B. (1988). *Ethical and professional dimensions of socially sensitive research*. *American psychologist*. Vol. 43: 49-55.
- Siegel, L. (1998). *Criminology: Theories, Patterns and Typologies (6th ed.)*. Belmont, Calif.: Wadsworth.
- Stark, R. (1987). *Deviant places: A theory of the ecology of crime*. *Criminology*. Vol. 4: 893-909.
- Sutherland, E. (1939). *Principles of criminology, (3rd ed.)*. Chicago, Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Sutherland, E. (1983). *White collar crime: The uncut version*. New Haven: Yale University Press.
- Sutherland, E., Cressey, D. (1966). *Principles of criminology, (7th ed.)*. Philadelphia: Lippincott.
- Џинић, Ј. (1988). *Социјална патологија: социологија девијантности*. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства.
- Шћекић, М. (2001). *Алкохолизам као социо-медицински проблем*. *Гласник Института за заштиту здравља Србије*. Vol. 75: 23-30.
- Штифанић, М. (1995). *Медицинска социологија – одабрана поглавља*. Ријека: Медицински факултет.
- Шувар, С. (2002). *Вредноте традиционалне културе у нашем друштвеном развоју*. *Социологија села*. Vol. 40: 317-328.
- Tannenbaum, F. (1938). *Crime and community*. New York: Ginn

- Thorsten, S. (1938). *Culture Conflict and Crime*, Bulletin 41. New York: Social Science Research Council.
- Tolone, W. L., Dermott, D. (1975). *Some Correlates of Drug Use Among High School Youth in a Midwestern Rural Community*. The International Journal of the Addictions. Vol. 10 (5): 761-777.
- Turčin, R., Sila, A. (1964). *Problem psihički abnormalnih delinkvenata u suvremenoj psihijatrijskoj službi*. 9-22. U: Turčin R., Pospišil-Zaviški K., Korbar, K., Bedenko, D. (ur.): Savjetovanje o forenzičkoj psihijatriji. Zagreb: Izdanja Bolnice za duševne bolesti Vrapče.
- UNODC (2015). *World Drug Report 2015*. New York: United Nations publication.
- Вукосављевић, С. (1962). *Писма са села*. Београд: Социолошка села.
- Van Gundy, K. (2002). *Gender and intergenerational transmission of alcohol use patterns: an analysis of adult children in Moscow*. Substance Use & Misuse. Volume 37 (1): 65-87.
- Van Gundy, K. (2006). *Substance Abuse in Rural and Small Town America*. The Carsey School of Public Policy at the Scholars' Repository. Paper 7. <http://scholars.unh.edu/carsey/7>.
- Vold, G. (1958). *Theoretical criminology*. New York: Oxford University Press.
- Vold, G., Bernard, T. J. (1986). *Theoretical criminology (3rd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Warner, B. D. (2007). *Directly intervene or call the authorities? A study of forms of neighborhood social control within a social disorganization framework*. Criminology. Vol. 45: 99-130. doi: 10.1111/j.1745-9125.2007.00073.x
- WHO (2004). Global status report: alcohol policy. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- WHO (2011). *Social Impact of Drug Abuse*. Copenhagen: UNDCP.
- WHO (2011a) *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO Press
- WHOQoL Group (1993). *Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQoL)*, Quality of Life Research 2, 153–159.

Wolin, S., Bennett, L., Noonan, D., and Teitelbaum, M. (1980). *Disrupted family rituals: A factor in the intergenerational transmission of alcoholism*. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. Vol. 41: 199-214.

Жарковић-Палијан, Т. (2004). *Значајке особности алкохоличара починитеља и непочинитеља казних дјела*. Загреб: Медицински факултет Свеучилишта у Загребу. Докторска дисертација.

СПИСАК КОРИШЋЕНИХ ЗАКОНА, РЕШЕЊА И СТРАТЕГИЈА

- Кривични законик Републике Србије („Службени гласник РС“, бр. 85/2005, 88/2005 - испр., 107/2005 - испр., 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013 и 108/2014)
- Закон о психоактивним контролисаним супстанцама („Службени гласник РС“, бр. 99/2010)
- Закон о извршењу кривичних санкција („Службени гласник РС“, бр. 55/2014)
- Закон о супстанцама које се користе у недозвољеној производњи психотропних супстанци („Службени гласник РС“, бр. 107/05)
- Решење о утврђивању опојних дрога и психотропних супстанци („Службени гласник РС“, бр. 24/05)
- Стратегија за борбу против дрога у Републици Србији за период од 2009. до 2013. године, ("Службени гласник РС", бр. 16/09)
- Стратегија о спречавању злоупотребе дрога за период 2014–2021. године, ("Службени гласник РС", бр. 1/2015)
- Закон о производњи и промету опојних дрога, „Службени лист СРЈ“, број 46/96 и „Службени гласник РС“, број 37/2002 и 108/2005
- Закон о одређивању органа за вршење одређених послова у области производње и промета опојних дрога, „Службени гласник СРС“, број 8/80

СПИСАК ТАБЕЛА

Табела 1.1: Преваленца употребе алкохола – европске земље.....	34
Табела 1.2: Преваленца употребе марихуане – европске земље.....	35
Табела 1.3: Преваленца употребе екстазија – европске земље.....	36
Табела 1.4: Преваленца употребе амфетамина – европске земље.....	37
Табела 1.5: Преваленца употребе кокаина – европске земље.....	38
Табела 4.1: Домени квалитета живота Светске здравствене организације	134
Табела 4.2: Одабрани резултати испитивања квалитета живота у Србији и просек у ЕУ.....	135
Табела 5.1: Судске пресуде о обавезном лечењу наркомана у периоду од 2009. до 2013. године.....	160
Табела 5.2: Судске пресуде о обавезном лечењу алкохоличара у периоду од 2009. до 2013. године.....	163
Табела 5.3: Осуђена пунолетна лица, према кривичном делу и изреченим кривичним санкцијама (затворске казне) у 2009., 2010., 2011., 2012. и 2013. години.....	167
Табела 5.4: Осуђена пунолетна лица, према кривичном делу и изреченим кривичним санкцијама (новчане казне) у 2009., 2010., 2011., 2012. и 2013. години	168
Табела 5.5: Преглед кривичних дела везаних за производњу, промет, дистрибуцију, држање и омогућавање уживања дрога.....	169
Табела 5.6 Број возача под дејством алкохола у Србији у 2010., 2011. и 2012. години	174
Табела 5.7 Статистика укупног броја саобраћајних несрећа и несрећа изазваних под дејством алкохола у Србији у 2010., 2011. и 2012. години.....	174
Табела 5.8 Упоредни приказ преваленце коришћења дрога међу затвореницима у државним затворима пре одласка на одслужење казне и општој популацији у САД, 2004. године.....	178
Табела 5.9 Преваленца коришћења дрога од стране затвореника у државним затворима у САД, по врсти почињеног кривичног дела, 2004. године	179
Табела 5.10 Затвореници који су починили кривична дела, због којих су осуђени, ради набављања средстава за куповину дроге, 2004. године у САД.....	180
Табела 5.11 Постојања дијагностичких критеријума зависности или злоупотребе дроге међу затвореницима у државним	

затворима у САД, 2004. године и општој популацији 2002. године	181
Табела 5.12 Породична ситуација затвореника у САД у односу на постојање дијагностичких критеријума зависности и злоупотребе дрога, 2004. године.....	182
Табела 6.1: Профил испитаника	184
Табела 6.2: Присуство и учесталост употребе алкохола	189
Табела 6.3: Навике везане за употребу алкохола	192
Табела 6.4: Ставови о узроцима алкохолизма.....	195
Табела 6.5: Ставови о понашању и особинама алкохоличара	196
Табела 6.6: Ставови околине по питању алкохола	199
Табела 6.7: Присуство и учесталост коришћења ПАС.....	202
Табела 6.8: Присуство ПАС по врстама дрога.....	203
Табела 6.9: Ставови о узроцима наркоманије у сеоским срединама у Србији.....	205
Табела 6.10: Број кривичних дела по члановима КЗ.....	216
Табела 6.11: Број кривичних пријава по члановима КЗ.....	216
Табела 6.12: Број извршилаца по члановима КЗ.....	217
Табела 6.13: Број реализованих заплена и количина заплењене дроге, 2010-2014	217
Табела 6.14: Укупан број саобраћајних несрећа под дејством алкохола	217
Табела 6.15: Структура малолетника са поремећајем у понашању	218
Табела 6.16: Број малолетника у ЦСР у сукобу са законом - према изреченој мери	219
Табела П2.1: Извод из интервјуа са представницима институција – Чачак.....	275
Табела П2.2: Извод из интервјуа са представницима институција – Ужице.....	277
Табела П2.3: Извод из интервјуа са представницима институција – Лајковац.....	279
Табела П2.4: Извод из интервјуа са представницима институција – Крушевац.....	281
Табела П2.5: Извод из интервјуа са представницима институција – Панчево.....	283
Табела П2.6: Извод из интервјуа са представницима институција – Барајево	285
Табела П2.7: Извод из интервјуа са представницима институција – Обреновац.....	287

<i>Табела П2.8: Извод из интервјуа са представницима институција – Београд.....</i>	<i>289</i>
<i>Табела П2.9: Извод из интервјуа са представником Завода за болести зависности.....</i>	<i>291</i>

СПИСАК ГРАФИКОНА

<i>Графикон 6.1: Процент испитаника који познају некога ко користи ПАС по типу супстанце коју користи, Србија (%)</i>	<i>200</i>
---	------------

ПРИЛОГ 1

Молимо Вас да учествујете у овом научном истраживању чији је циљ да проучи алкохолизам и наркоманију у сеоским срединама.
 На нека питања треба сами да упишете одговор, а на нека су одговори већ понуђени и Ви треба само да заокружите онај одговор који најбоље изражава Ваше мишљење. Молимо Вас да слободно и искрено одговорите на свако питање јер је испитивање анонимно (не треба да упишете своје име и презиме).
 Унапред Вам захваљујемо на сарадњи.

А Подаци о члановима домаћинства							
A1	Пол испитаника						
	Мушки					1	
	Женски					2	
A2	Годиште испитаника						
<p><i>Уколико испитаник још нема пуних 18 година, замолити родитеља или старатеља да потпише сагласност да испитаник буде анкетирани</i> Сагласан сам да (име испитаника) може да учествује у анкети као испитаник. Сви подаци ће бити статистички обрађени и неће моћи да се доведу у везу са њим.</p> <p>Потпис родитеља или старатеља _____</p>							
A3	Колико људи живи у вашем домаћинству? (упишите број људи)						
A4	Колико је њих млађе од 18 година? (упишите број људи)						
A5	Ко највише доноси одлуке у вашем домаћинству?						
	Сродство са испитаником _____						
	Годиште доносиоца одлука _____						
A6	Чиме се углавном баве (од чега живе - мисли се на главну делатност, један одговор):						
		Становници вашег села		Ваше домаћинство			
	Пољопривредом	1		1			
	Раде у селу, али се не баве пољопривредом	2		2			
	Раде у граду, већем месту	3		3			
	Раде у иностранству	4		4			
	Друго (уписати шта)		5 _____		5 _____		
A7	Колико укућана макар повремено пије алкохолна пића, чак и у малим количинама (под алкохолним пићима подразумевамо пиво, вино, жестока пића, мешавине/коктели)?						
	Пунолетних (упишите број људи)						
	Малолетних (упишите број људи)						
Б Навике испитаника везане за пиће							
B1	Колико често ви конзумирате следеће врсте алкохолних пића? (заокружити по 1 број у свакој колони)						
		Воћни сокови	Пиво	Кисела вода	Коктели који садрже алкохол	Вино	Жестока пића (ракија, вотка, виски)
	Сваки дан	1	1	1	1	1	1
	5-6 пута недељно	2	2	2	2	2	2
	3-4 пута недељно	3	3	3	3	3	3
	1-2 пута недељно	4	4	4	4	4	4
	2-3 пута месечно	5	5	5	5	5	5
	Једанпут месечно	6	6	6	6	6	6
	6-11 пута годишње	7	7	7	7	7	7
	2-5 пута годишње	8	8	8	8	8	8
	Једанпут годишње	9	9	9	9	9	9
	Нисам пио/ла у протеклих 12 месеци, али сам пио/ла раније	10	10	10	10	10	10
	Никада нисам пио/ла	11	11	11	11	11	11

Алкохолизам и наркоманија у селима Србије

Б2	Колико обично попијете од наведених пића? <i>(упишите количину и јединицу мере - чаша, чашица, флаша...)</i>	
	Воћни сокови	
	Пиво	
	Кисела вода	
	Коктели који садрже алкохол	
	Вино	
	Жестока пића (ракија, вотка, виски)	
<i>Уколико испитаник/ца не конзумира пиво, коктеле, вино и жестока пића ређе од једном месечно, пређите на део "В - Ставови према алкохоличарима"</i>		
Б3	У које доба дана пијете алкохолна пића? <i>(Могуће је заокружити више одговора)</i>	
	Ујутру кад устанем	1
	За време доручка	2
	Између доручка и ручка	3
	Пре ручка	4
	За време ручка	5
	Између ручка и вечере	6
	За време вечере	7
	После вечере	8
	Пред спавање	9
	Друго <i>(упишите у које доба дана)</i> _____	10
Б4	У којим приликама најчешће пијете алкохолна пића? <i>(Могуће је заокружити више одговора)</i>	
	У посебним друштвеним приликама (свадбе, крштења, славе)	1
	Кад сам са друштвом кући	2
	У кафани, кафићу	3
	Испред задруге, продавнице	4
	Кад желим да се опустим	5
	Док радим	6
	На већим окупљањима у селу (вашари)	7
	Нема правила	8
	Нека друга прилика (наведите која)?	9
Б5	Да ли чешће пијете сами или у друштву?	
	Сам	1
	У друштву	2
	Не пијем у друштву	3
Б6	Да ли сте икада под дејством алкохола урадили нешто због чега сте се касније кајали?	
	Да, једном	1
	Да, неколико пута	2
	Не	3
Б7	Колики су ваши месечни трошкови за алкохолна пића? <i>(Уписати износ у динарима, ако испитаник не зна тачно, замолити га да процени. Ако домаћинство само производи нпр. вино, ракију, заокружити нулу. Могуће су обе варијанте)</i>	
	Динара	
	Сам производим	0
В	Ставови према алкохоличарима	
В1	Због чега, по вашем мишљењу, људи почињу да пију? <i>(могуће више одговора)</i>	
	Радозналост	1
	Забава	2
	Друштво	3
	Проблеми	4
	Жеља за доказивањем	5
	Друго <i>(наведите ита)</i>	6

В2	<p>Које су по вашем мишљењу особине и понашање карактеристични за алкохоличаре? (Уписати дословце шта је испитаник одговорио. Подстицати испитаника да наведе што више детаља)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
В3	<p>Која вам њихова особина највише смета? (Уписати дословце шта је испитаник одговорио. Подстицати испитаника да наведе што више детаља)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
В4	<p>Какав је став ваше околине по питању употребе алкохола? (Уписати дословце шта је испитаник одговорио. Подстицати испитаника да наведе што више детаља)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
Г Опојне дроге - општи ставови																	
Г1	<p>Да ли познајете неког ко користи нешто од следећих супстанци (могуће више одговора):</p> <table border="1" data-bbox="276 909 1375 1167"> <tr> <td>Лекови за смирење</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Испарљиви растварачи - у сврху опијања (лепак, разређивачи)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Марихуана и хашиш</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Екстази, амфетамини, таблете</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Кокаин</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Хероин и остали опијати (производи од мака)</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>ЛСД, халуциногене печурке</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Не познајем никог ко користи</td> <td>8</td> </tr> </table>	Лекови за смирење	1	Испарљиви растварачи - у сврху опијања (лепак, разређивачи)	2	Марихуана и хашиш	3	Екстази, амфетамини, таблете	4	Кокаин	5	Хероин и остали опијати (производи од мака)	6	ЛСД, халуциногене печурке	7	Не познајем никог ко користи	8
Лекови за смирење	1																
Испарљиви растварачи - у сврху опијања (лепак, разређивачи)	2																
Марихуана и хашиш	3																
Екстази, амфетамини, таблете	4																
Кокаин	5																
Хероин и остали опијати (производи од мака)	6																
ЛСД, халуциногене печурке	7																
Не познајем никог ко користи	8																
Г2	<p>Шта мислите, на који су начин те особе први пут дошле до дроге? (Ако испитаник не познаје никог, не постављати ово питање.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
Г3	<p>Зашто, по вашем мишљењу, људи почињу да узимају дрогу? (Могуће више одговора)</p> <table border="1" data-bbox="276 1350 1375 1541"> <tr> <td>Радозналост</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Забава</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Друштво</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Проблеми</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Жеља за доказивањем</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Друго (наведите шта)</td> <td>6</td> </tr> </table>	Радозналост	1	Забава	2	Друштво	3	Проблеми	4	Жеља за доказивањем	5	Друго (наведите шта)	6				
Радозналост	1																
Забава	2																
Друштво	3																
Проблеми	4																
Жеља за доказивањем	5																
Друго (наведите шта)	6																
Г4	<p>Које су по вашем мишљењу особине и понашање карактеристични за наркомане? (Уписати дословце шта је испитаник одговорио. Подстицати испитаника да наведе што више детаља)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
Г5	<p>Која вам њихова особина највише смета? (Уписати дословце шта је испитаник одговорио. Подстицати испитаника да наведе што више детаља)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																

Г6	Ко најчешће користи наведене супстанце, дроге? <i>(Ако испитаник не познаје никог ко конзумира опојне дроге, питати га шта мисли. Могуће више одговора)</i>		
		Мушки	Женски
	Млађи (до 30 година)	1	4
	Средњих година (31-50 година)	2	5
	Старији (преко 50 година)	3	6
Г7	Шта мислите, где су први пут пробали дрогу? <i>(Ако испитаник не познаје никог ко конзумира опојне дроге, питати га шта мисли, или је чуо од других)</i>		

Д	Опојне дроге - лична информисаност		
Д1	Да ли вам је ико икада понудио нешто од наведеног? <i>(Могуће више одговора)</i>		
	Лекови за смирење		1
	Испарљиви растварачи - у сврху опијања (лепак, разређивачи)		2
	Марихуана и хашиш		3
	Екстази, амфетамини		4
	Кокаин		5
	Хероин и остали опијати (производи од мака)		6
	ЛСД, халуциногене печурке		7
	Не желим да одговорим <i>(не читати)</i>		8
Д2	Шта мислите, колико је тешко набавити неку од наведених супстанци? 1 - Немогуће, 2 - Тешко, 3 - Ни тешко ни лако, 4 - Углавном лако, 5 - Лако <i>(Неко други је било која особа из села, не мисли се на нпр. јавне, естрадне личности и сл.)</i>		
		Вама	Неком другом
	Лекови за смирење	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Испарљиви растварачи - у сврху опијања (лепак, разређивачи)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Марихуана и хашиш	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Екстази, амфетамини	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Кокаин	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Хероин и остали опијати (производи од мака)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	ЛСД, халуциногене печурке	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Д3	Ко би у овој држави требао да се бави проблемом наркоманије? Кома би се наркомани прво обратили за помоћ у лечењу? <i>(Уписати дословце шта је испитаник одговорио. Подстицати испитаника да наведе што више детаља)</i>		

Д3	Шта је од следећег у вези са дрогом законски кажњиво?		
		Да	Не
	Производња	1	2
	Продаја	1	2
	Поседовање	1	2
	Употреба	1	2
Ђ	Лични ставови о животу		
Ђ1	Оцените оценом од 1 до 5 (као у школи) колико сте ви лично задовољни својим начином живота?		
	Уопште нисам задовољан		1
	Незадовољан сам		2
	Нити сам задовољан, нити незадовољан		3
	Задовољан сам		4
	Веома сам задовољан		5

Б2	Како ви лично процењујете материјално стање вашег домаћинства?		
	Живимо веома лоше, понекад немамо ни за основне потребе		1
	Имамо таман толико за основне потребе		2
	Живимо нормално, имамо за све што нам је потребно		3
	Имамо све што нам је потребно и помало нам и остане са стране		4
	Имамо све и можемо да планирамо већа улагања		5
Б3	Да ли се слажете са следећим тврдњама?		
		Да	Не
	Мушкарац је тај који зарађује, а жена се брине о домаћинству и укућанима		
	Одлуке о домаћинству треба да доноси најстарији мушки члан		
	Мушкарци треба да воде бригу о деци, помажу око школе, домаћих задатака		
	Пре бих купио добар аутомобил, него машину за рад		
	Најважније је у животу бити поштен		
	Главни ослонац у животу треба да је породица		
	Укидање обавезног војног рока је погрешно, јер више нема ко да направи зреле људе		
	Поп, учитељ и ветеринар су ауторитети које треба безусловно слушати		
	Боље бити први у селу него последњи у граду		
	У мом селу има довољно забавних садржаја за све		
	Млади треба да остану са родитељима и наставе њихов посао, без обзира на услове живота		
	Када би ми се указала прилика, одселио бих се одавде и започео живот испочетка		
Б4	Шта по Вашем мишљењу, од доле наведеног има највећи, а шта најмањи утицај на промену стила живота од традиционалног ка модерном (унети оцене од 1 до 5)?		
	Телевизија и радио		
	Штампа		
	Интернет		
	Близина града		
	Квалитет живота на селу		
Е	Подаци о анкети		
Е1	Насеље _____ Општина _____ Поштански број _____		
Е2	Датум анкетања _____		
Е3	Можете ли нам дати број телефона ради контроле рада анкетара? _____		

Табела П2.1: Извод из интервјуа са представницима институција - Чачак

А	I Присуство и распрострањеност алкохолизма и наркоманије	II Профил корисника ПАС
Центар за социјални рад	<ul style="list-style-type: none"> • Да ли постоји проблем • Од када • Да ли добија на интензитету • Које категорије – разлике • Разлике село – град <p>- Препознато присуство алкохолизма и наркоманије од стране Центра за социјални рад. „То није нека новина о којој се ништа не зна, о којој не постоје било какви случајеви. То је нешто што као појава егзистира.“</p> <p>- Ови проблеми су сада друштвено видљивији.</p> <p>- Евидентан је константан раст ових појава посебно ако се има у виду смањивање броја становника, посебно деце и омладине до 26 година.</p> <p>- Суштинске разлике између села и града не постоје, као што нема разлике ни између сеоске и градске деце.</p> <p>- Добра инфраструктура у општини Чачак утиче на то да су комуникације много динамичније, бришу се разлике, викенд-алкохол</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Које категорије – старост, пол... • Смањивање годишња почетка узимања ПАС • Из којих породица се регрутују • Профил корисника село – град • Разлози <p>- Центар за социјални рад препознаје да је међу корисницима најугроженија популација од 16 година, завршетак основне школе и прелазак у средњу школу.</p> <p>- Примећује се повећано конзумирање алкохола код девојчица у односу на неки ранији период, што за последицу има појаву алкохолизма младих брачних парова.</p> <p>- Граница почетка узимања ПАС није драстично спуштена већ је постала само друштвено видљивија. Пример: „Млађи од 14 година у вршењу кривичних и прекршајних дела раније нису откривани ни процесуирани. Сама чињеница њиховог откривања и процесуирања доводи, можда погрешно, до закључка да се та граница спушта.“</p> <p>- Код одређених породица постоји већа толеранција на алкохол – која се манифестује као трансгенерацијско преношење са родитеља на децу (у руралној популацији карактеристично за мушку децу).</p> <p>- Разлози за коришћење ПАС: лоша економска ситуација, а први и основни разлог је нарушена комуникација између чланова породице.</p>
Полицијска управа	<p>- Присуство алкохолизма и наркоманије евидентно, широка распрострањеност се огледа у томе што добар део и младих и старих, мушких и женских користи алкохол.</p> <p>- Проблем алкохолизма и наркоманије данас, више него раније, друштвено видљив, што не мора да значи да је данас и више присутан него пре.</p> <p>- Разлике између села и града су све мање, јер људи са сеоског подручја све више времена проводе у граду – ноћни изласци, а и млади у селу седе испред продавнице и пију пиво.</p> <p>- Свако село има по бар једну кафану – оне су део свакодневног окупљања на селу.</p> <p>- Приметан пораст ПАС пре свега код младих и на селу</p> <p>- Повећан број саобраћајних несрећа викендом</p>	<p>- Млада популација од 16 до 18 година најкритичнија за проблем алкохолизма и наркоманије. Време када се тражи сопствени идентитет.</p> <p>- Женска популација много чешће данас на јавном месту конзумира алкохол. Женски алкохолизам постојао и раније али се он одвијао код куће, посебно на селу.</p> <p>- Критичан период је прелазак из основне у средњу школу, посебно код сеоске омладине која жели да се уклопи у градско друштво и вршњачке групе.</p> <p>- Не постоје разлике по полу. Евидентан је раст употребе алкохола код жена. Некада је то било срамота, а данас је то тренд и мода: - „Познати чачански виц гласи: Оженио сам се њом мислећи да кува као мајка, а она пије као отац.“</p> <p>- Разлози: економска криза, бежање од проблема, незапосленост, поремећен систем вредности: - „Не зна човек како да попуни слободно време, мода је, односно „ин“, бити проблематичан, а не фин“. „На свадбама у селу у којем је убијен познати нарко дилер обавезно се пева: „Цело село шмрче бело“, снима се камерама, баца се брашно у ваздух и то је ствар којом се цело село дичи.“</p> <p>- Непотпуне породице, породице немају ону функцију коју су некада имале.</p> <p>- Трансгенерацијско преношење алкохолизма.</p>
Основна школа	<p>- За све институције одговор исти: „То је опасност која се полако, али сигурно надвија над свим установама, а посебно над онима које раде са младима, првенствено школама.“</p> <p>- Овај проблем није присутан у великој мери у узрасној категорији деце у основној школи.</p> <p>- Постоји овај проблема на нивоу села у виду појединачних случајева, на нивоу школе проблем практично не постоји.</p> <p>- Много израженији је проблем алкохол него дрога, посебно међу средњошколцима.</p> <p>- Ове појаве добијају на интензитету у последње време.</p> <p>- Последњих година проблем је све израженији и присутнији.</p> <p>- Много израженији проблем у градској него сеоској средини.</p> <p>- У селу постоје и корисници и препродавци наркотика.</p> <p>- Постоје разлике између сеоских и градских средина.</p> <p>- У градским школама проблеми много израженији, посебно у средњим школама.</p>	<p>- Почетак проблема везује се за 7. и 8. разред али је пресудан прелазак у средњу школу и друштво које се формира при том преласку.</p> <p>- Једини случај злоупотребе алкохола догодио се пре 5 година када је један ученик 8. разреда мало више попио последњег дана школе. На нивоу школе не воде се никакви подаци.</p> <p>- Разлози: радозналост, бежање од стварности</p> <p>- Профил корисника: нема разлике између села и града. Појава израженија у граду него у селу.</p>
Резиме	<p>- Губе се разлике између села и града.</p> <p>- Појава расте и добија на интензитету.</p> <p>- Приметан пораст међу младима на селу.</p>	<p>- Критично годиште 16-18, прелазак из основне у средњу школу.</p> <p>- Полне разлике готово да не постоје.</p> <p>- Разлози: незапосленост, бежање од проблема, радозналост.</p> <p>- Не постоје разлике између села и града у профилу корисника.</p>

Б	III Актери у процесу и њихове улоге	IV Препоруке
Центар за социјални рад	<ul style="list-style-type: none"> • Идентификација проблема, када • Инструменти којима располаже институција • Сарадња са осталим институцијама • Оцена ефикасности сопствене институције и осталих актера у процесу • Идентификација одсуства одговарајућих канала <p>- Идентификација проблема – Центар за социјални рад сусреће се са проблемом у тренутку када дођу писани дописи других институција или када се корисници сами пријаве. Од институција то су Полицијске управе и Суд – када су у питању прекршајна и кривична дела, док се алкохоличари и наркомани лично обраћају за неку врсту материјалне помоћи или подршку. И сами родитељи могу да се јаве центру уколико не могу да се носе с' тим проблемом, и када исцрпе своје капацитете и могућности.</p> <p>- Центар за социјални рад доноси план услуга и то индивидуалан план услуга и план услуга за целу породицу.</p> <p>- Сарадња са основним школама, средњим школама, здравственим системом, омладинским организацијама, домовима културе...</p> <p>- Сарадња са Полицијском управом.</p> <p>- Ефикасност целог система добра.</p> <p>- Недостаје: превентивни рад и ресоцијализација корисника ПАС.</p> <p>- Односно шта се дешава после затворске казне. Ресоцијализација не постоји, они су препуштени сами себи „По престанку деловања институција система, они нису у стању да наставе нормалан живот.“</p> <p>- Непостојање посебних активности и програма рада за руралну средину.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • На плану превенције • На плану сузбијања ових појава • Средства за побољшање превенције • Надлежности сваке институције <p>- Пројекат „Корак по корак“ у сарадњи са школама на нивоу Србије подржан од стране Министарства и локалне самоуправе.</p> <p>- Радионице по школама (временски трајало 3-4 године). Повремено и у оквиру сеоских школа.</p> <p>- Трибине, јавни скупови, округли столови немају већи значај у превенцији. Много су значајније радионице и интерактивно укључивање вршњака и вршњачких група.</p> <p>- Решење: интегрални модел који треба да усклади све релевантне институције на нивоу локалне заједнице јер то није појединачни проблем било које институције. Ланац креће од породице коју треба ојачати, затим јасна подела одговорности и надлежности институција и система, механизми деловања.</p> <p>- Проблеми: недостатак кадра, организациони капацитети и немогућност непрекидног праћења лица која су била у систему деловања Центра за социјални рад.</p>
Полицијска управа	<ul style="list-style-type: none"> - Полиција је прва у ланцу институција које приметне појаву алкохолизма и наркоманије. Прва је региструје, прва затиче и на јавном месту и у породици. - Када су у питању малолетници обавештавају се родитељи, често не постоји сарадња и разумевање родитеља. - Сарадња са прекршајним судовима, тужилаштвом, основним и вишим судовима, Центрима за социјални рад. - Побољшати активности Центара за социјални рад, невладиних организација. - У околини Чачка не постоји установа за лечење од алкохолизма, пацијенти се лече у Горњој Тополници (5-6 пацијената годишње). Увек се лечење одвија принудно, никада добровољно. - Недостаје конкретизација послова Центра за социјални рад кроз давање конкретних и тачних овлашћења за поступање у конкретним случајевима. Центар за социјални рад има само саветодавну улогу. Треба омогућити да Центар за социјални рад може да упути на лекарски преглед и обавезно лечење алкохоличара и наркомана. - Сарадња са Центром за социјални рад једносмерна, Полицијска управа шаље 50 – 60 извештаја месечно о догађајима у породицама. 	<ul style="list-style-type: none"> - Појачан теренски рад. - Превентивне акције по школама: радионице, трибине. - Површинско решавање проблема, не иде се у дубину. - Мере: примена Закона о безбедности саобраћаја смањила употребу алкохола код возача моторних возила; забрана служења пића малолетницима; забрана точења пића пре подне; применити добре мере држава у окружењу - Недостатак заједничке базе података (Центар за социјални рад, полицијска управа, школе) везано за алкохолизам и наркоманију. - На превенцији ПУ може врло мало да уради. Недостаје увођење позорника, присуство полиције на улици, обука полицијских службеника, евидентирање и праћење лица на условној слободи. - Побољшање комуникације локални – национални ниво. „Не јачамо институције код нас се јачају појединци.“ - Појачати промоцију ефеката не употребе алкохола и дрога. - Улагати у развој села, производњу, субвенционисати село.
Основна школа	<ul style="list-style-type: none"> - Мере школе: школа преко дежурних наставника или учитеља алармира директора школе или психолога или одељенског старешину уколико се код неког ђака примети чудно понашање. Позивају се родитељи и уз њихову сарадњу се предузимају конкретније мере уз учешће других институција. - Комуникација са Центрима за социјални рад, Полицијском управом. Уколико се примети проблем обавештава се Центар за социјални рад, школски полицајац који омогућава повезивање и са инспекторима за малолетничку деликвенцију. - Функционисање целог система институција тромо. 	<ul style="list-style-type: none"> - Превенција: предавања од стране Полицијске управе на тему: „У зачараном кругу дроге“. Једном годишње за ученике 5. разреда. Затим предавања сваке 2-3 године од стране лекара. Све се своди на ниво појединачних случајева, а не на систематски процес. - Подизање свести људи посебно на селу. - Све институције да буду ефикасније, да не постану, или то већ јесу „сопствене жртве, жртве сопствених процедура“. - Не постојање проблема алкохолизма и наркоманије у школи везује се за прилично поштовање школе као институције.
Резиме	<ul style="list-style-type: none"> - Постоји сарадња следећих институција: ЦСР, полиције и школа. - Интегрални модел укључивања свих релевантних институција у локалној средини. - Спорост тужилаштва 	<ul style="list-style-type: none"> - Јасно дефинисање задатака сваке институције понаособ. - Боља интеграција институција и изградња стабилног и ефикасног система са јасно дефинисаним задацима.

Табела П2.2: Извод из интервјуа са представницима институција - Ужице

А	I Присуство и распрострањеност алкохолизма и наркоманије	II Профил корисника ПАС
Центар за социјални рад	<ul style="list-style-type: none"> • Да ли постоји проблем • Од када • Да ли добија на интензитету • Које категорије – разлике • Разлике село – град <p>- Проблеми постоје на приближно истом нивоу већ дуги низ година јер у Ужицу велики број људи још увек имају посао.</p> <p>- Проблем алкохолизма постоји одувек. Представља трансгенерацијски проблем.</p> <p>- Интензитет проблема изгледа виши јер се о њему много више прича у последње време.</p> <p>- ЦСР се не бави алкохолизмом и наркоманијом директно већ насиљем и проблемима изазваним алкохолизмом и наркоманијом.</p> <p>- Наркоманија много мањи проблем од алкохолизма, на нивоу града.</p> <p>- Највећи проблем је дезинтеграција породице.</p> <p>- Проблем алкохолизма присутан и код мушкараца и код жена, као и у свим старосним и социјалним категоријама.</p> <p>- Систем вредности се спустио испод границе подношљивог.</p> <p>- Не постоје разлике између села и град по било којој категорији, посебно међу младима. Узрок томе је да млади на селу немају више обавезе које су раније имали.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Које категорије – старост, пол... • Смањивање годишња почетка узимања ПАС • Из којих породица се резултују • Профил корисника село – град • Разлози <p>- Не може се дефинисати типичан алкохоличар или наркоман.</p> <p>- Имали смо случајеве 15 годишњих девојчица које су ишле на испирање желуца.</p> <p>- Типови породица из којих долазе алкохоличари и наркомани је широк: од социјално угрожених до доброstoјећих, без образовања до високо образованих. Очигледно је да постоји неки други проблем у тим породицама.</p> <p>- Разлози: пропадање породице, њено нестајање, породица губи улогу коју је некада имала.</p>
Полицијска управа	<p>- Проблем алкохолизма и наркоманије евидентан.</p> <p>- Према статистичким подацима не постоји велика разлика у овим појавама већ низ година.</p> <p>- Постоје доста изражене разлике у нивоу проблема са алкохолом у Златиборским селима и онима око Кадињаче. У селима око Кадињаче се много више пије.</p> <p>- Толеранција на алкохол је толика да је лично не знам никога из свог окружења ко није алкохоличар, ако је критериум за то узимање алкохола два пута недељно по две чаше вина или пива.</p> <p>- Алкохол се углавном конзумира у вечерњим сатима по кафићима, дискотекама, клубовима...</p>	<p>- Алкохолизам изражен у категоријама младих 15-16 година. Такође је нешто виши код мушкараца.</p> <p>- Нема промена у погледу почетка коришћења алкохола и дрога.</p> <p>- Алкохолизам и наркоманија присутни у свим типовима породица. Можемо издвојити две типичне породице и то: сиромашна дисфункционална са израженим бројем учинилаца кривичних дела и веома имућна са израженим бројем корисника дрога.</p> <p>- Разлози: радозналост, потреба за идентификацијом и припадање групи.</p>
Основна школа	<p>- У самој школи не постоји проблем алкохолизма и наркоманије.</p> <p>- Проблем алкохолизма постоји одувек.</p> <p>- Наркоманија се шири из града.</p> <p>- У Чајетини има пар случајева лечених алкохоличара, и мушкараца и жена. Са алкохолизмом увек је повезано насиље у породици.</p> <p>- Село се као такво променило и веома се мало разликује од града у свим аспектима, посебно када је у питању присуство нових технологија.</p> <p>- У селима се ретко ко бави пољопривредом, углавном они старији од 50 година.</p>	<p>- Од категорија корисника алкохола и дрога издвајају се средњошколци који у школу иду у Ужице.</p> <p>- Постоји и разлика по полу, углавном пију мушкарци.</p> <p>- Почетак конзумирања алкохола већ годинама исти, 14-15 годишњаци, али без неких великих проблема.</p> <p>- Не може се издвојити неки посебан тип породице као проблематичан.</p>
Резиме	<p>- Израженији проблеми алкохолизма.</p> <p>- Смањују се разлике село-град.</p>	<p>- Критичне године 14-16.</p> <p>- Више проблема код мушкараца.</p> <p>- Разлози: пропадање породице и нестајање улоге коју је некада имала, радозналост, потреба за идентификацијом и доказивањем.</p>

	III Актери у процесу и њихове улоге	IV Препоруке
Б	<ul style="list-style-type: none"> • Идентификација проблема, када • Инструменти којима располаже институција • Сарадња са осталим институцијама • Оцена ефикасности сопствене институције и осталих актера у процесу • Идентификација одсуства одговарајућих канала 	<ul style="list-style-type: none"> • На плану превенције • На плану сузбијања ових појава • Средства за побољшање превенције • Надлежности сваке институције
Центар за социјални рад	<ul style="list-style-type: none"> - Када се појави проблем прво реагују полиција и тужилаштво па онда нас они обавесте о настанку проблема. Ми тада шаљемо специјализоване тимове у зависности да ли су угрожена деца или старије особе. - Постоји добра сарадња са полицијом, тужилашвом, школама па чак и вртићима. - Раније је ЦСР имао инструменте за откривање случајева при месним заједницама или радним организацијама директно на терену, али тога више нема. Рад се у данашње време своди углавном на канцеларију. Проблеми се откривају само када неко то пријави: комшије, родбина, саме жртве. - Проблем ефикасности ЦСР је то што има само саветодавну улогу. 	<ul style="list-style-type: none"> - При ЦСР постоје саветовалишта за брак и породицу и то је све. - За малолетнике постоје пројекти, клубови, радионице за превентивно деловање које по речима колеге који то води дају резултате. - План је радити на јачању улоге породице. - На плану сузбијања потребно је проблеме учинити видљивијим, тј. отворено причати о њима. - Законски регулисати точење алкохола малолетницима и то спроводити. - Донети ригорознији закон о породици.
Полицијска управа	<ul style="list-style-type: none"> - Ми идентификујемо проблеме и алкохолизма и наркоманије. О свим откривеним случајевима обавештавамо ЦСР, али они рецимо нас обавесте о случају који они воде тек после две године. - Оперативно се више бавимо трговином и производњом дроге него њеним коришћењем. - Постоји инертност у другим институцијама везано за међусобну сарадњу. - Потписали смо протоколе о сарадњи у вези са алкохолизмом са ЦСР и општом болницом. - Обављамо обиман теренски рад усмерен на сузбијање трговине наркотицима. - Проблем представља дисконтинуитет у раду институција, јер са сваком променом на челу тих институција долази до персоналних промена у тимовима који се баве тим проблемима. - Узрок свих проблема је распад породице и погрешан систем вредности. - Постојеће проблеме очигледно не може да реши само полиција. 	<ul style="list-style-type: none"> - На плану превенције дајемо свој максимум. Више од тога се у овим условима не може. - Радимо са најмлађим категоријама, информишемо их о последицама алкохолизма и наркоманије. - Неопходна је сарадња са родитељима на сузбијању проблема алкохолизма и наркоманије. - Потребно је формирати саветодавно тело за координацију рада институција састављено од стручних људи који би радили оперативне послове. - Потребан је ефикаснији рад тужилаштва у складу са новим кривичним законом.
Основна школа	<ul style="list-style-type: none"> - Проблеми се углавном идентификују у ЦСР који нас о томе обавести, ма да је ово село па се о свему сазна из прича и пре тога. - Када се појави неки проблем ми обављамо саветодавни разговор са децом и родитељима и о томе обавештавамо остале институције, по потреби. Такође спроводимо и одговарајуће васпитне мере. - Информацију о проблемима шаљемо и полицији и ЦСР, а шта они даље раде то не знам. - Постоји добра сарадња и са полицијом и са другим школама, као и са домом здравља. - Какви су њихови међусобни односи не знам. Обично полиција и ЦСР међусобно пребацују одговорност 	<ul style="list-style-type: none"> - Трибине о алкохолизму и наркоманији организујемо за 7. и 8. разред са предавачима из дома здравља и ЦСР за алкохолизам и полиције за наркоманију. - У школи не постоји школски полицајац. - Раније је и у школи постојала радионица за алкохолизам и наркоманију. - Мислим да се у школи на превенцији ради довољно. - Највећи проблем је у непрекидном пребацивању одговорности између различитих институција. - Основни проблем је недостатак завода за лечење алкохолизма и наркоманије на локалном нивоу. - Неопходно је појачати едукацију и подизање свести о постојању проблема код целокупног становништва
Резиме	<ul style="list-style-type: none"> - Сарадња ЦСР, полиције и школа. - Протоколи о сарадњи у вези са активностима различитих институција. - Проблем недостатак континуитета у раду тимова – честе смене чланова. 	<ul style="list-style-type: none"> - Проблем је међусобно пребацивање одговорности институција. - Потребно је формирање саветодавног тела за координацију рада институција.

Табела П2.3: Извод из интервјуа са представницима институција - Лајковац

	I Присуство и распрострањеност алкохолизма и наркоманије	II Профил корисника ПАС
A	<ul style="list-style-type: none"> • Да ли постоји проблем • Од када • Да ли добија на интензитету • Које категорије – разлике • Разлике село – град 	<ul style="list-style-type: none"> • Које категорије – старост, пол... • Смањивање годишња почетка узимања ПАС • Из којих породица се регрутују • Профил корисника село – град • Разлози
Центар за социјални рад	<ul style="list-style-type: none"> - Алкохолизам присутан дужи низ година, а у задње време добија на интензитету. - За наркоманију не постоје никакви подаци. - Алкохолизам прикривен, углавном без лечења и процесуирања. - Алкохолизам код деце табу тема, о томе се не прича. - Деца из две наркоманске породице дата у хранитељске породице. 	<ul style="list-style-type: none"> - Присуство проблема у породицама са поремећеним односима. - Алкохолизам девалвира социолошко здравствени статус појединца. - Проблем настаје у кризним периодима живота код старијих (губитак посла, прекид брака, проблеми са здрављем). - Код младих нешто другачији узроци (лоша организација живота у породици, социјално угрожене и дисфункционалне породице, отац алкохоличар) - У селу окидач за алкохолизам егзистенцијални проблеми, млади професионално неостварени, ретко оснивају породице.
Полицијска управа	<ul style="list-style-type: none"> - Проблем алкохолизма и наркоманије није претерано присутан. - Присуство лаких дрога од почетка кризе деведесетих година. - Задњих година благо повећање проблема. - Раст наркоманије изазван новим јефтиним дрогама, израженији код младих мушког пола. - Разлика између села и града практично не постоји. - Алкохолизам посебно у порасту код младих као и код припадница женског пола где је конзумирање у кафићима посебно изражено. 	<ul style="list-style-type: none"> - Прелазак у средњу школу доводи до првог контакта са дрогом. - Проблеми алкохолизма присутни у свим старосним категоријама. - Постоји тренд смањивања годишња првог узимања наркотика. - Разлози за коришћење алкохола и дрога код младих најчешће жеља да се што пре одрасте као и социјална ситуација - Материјални статус није одређујући. - Најчешћа категорија корисника незапослени.
Основна школа	<ul style="list-style-type: none"> - Било која врста конзумирања алкохола од стране деце представља неку врсту алкохолизма (злоупотребе алкохола). - Први контакт са алкохолом 7. и 8. разред. - Пре 2-3 године интервенисала хитна јер је ученик попио литар водке наискап. - Ђаци из 5. до 8. разреда добро упознати са дрогама: марихуана, хероин. - У селу не постоји проблем наркоманије. - Са алкохолом је друга прича. Проблем постоји и у порасту је. - У школи присутан „пробаторски“ алкохолизам, предњаче мушкарци. - Постоје разлике између сеоске и градске средине. На селу више присутан алкохол, а у граду дрога 	<ul style="list-style-type: none"> - Учесталије пијење код деце од 6. разреда. - На селу старији уче млађе да конзумирају алкохол – вршњачка идентификација. - Проблем присутан у некомплетним, дисфункционалним породицама као и код избегличких породица. - Лајковац важи за транзитно место дроге, па је понуда велика а цена дроге нижа.
Резиме	<ul style="list-style-type: none"> - Благ раст употребе алкохола и дрога. - Посебно изражен алкохол међу женском популацијом. - Разлике село-град више не постоје. - Алкохол више присутан на селу а дрога у граду. 	<ul style="list-style-type: none"> - Тренд смањења годишња првог коришћења алкохола. - Критичан период прелазак у средњу школу. - Разлози за настанак проблема: егзистенцијални проблеми, професионална неоствареност међу младима, жеља да се што пре уђе у свет одраслих. - Проблеми изражени у некомплетним, дисфункционалним и избегличким породицама.

	III Актери у процесу и њихове улоге	IV Препоруке
Б	<ul style="list-style-type: none"> • Идентификација проблема, када • Инструменти којима располаже институција • Сарадња са осталим институцијама • Оцена ефикасности сопствене институције и осталих актера у процесу • Идентификација одсуства одговарајућих канала 	<ul style="list-style-type: none"> • На плану превенције • На плану сузбијања ових појава • Средства за побољшање превенције • Надлежности сваке институције
Центар за социјални рад	<ul style="list-style-type: none"> - Код нас заступљен саветодавни рад, лечење, одвикавање. - Код појаве насиља прво иде пријава за насиље у породици а затим лишавање родитељских права. - Наш рад почиње по добијању пријаве од стране полиције. - Наш ЦСР покрива три општине. - Психолог долази једном недељно, педагог не постоји, стално је присутан само социјални радник. - Основни проблем центра је недостатак мреже комуникација. - Сарадња са полицијом, домом здравља и школама и месним заједницама је солидна. - Основни проблем је неефикасност и спорост судова. - Потребно је истаћи ефикасност полиције. 	<ul style="list-style-type: none"> - Лечење као вид помоћи алкохоличарима наилази на потпуно одбијање од њихове стране. - За те потребе постоји психијатријска болница у Ваљеву отвореног типа. - Ни једна институција у општини не обавља превентиван рад. - Споре реакције свих институција. - Решење проблема захтева обезбеђење посла људима, нове културне и спортске садржаје. - За бољи рад ЦСР неопходно је обезбедити нове кадрове (психолога, педагога и правника). - Слаба социјална мрежа – недостаје центар за дневни боравак алкохоличара због страха од етикетирања. - Превентива готово уопште не постоји. - Потребно је дугорочно планирање.
Полицијска управа	<ul style="list-style-type: none"> - Проблеми се идентификују оперативним радом са лицима из криминогене средине. - Предмет наших интересовања првенствено дилери. - Полиција обавља репресивни део посла. - Сарадња постоји са ЦСР. - Статистика приказује откривене случајеве, питање је шта је у црној зони. 	<ul style="list-style-type: none"> - При општини Лајковац потребно је основати савет за борбу против наркоманије који укључује вртиће, школе, полицију. - Потребно је организовати позоришне представе, трибине, предавања. - Проширити превентиван рад сарадњом са вртићима, школама. - Дугорочно планирање од стратегије до реализације. - Направити савете од националног преко регионалног до локалног нивоа, са програмима рада и затим то спровести. - Недостају разне врсте евиденција, статистичких база података. - Спровести перманентне активности. - Центризовати институције за решавање ових проблема. - На важна места поставити стручњаке у министарствима здравља и унутрашњих послова и тужилаштвима.
Основна школа	<ul style="list-style-type: none"> - У школи постоје тимови за превенцију свих врста насиља и употребу психоактивних супстанци. - Информације се добијају путем анкете и групних разговора. - Педагог и психолог о постојању проблема обавештавају ЦСР - 5 до 8 часова посвећено темама о болести зависности. - Два пута годишње организују се трибине и радионице под називом „Превенција алкохолизма и болести зависности“. - Постоји и сарадња са полицијом, присутан је школски полицајац, а полиција ради и на превенцији 5 пута годишње. - Школа пише и мишљења за децу. 	<ul style="list-style-type: none"> - Најбоља превенција је перманентан рад у школи. Сада је то само повремено, „радионичарски“, трибине, радионице, представе... - Недостаје системска превенција. - Укључивање у наставне планове превенције болести зависности. - Систем организовати тако да увек постоје и повратне информације
Резиме	<ul style="list-style-type: none"> - Сарадња ЦСР, полиције, домова здравља и школа задовољавајућа. - Недостатак мреже комуникација. - Неефикасност и спорост правосуђа. - Успорене реакције свих институција. 	<ul style="list-style-type: none"> - Дугорочан процес од стратегије до реализације. - Неопходно формирање савета на регионалном и националном нивоу. - Центризовати деловање институција. - Обезбедити проток повратних информација.

Табела П2.4: Извод из интервјуа са представницима институција - Крушевац

А	I Присуство и распрострањеност алкохолизма и наркоманије	II Профил корисника ПАС
<p>Центар за социјални рад</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Да ли постоји проблем • Од када • Да ли добија на интензитету • Које категорије – разлике • Разлике село – град <p>- Проблем алкохолизма много више заступљен од наркоманије.</p> <p>- Коришћење алкохола код младих добија на интензитету последњих пар година.</p> <p>- Исти је случај и код старијих. Користи се углавном вино и ракија из сопствене производње.</p> <p>- Од алкохолизма су угрожене највише вишегенерацијске породице и појединци старости од 40 до 70 година, ниског образовања и лоше материјалне ситуације.</p> <p>- Мислим да ни ми у ЦСР нисмо свесни праве величине проблема алкохолизма.</p> <p>- Проблем алкохолизма већи је у селу него у града док је случај наркоманије обрнут.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Које категорије – старост, пол... • Смањивање годишња почетка узимања ПАС • Из којих породица се регрутују • Профил корисника село – град • Разлози <p>- Корисник алкохола је по правилу незадовољан, несрећан појединац без икакве личне перспективе у животу.</p> <p>- Млади почињу да пију са 12-13 година. Имали смо прошле године 14 годишњака који је слат у Крушевац на трежњење.</p> <p>- Млади алкохоличари потичу из породица са лошим партнерским односима и сталним свађама</p> <p>- Старији алкохоличари потичу из породица без праве комуникације, где свако гледа само себе.</p> <p>- Не може отац или деда који пије да прича потомцима “ја пијем али ти немој” јер тако само даје лош пример.</p> <p>- У нашем ЦСР имамо регистроване алкохоличаре али не и наркомане, ма да ја знам да их има.</p> <p>- Карактеристично за алкохоличаре је да нису свесни свог проблема. И породице учествују у томе јер их крију све док не дође до насиља.</p> <p>- Разлози појаве проблема су различити: родитељи раде по цео дан, слабо се посвећују деци. У појединим продавницама на селу чак продају и ракију на чашицу.</p> <p>- Проблем је што окружење не помаже алкохоличару већ их гура у још веће проблеме. Иако знају да воле да пију људи из окружења им нон стоп нуде алкохол.</p> <p>- Разлог за алкохолизам на селу је: начин живота, тежак рад, проблеми, недостатак друштва и социјалног живота, па је алкохол једини вентил и забава.</p> <p>- Висока толеранција на употребу алкохола.</p>
<p>Полицијска управа</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Распрострањени и алкохолизам и наркоманија. - Алкохол је саставни део сваког изласка, прославе. - Проблеми постоје већ дуже време и добијају све већи интензитет. - Када је у питању наркоманија, стање се не мења већ 5-6 година. Иако статистички подаци говоре другачије. - Полиција не региструје наркомане већ само здравствени центри. Ми процењујемо да је стварна бројка од 3 до 10 пута већа од оне званичне. - У нашој евиденцији је 200 зависника од хероина, 70 их је у затворима, 70 их апстинира, а 50 тренутно конзумира хероин. То значи да у Крушевцу у ствари има између 600 и 1.500 корисника хероина. - Најугроженији су средњошколци и студенти односно сви они који прелазе из једне у другу средину и склони су експериментисању. - Постоји разлика село – град када је у питању наркоманија. У граду је све много доступније. 	<ul style="list-style-type: none"> - Постоји смањење годишња првог узимања алкохола и дрога. Деца данас много раније сазревају. - Разлози: вршњачки утицаји, ситуација у непосредном окружењу и општа ситуација у друштву, незапосленост, безнађе, доконост. - Такође и лоши закони који судијама омогућавају да изричу казне за продају наркотика од само годину дана. - Наркоманија израженија код мушкараца али је пораст много већи код жена као последица нестанка патријархалне породице. - Већи је број наркомана и алкохоличара из дисфункционалних породица. - Генерално гледано проблеми села и града су слични.
<p>Основна школа</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Алкохолизам и наркоманија не постоје на нивоу школе у последњих 10 година, од како сам ја ту, а ни раније их није било. - На жалост чујемо са стране да наши бивши ђаци који одлазе у средње школе почињу са коришћењем и алкохола и дрога. - Приметан раст проблема у послењих 5-7 година али не драстичан. - Проблем алкохолизма много дуготрајнији јер је ово виноградарски крај где сви сами производе алкохол. - Најугроженија категорија су млади од 16 до 19 година у време промене средине, адаптације. - Проблеми постоје у свим категоријама и по полу и по старости. - Имамо и изражен проблем трансгенерацијског преношења алкохолизма посебно у вишегенерацијским домаћинствима. - Разлика између села и града не постоји. 	<ul style="list-style-type: none"> - Све категорије имају проблеме са алкохолом и дрогама - Разлози: показивање у друштву, радозналост, проблеми у породици и друштву. Материјална ситуација не игра никакаву улогу. - Почетак узимања алкохола на истом нивоу већ дуже време, 14 – 15 година. - Разлике по полу више не постоје. - Корисници из свих типова породица.
<p>Резиме</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Разлике по свим категоријама се смањују па и између села и града. - Алкохолизам више изражен на селу, а наркоманија у граду. - Проблеми алкохолизма и наркоманије добијају на интензитету. 	<ul style="list-style-type: none"> - Почетак коришћења алкохола од 12. до 15. године. - Разлике међу половима више не постоје. - Разлози за употребу: радозналост, доказивање, незапосленост, безнађе, недостатак социјалног живота на селу. - Проблеми града и села слични. - Лоши партнерски односи у породици.

	III Актери у процесу и њихове улоге	IV Препоруке
Б	<ul style="list-style-type: none"> • Идентификација проблема, када • Инструменти којима располаже институција • Сарадња са осталим институцијама • Оцена ефикасности сопствене институције и осталих актера у процесу • Идентификација одсуства одговарајућих канала 	<ul style="list-style-type: none"> • На плану превенције • На плану сузбијања ових појава • Средства за побољшање превенције • Надлежности сваке институције
Центар за социјални рад	<ul style="list-style-type: none"> - Наш проблем је што смо ограничени само на давање савета. - Добра сарадња са домом здравља у Крушевцу. - Постоје људи који одлазе на лечење од алкохолизма али не знам ни једног који се излечио. - Када неки алкохоличар оде на лечење ми то време користимо за рад са његовом породицом, покушавамо да је ојачамо и да укажемо како да се понаша. - Највећи проблем је правосуђе, тј. превише благе казне које они изричу. - Проблем је и то што стално траже наше мишљење, а раде по своме. - Они те људе којима суде виде само пар пута, а ми са њима радимо годинама и сигурно боље сагледавамо и проблем и решење. 	<ul style="list-style-type: none"> - Скратити време рада кафића.
Полицијска управа	<ul style="list-style-type: none"> - Основни задатак је регистрација кривичних дела. - У раду се концентришемо на дилере и кориснике. Немамо много могућности за превентиван рад, јер имамо недостатак кадрова. - У борби против дилера немамо никакву помоћ од других институција, само малу помоћ од грађана. - Сарадња са домом здравља спорадична, наши наркомани се лече углавном у Београду. - Лечење скоро никада није добровољно. Судови одређују обавезу лечења али је то изузетно мали број случајева. - Када се гледа са стране изгледа да ниједна институција не ради свој посао како треба. - Свако ради само свој део посла, а сарадња је ни лоша ни добра, како када. Лоши су закони па због тога цео систем трпи. - Ми немамо никакве могућности да реагујемо према наркоманима, а да не причам према алкохоличарима све док не направе неко кривично дело или прекршај. - Школски полицајци не могу ништа да предузму, рецимо не могу да претресају ђаке. Он је тамо само као превентива. Наша предавања у школама су ретка, а ђаци чак немају обавезу да их слушају. - Радимо оперативно на терену, скупљамо информације ради ефикаснијег праћења и хапшења. - Много су опаснији крупни дилери и они који сами не конзумирају дроге, јер зарађују огроман новац и користе га за корупцију, убиства, рекетирање и сл. - Проблем је што у полицији има више административаца него оперативаца. - Немамо оперативце по линијама рада већ само по општинама који раде све и свашта па им се рад расплињава. Морала би да постоји ужа специјализација рада да би смо били ефикаснији. - Општи закључак је да се и алкохолизам и наркоманија много брже развијају него што систем може на њих да делује. Организовани криминал нема граница и ограничења, њих једино интересује новац. 	<ul style="list-style-type: none"> - У Крушевцу постоји НВО „Град адреналина против хероина“. Они држе некаква предавања по неком свом програму, али то све нема везе са системом. - Казнена политика је сувише блага. Требало би дилерима код прве пресуде изрећи минималну казну, код друге дупло дужу, а код треће максималну. - Породица би уместо да штити наркомана морала много раније да реагује. - Потребна су много већа финансијска средства. - Неопходни су нам и регистри алкохоличара и наркомана. - Потребно је и много озбиљније лечење. - Потребно је законски омогућити и спроводити много шире тестирање ђака и старијих на присуство дрога.
Основна школа	<ul style="list-style-type: none"> - У школи не постоје проблеми са употребом алкохола и дрога. - Инструменти су нам тимски рад разредног старешине, педагога, психолога и наравно родитеља. - Постоји добра сарадња са другим школама, ЦСР и домом здравља. - Ми смо ефикасни у раду на плану превенције. Сваких месец дана са ђацима на одељенским заједницама причамо о алкохолу и дрогама. Сем тога имамо мали број ученика па их је лако држати на оку. - Не постоји ни једна слаба карика у ланцу институција. Сви раде у својим могућностима, али нема довољно средстава, кадрова и времена. - Правосуђе нема исти третман према свима. Деца имућних родитеља добијају блаже казне. - У истуреним одељењима веће поштовање наставника од стране родитеља и ученика него у градским школама. 	<ul style="list-style-type: none"> - Побољшати рад на превенцији, пре свега од стране дома здравља и то одговарајућим плакатима и паноима по школским ходницима. - Ми би морали да повећамо превентивни рад са родитељима и ученицима, као и да периодично анкетом проверавамо да ли тај рад даје резултате.
Резиме	<ul style="list-style-type: none"> - Сарадња институција система ни лоша ни добра. - Главни проблем спорост правосуђа и лоше законодавство. - Алкохолизам и наркоманија се много брже шире него што систем може да реагује и делује. 	<ul style="list-style-type: none"> - Неопходан регистар алкохоличара и наркомана. - Озбиљније лечење алкохоличара и наркомана. - Стална периодична тестирања ђака на присуство наркотика.

Табела П2.5: Извод из интервјуа са представницима институција - Панчево

	I Присуство и распрострањеност алкохолизма и наркоманије	II Профил корисника ПАС
A	<ul style="list-style-type: none"> • Да ли постоји проблем • Од када • Да ли добија на интензитету • Које категорије – разлике • Разлике село – град 	<ul style="list-style-type: none"> • Које категорије – старост, пол... • Смањивање годишта почетка узимања ПАС • Из којих породица се регрутују • Профил корисника село – град • Разлози
Центар за социјални рад	<p>- Проблем алкохолизма као и наркоманије постоји одувек.</p> <p>- ЦСР се не бави алкохолизмом и наркоманијом директно.</p> <p>- Нема неког великог раста проблема, све је у границама вишегодишњег просека.</p> <p>- Проблема алкохолизма изражен је код старијих а наркоманије код младих.</p> <p>- Проблем алкохолизма из перспективе насиља у породици постао видљивији и друштвено осетљивији.</p> <p>- Посебну категорију представљају 50 годишњаци који су остали без посла са мноштвом egzистенцијалних проблема а којима се нико не бави. Чак ни ЦСР не могу да им дају помоћ јер су радно активни. У тој категорији је највећи пораст алкохолизма.</p> <p>- Старије жене представљају црну зону јер су углавном соло дринкери па је тешко одредити интензитет појаве. Младе девојке то раде отворено и у све већем броју. То је највећи узрок вршњаког насиља међу младима, које је чак већи проблем међу девојкама него међу младимима.</p> <p>- Разлике село-град више не постоје.</p> <p>- Села у Општини Панчево изузетно велика и до 9.000 становника, при чему само пар процената становника се бави пољопривредом сви остали раде у граду.</p> <p>- Велике разлике у степену проблема зависно од територије тј. села. Неколико пута већи ниво проблема наркоманије у Банатском Брестолцу него у осталим селима. Имали су чак дилера марихуане из 5. разреда основне школе.</p>	<p>- Почетак узимања алкохола 7-8 разред основне школе а наркотика почетак средње школе.</p> <p>- Нешто већа присутност дрога међу мушкарцима али је тенденција изједначавање полова.</p> <p>- Најмлађи дилер наркотика (марихуане) ученик 5. разреда основне школе.</p> <p>- Велика разлика између данашње деце и оне од пре десетак година.</p> <p>- Некада је постојала подела у погледу социјалног статуса па су сиромашни углавном користили алкохол, а богати дроге. Сада је све јефтино и приступачно свима.</p> <p>- Све веће отуђење међу младима као и генерацијско отуђење у породицама.</p> <p>- Велики број гастарбајтерских породица са децом коју чувају баба и деда.</p> <p>- Основни узроци проблема су: окружење, криза, распад породице и институција система. Одговорност је посебно на родитељима. У друштву и породици поремећени системи вредности.</p> <p>- Посебно место треба дати лошем утицају медија.</p>
Полицијска управа	<p>- Подаци нису доступни.</p>	<p>- Подаци нису доступни.</p>
Основна школа	<p>- У школи нема проблема ни са алкохолом ни са дрогама.</p> <p>- У селу постоји и проблем алкохолизма и наркоманије.</p> <p>- Постоји раст и алкохолизма и наркоманије посебно међу средњошколцима.</p> <p>- Повећање нивоа алкохолизма и наркоманије можда треба приписати и томе да се о овим темама раније није причало.</p> <p>- Алкохолизам изражен у старосним категоријама преко 50 година и међу младима од 15 до 30 година.</p> <p>- Разлике међу половима више не постоје, посебно младима јер и једни и други излазе у истом броју на иста места.</p> <p>- Може се рећи да је наркоманија на селу нешто мање изражена него у Панчеву док је ниво алкохолизма исти и у селу и у граду.</p> <p>- Разлози за смањење разлика између села и града: село се променило, технологија ушла у село, интернет, фејсбук.</p>	<p>- Смањује се годиште почетка узимања дроге.</p> <p>- Девојчице више пију.</p> <p>- Исте врсте алкохола и дрога, и у селу и у граду.</p> <p>- За алкохоличаре и наркомане из сиромашних породица карактеристично да чине крађе како би дошли до дроге или алкохола.</p> <p>- Разлози: испољавање личности, да се „буде фаца“, „први“, да се прича о тој особи, али све на погрешан начин; доступност дрога која не заостаје за оном у граду.</p>
Резиме	<p>- Проблем алкохолизма и наркоманије идентификован на нивоу града и на нивоу села у општини,</p> <p>- Највећи пораст алкохолизма међу 50-годишњацима,</p> <p>- Међу половима разлике не постоје, пораст међу младим девојкама,</p> <p>- Разлике село-град више не постоје јер се село променило употребом савремених средстава комуникације.</p>	<p>- Годиште почетка узимања алкохола – 7-8 разред основне школе, а наркотика почетак средње школе,</p> <p>- Смањује се годиште почетка узимања и алкохола и наркотика,</p> <p>- Разлози: тежња за идентификацијом, криза породице, криза институција, окружење, лака доступност дрога.</p>

	III Актери у процесу и њихове улоге	IV Препоруке
Б	<ul style="list-style-type: none"> • Идентификација проблема, када • Инструменти којима располаже институција • Сарадња са осталим институцијама • Оцена ефикасности сопствене институције и осталих актера у процесу • Идентификација одсуства одговарајућих канала 	<ul style="list-style-type: none"> • На плану превенције • На плану сузбијања ових појава • Средства за побољшање превенције • Надлежности сваке институције
Центар за социјални рад	<ul style="list-style-type: none"> - Полиција данас много брже реагује на проблеме насиља у породици изазваног алкохолизмом, а такође и тужилаштво. - Најслабија карика у ланцу је правосуђе које је изузетно споро и које изриче изузетно благе казне. - Много бољи су и услови за помоћ жртвама продичног насиља, постоји чак и Сигурна кућа у Панчеву. - Проблеме нам пријављују школе, МУП, појединци ретко, тек ако постоје лични или породични проблеми. - Постоји индиректна сарадња и са домовима здравља. - У Панчеву постоји градски центар који се састаје 2 пута месечно, а чине га ЦСР, полиција, домови здравља и школе. Координатор овог центра је ЦСР. - Ови састанци су веома делотворни јер се не прелази олако ни преко једне информације. 	<ul style="list-style-type: none"> - Промена законске регулативе у погледу годишта кривичне одговорности. Смањити одговорност са 14 на 12 година. Имамо случајеве деце са 14 година која имају и по 50 кривичних дела. - Проблем ЦСР је то што нема одрешене руке у раду као ни довољно средстава. - Постоји СОС телефон као и психо-социјална подршка жртвама насиља. - ЦСР не спроводи никакве превентивне активности. - Проблем представља промењена структура самог ЦСР као и систем рада. - Стручни кадар постоји али недостаје систем рада и материјална средства. - Алкохолизам и наркоманија првенствено социјални а не здравствени проблем.
Полицијска управа	<ul style="list-style-type: none"> - Подаци нису доступни. 	<ul style="list-style-type: none"> - Подаци нису доступни.
Основна школа	<ul style="list-style-type: none"> - Врло често деца пријаве проблем разредном старешини. Школа ако сазна за проблем контактира родитеље. Даље се контактирају ЦСР и полиција по потреби. - Здравствене установе би требало да обавештавају школе, али је то и даље „табу тема“. - Школа довољно ради на плану идентификације и упознавања са проблемом, поготово међу ђацима 7. и 8. разреда. - Најслабија карика у овом ланцу је породица - „породица се изгубила“. - Ниједна институција сама не може да реши проблем. 	<ul style="list-style-type: none"> - Организују се трибине свака 2 месеца са предавачима из панчевачког ЦСР и полиције. - Постоје и превентивне активности удружења грађана из самог села. То су углавном млади људи са бројним акцијама које дају позитивне резултате. - Друштво, држава треба више да се ангажује финансијски преко људи, канцеларија. - Више контроле средњошколаца, тестирања на присуство дрога.
Резиме	<ul style="list-style-type: none"> - Проблем идентификују прво школе, полиција па ЦСР, - Координација институција добра; као пример постојање градског центра у Панчеву који окупља ове институције 2 пута месечно и тако сазнаје о свим проблемима, - Најслабије карике: породица (изгубила се), правосуђе (благе казне и спорост). 	<ul style="list-style-type: none"> - Поједине институције се и не баве превентивним радом (ЦСР), - Школе у оквиру трибина спровode превенцију као и удружење грађана из Банатског Новог Села, - Мере на плану сузбијања ових појава – промена законске регулативе и смањивање годишта кривичне одговорности са 14 на 12 година, - Недостаје одређени систем рада и материјална средства, као и оснивање посебних канцеларија које би се бавиле искључиво проблемима алкохолизма и наркоманије.

Табела П2.6: Извод из интервјуа са представницима институција - Барајево

	I Присуство и распрострањеност алкохолизма и наркоманије	II Профил корисника ПАС
A	<ul style="list-style-type: none"> • Да ли постоји проблем • Од када • Да ли добија на интензитету • Које категорије – разлике • Разлике село – град 	<ul style="list-style-type: none"> • Које категорије – старост, пол... • Смањивање годишња почетка узимања ПАС • Из којих породица се регрутују • Профил корисника село – град • Разлози
Центар за социјални рад	<ul style="list-style-type: none"> - Проблем алкохолизма много израженији. Проблем наркоманије спорадичан. - Главни проблем који проистиче из алкохолизма је насиље. - Алкохолизам као проблем постоји одувек, а наркоманија у последњих 15 година. - Пораст интензитета проблема условљен досељавањем. Досељавају се сиромашни јер је овде земља веома јефтина као и људи који беже због неких проблема из града и доносе их са собом овде. - Раст проблема очигледан али различит међу разичитим категоријама. Пораст употребе алкохола и дрога међу младима и средстава за смирење међу старијима. - Мађу младима не постоје разлике у коришћењу алкохола и дрога по полу. - Постоји разлика између села и града када је у питању наркоманија. У Барајеву се рецимо користе само лаке дроге. Остале разлике не постоје. Користе се све врсте алкохола а најчешће се конзумирају по кафићима. 	<ul style="list-style-type: none"> - Код младих се користи и алкохол и дрога, а код старијих средства за смирење. - Уобичајени почетак узимања алкохола је већ одавно 13 – 14 година. - Проблеми углавном постоје у дисфункционалним породицама са генерацијском традицијом коришћења алкохола и дрога. - Исти је профил корисника и у селу и у граду. - Узроци алкохолизма и наркоманије: сиромаштво, висока толеранција на употребу алкохола, недостатак осмишљених активности младих, вршњачки утицај, дисфункционалне породице, тренсгенерацијско преношење.
Полицијска управа	<ul style="list-style-type: none"> - Проблем алкохолизма и наркоманије постоји одавно, истог интензитета и обима, али се данас о њему много више прича. - Наркоманија под сталном опсервацијом и контролом. У последњих 10 година све дроге постале приступачније, посебно хероин и синтетичке дроге. - Употреба алкохола и дрога добија на интензитету статистички гледано, али је то и последица веће активности полиције. - Статистика даје непоуздане податке, тек црна зона даје праву слику. - Разлика између села и града на примеру Барајева не постоји. 	<ul style="list-style-type: none"> - Наркоманија је изражена код младих, посебно средњошколаца. - Наркоманија постоји али у мањем обиму него у граду. - Критичан период ползак у средњу школу. - Корисници из две групе породица: код сиромашних пресудан материјални фактор, а код имућних бахатост младих и недостатак родитељске пажње. У оба случаја се ради о дисфункционалним породицама. - Сами корисници не схватају да проблем постоји. - У средње школе се уписују проблематични ученици из града који тако доносе проблеме са стране у Барајево. - Основни проблем је изгубљен систем вредности тј. лоши узори младима.
Основна школа	<ul style="list-style-type: none"> - Проблем употребе алкохола и дрога практично не постоји у самој школи. - Лаке дроге се појављују у 1. и 2. разреду средње школе, углавном код проблематичних ђака. - Коришћење алкохола код ђака постоји али код куће и на забавама углавном у 8. разреду. - Не постоји промена интензитета коришћења алкохола у последњих пар година. - У Барајеву изражена толеранција на коришћење алкохола али је толеранција на коришћење дрога нулта. - Алкохолизам присутан и код мушкараца и код жена. - Нема приметних разлика између села и града, нијансе у толеранцији према алкохолу као и нивоу коришћења – више алкохол мање дроге. 	<ul style="list-style-type: none"> - Најизраженије конзумирање алкохола у старосној групи од 20 до 30 година а највећи пораст код старијих. - Проблеми израженији код непотпуних и дисфункционалних породица. - Наркотице углавном користе средњошколци и то лаке дроге. - Подложнија деца без контроле и подршке породице као и деца из сиромашнијих породица. - Разлози за коришћење алкохола и дрога: недостатак мотива и амбиције, као и жеља за доказивањем и вршњачки утицај. - Проблеми углавном престају са женидбом тј. удајом, а алкохоличари и наркомани се углавном и не жене тј. удају.
Резиме	<ul style="list-style-type: none"> - Не постоји разлика између села и града. - Алкохолизам много присутнији, али и наркоманија добија на интензитету. - Раст проблема међу младима, више алкохолизам на селу, а наркоманија у граду. 	<ul style="list-style-type: none"> - Кризни период прелазак у средњу школу. - Дисфункционалне породице где се алкохолизам преноси трансгенерацијски. - Разлози: сиромаштво, недостатак мотива и амбиција, вршњачки утицај, жеља за доказивањем.

	III Актери у процесу и њихове улоге	IV Препоруке
Б	<ul style="list-style-type: none"> • Идентификација проблема, када • Инструменти којима располаже институција • Сарадња са осталим институцијама • Оцена ефикасности сопствене институције и осталих актера у процесу • Идентификација одсуства одговарајућих канала 	<ul style="list-style-type: none"> • На плану превенције • На плану сузбијања ових појава • Средства за побољшање превенције • Надлежности сваке институције
Центар за социјални рад	<ul style="list-style-type: none"> - Информације стижу са свих страна: школа, породица, болница, полиција, суд. Најчешће од стране полиције. - Сарадња постоји са домовима здраља, полицијом, институцијама за болести зависности. - Такође постоји и сарадња са институцијама из Београда, због реализације третмана лечења и каснијег праћења пацијената. - Сви очекују да проблеме рашава ЦСР. - Најслабија сарадња са тужилаштвом, тј. њихова реакција траје најдуже. - Не може породица сама да реши све проблеме чак ни уз нашу помоћ. - Увек нешто фали за комплетну подршку система. - Фале саветовалишта, клубови и радионице. 	<ul style="list-style-type: none"> - ЦСР не врши превенцију већ школе. - Нема средстава за превенцију (простор, кадрови) као ни за сузбијање. - Излечени алкохоличари и наркомани немају подршку друштва па се веома често враћају старим навикама. - Лечени алкохоличари и наркомани немају обавезу да се јављају социјалном раднику што би требало променити. - Решење је у превенцији, а затим и у бољем мониторингу лечених пацијената. - Највећи проблем је са правосуђем на које више нико ни не рачуна.
Полицијска управа	<ul style="list-style-type: none"> - До информација се долази из прича јер је Барајево мала средина. После тога креће детаљна провера и операциони рад на терену. - Такође информације нам стижу од ЦСР и ређе од дома здравља. - Полиција не може све сама. Професори би морали више да се баве проблемима својих ученика. - Проблем су и родитељи који се не брину о својој деци. - Рад полиције је усмерен на репресију а друге институције као што су министарства за образовање и рад и социјалну политику треба да проналазе решења. - Комуникација са другим институцијама практично једносмерна. - Тужилаштво сувише споро. 	<ul style="list-style-type: none"> - Унапређење превенције кроз новоформиране групе за борбу против наркоманије. - Смањење алкохолизма и наркоманије могуће само адекватном превенцијом. - Превенција се изводи у школама са ђацима и родитељима. - Када је наркоманија у питању мора се ићи на смањење штете а не на сузбијање проблема. - Материјална средства условљавају све остало. - Оформљен савет за безбедност на нивоу општине.
Основна школа	<ul style="list-style-type: none"> - Реагује се на први знак проблема. - Контактима се родитељи и у два таква случаја родитељске санкције довеле су до решења проблема. - Од инструментата у школи постоји савет родитеља одакле крећу акције ка осталим институцијама. - Сарадња са ЦСР када се са проблемом упознају родитељи. - Сарадња са полицијом када је угрожена безбедност осталих ученика. - Ефикасност и сарадња на локалном нивоу добри, а на вишим нивоима незадовољавајућа. - Главни недостаци у здравству. Неefикасно лечење наркомана и алкохоличара. - Главни проблем је на нивоу целог друштва јер сви затварају очи пред проблемом алкохолизма и наркоманије, као и опште отуђење. - Нема комуникације и координације на нивоу образовања између основних и средњих школа. - Лекари пишу оправдања без икакве контроле и одговорности. - Сарадња између полиције и правосуђа катастрофална. - Школа нема никакву помоћ споља, све се завршава на нивоу одељенски старешина, психолог, директор. - Алкохол појединци остављају и сами када постану свесни да им је угрожено здравље. 	<ul style="list-style-type: none"> - На плану превенције једино полиција нешто ради. - Потребна заједничка активност образовања, здравства и социјалног рада. - Постоји обука, семинари, али мала је корист од тога када нема системске примене, нема адекватних процедура. - Неопходан бољи рад са породицама, јер је основа проблема у породици.
Резиме	<ul style="list-style-type: none"> - Међусобна сарадња институција задовољавајућа (ЦСР, полиција, домови здравља, школе). - Проблем је недостатак саветовалишта, клубова и радионица, као и координација између основних и средњих школа. 	<ul style="list-style-type: none"> - Недостатак превенције највећи проблем на нивоу целог друштва. - Потребна заједничка активност образовања, здравства и социјалног рада.

Табела П2.7: Извод из интервјуа са представницима институција - Обреновац

	I Присуство и распрострањеност алкохолизма и наркоманије	II Профил корисника ПАС
A	<ul style="list-style-type: none"> • Да ли постоји проблем • Од када • Да ли добија на интензитету • Које категорије – разлике • Разлике село – град 	<ul style="list-style-type: none"> • Које категорије – старост, пол... • Смањивање годишња почетка узимања ПАС • Из којих породица се регрутују • Профил корисника село – град • Разлози
Центар за социјални рад	<ul style="list-style-type: none"> - Проблем наркоманије евидентно постоји и у експанзији је, посебно међу ромском децом. Када је у питању наркоманија роми су и дилери и корисници. - Толеранција на алкохол је толика да људи на селу не схватају да постоји неко ко не користи алкохол. - Алкохолизам се не повећава али је он на изузетно високом нивоу. - Што је веће сиромаштво наркоманија је раширенија. - Алкохолизам се преноси трансгенерацијски. - Наркоманија присутнија код младих а алкохолизам код старијих. - Ниске цене дрога на тржишту. - Крађе чешће на селу него у граду. 	<ul style="list-style-type: none"> - Алкохол користе деде и унуци, очеви много мање. - Проблемом алкохолизма најугроженији старији од 60 година, а наркоманије млади од 15 до 30 година. - Разлике међу половима код коришћења дрога не постоје, користе их подједнако и младе жене и млади мушкарци. - Када је у питању коришћење алкохола ипак је чешће међу мушкарцима. - Не постоји правило из којих породица потичу наркомани и алкохоличари. Има их и из имућних функционалних као и из сиромашних дисфункционалних и обрнуто. Ови из имућних породица проблем решавају на свој начин, без наше помоћи, док много више ових других долази код нас.
Полицијска управа	<ul style="list-style-type: none"> - Постоји проблем и алкохолизма и наркоманије. Велики број кривичних дела повезан са коришћењем алкохола и дрога. - Већ дуги временски период постоје ови проблеми а интензитет и промене могуће је пратити само преко статистичких података које ми на жалост немамо. - Разлика између села и града када је у питању наркоманија постојала је до пре петнаестак година док данас она више не постоји. - Велики је број повратника у село због губитка посла у граду, губитка станова, лоше материјалне ситуације, тако да своје проблеме премештају из града у село. 	<ul style="list-style-type: none"> - Код наркоманије се старосна граница корисника померила и на горе и на доле па је тај опсег сада од 15 до 40 година. - То је повезано и са врстом дроге која се користи. Рецимо марихуану користе све старосне категорије. - Код тежих дрога граница је четрдесетак година јер ретко ко од њих и живи дуже од тих година. - Политоксикоманија израженија код младих. - Старосне границе се спуштају и даље и код корисника алкохола и код корисника дрога. - Промена средине при преласку из основне школе у средњу увек је била преломна. - По мени Обреновац није ништа више угрожен од осталих општина у Београду или Србији. Лош глас се вуче још од деведесетих година. - Проблем је лоша материјална ситуација јер су раније корисници дрогу куповали од џепарца, а у данашњој немаштини морају за куповину наркотика паре да набављају кривичним делима. - Нема типичне породице која погодује коришћењу наркотика или алкохола. Свакако да можемо очекивати већи број корисника из сиромашних и дисфункционалних породица.
Основна школа	<ul style="list-style-type: none"> - Евидентно је присуство и алкохола и дроге на селу. - У школи ти проблеми не постоје. - Алкохолизам постоји одувек па га нико више и не тратира као проблем. Пиво се и не сматра алкохолним пићем па га пију и деца. - Наркоманија у порасту последњих 5-6 година. - Мушкарци пију више од жена. - Преломне године код младих су од 20 до 30. Ако у том периоду нађу посао престају да пију, а ако не настављају са алкохолом. - Разлике између села и града мале, а и оне се полако губе. - Док су у основној школи деца су заштићена, проблеми настају када пређу у средњу школу. - Постоји велика разлика између деце у основним школама на селу и у граду, јер су сеоска деца много боље заштићена од проблема са дрогом. 	<ul style="list-style-type: none"> - Почетак узимања алкохола је 7. или 8. разред основне школе (рођендани, славе, испраћаји) а родитељи то подржавају. - Наркоманија не постоји у основној школи, али већ у средњој је има. - Постоје локални дилери и сви знају за њих. - Окидач за наркоманију је апатија изазвана лошим материјалним стањем, вршњачки утицај. - Сви корисници дрога потичу из дисфункционалних породица, разведени родитељи, акохоличари или наркомани. - Корисници свих профила, од најинтелигентније до најпроблематичније деце. - Са алкохолом и дрогама се увек почиње на јавним местима, кафићима, прославама.
Резиме	<ul style="list-style-type: none"> - Разлике између села и града нестале пре петнаестак година. - Проблем алкохолизма се непрекидно одржава на високом нивоу. - Експанзија алкохолизма и наркоманије међу ромском децом. - Наркоманија присутнија међу младом популацијом, а алкохолизам међу старијом. 	<ul style="list-style-type: none"> - Почетак конзумирања алкохола 7. и 8. разред. - Критичан период од 15 до 30 година. - Разлози употребе апатија и вршњачки утицај. - Типична ризична породица: сиромашна, дисфункционална. - Разлике међу половима не постоје.

Б	III Актери у процесу и њихове улоге	IV Препоруке
<p>Центар за социјални рад</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Идентификација проблема, када • Инструменти којима располаже институција • Сарадња са осталим институцијама • Оцена ефикасности сопствене институције и осталих актера у процесу • Идентификација одсуства одговарајућих канала 	<ul style="list-style-type: none"> • На плану превенције • На плану сузбијања ових појава • Средства за побољшање превенције • Надлежности сваке институције
<p>Полицијска управа</p>	<p>- Проблем идентификујемо теренским радом, било да то сами приметимо или нам окружење тих појединаца то пријави.</p> <p>- Највећи број корисника дрога не жели да пријави свог дилера.</p> <p>- Већи проблем представља препродаја него коришћење.</p> <p>- Сарадња постоји са ЦСР, институтом за судску медицину, тужилаштвом, правосуђем.</p> <p>- Ми искључиво процесуирамо кривична и прекршајна дела.</p> <p>- Најслабија карика система је правосуђе, тј. исувише благе казне за препродају наркотика. Имали смо случај човека са 500 извршених крађа који је изашао из затвора после само годину дана и после кратког периода на слободи поновио кривично дело. Основни проблем је што не постоји обавеза таквог лица да надокнади причињену штету.</p>	<p>- Превенција мора да буде целодневни посао стручњака а не пола сата дневно. За то нам недостају одговарајући кадрови.</p> <p>- Све мора да буде дугорочно осмишљено.</p> <p>- Ми овакви какви смо данас не можемо да се бавимо и превенцијом.</p> <p>- Да бисмо сузбили ове појаве мора постојати превенција на нивоу школе и то не само са ђацима већ и са њиховим родитељима, тј. са комплетним породицама.</p> <p>- Значи систем данас функционише на нивоу решавања проблема али не и на нивоу превенције.</p> <p>- Главни проблеми су лоши закони и недостатак средстава.</p>
<p>Основна школа</p>	<p>- Проблеми се идентификују кроз понашање ученика.</p> <p>- Проблем када се открије пријави разредни старшина па се укључи психолог, педагог и директор школе. Позивају се родитељи и утврђује се узрок проблема.</p> <p>- По потреби се укључују и друге институције: ЦСР, полиција, дом здравља.</p> <p>- Проблем је у томе што је комуникација једносмерна. Скоро никада не добијамо повратне информације.</p> <p>- Најслабија карика је тужилаштво и лоши закони.</p>	<p>- Повећати стручни рад са децом кроз предавања стручњака из домова здравља, полиције. Медицинске сестре држе предавања једном годишње а полиција није била већ годинама, мада су њихова предавања била веома поучна.</p> <p>- И кроз наставни програм се држе предавања на ову тему али нисам сигуран да то даје резултате.</p> <p>- Најважније би било оснажити породицу, али не знам како то остварити. Можда некакав заједнички рад са родитељима и децом.</p> <p>- Систем вредности у Србији је основни проблем, не постоји граница која јасно раздваја добар од лошег утицаја.</p> <p>- Дилерска мрежа јако је разграната и као да нема заштите од њих.</p> <p>- Бољи резултати могући уз бољи рад институција и квалитетније повезивање међу њима.</p> <p>- На селу је све прече од деце, и радне обавезе и остало, а деца су обавеза и брига школе.</p>
<p>Резиме</p>	<p>- Сарадња институција на на општинском нивоу завидна.</p> <p>- Најслабија карика је правосуђе због своје спорости као и лоше законодавство.</p>	<p>- Недостатак кадрова који би се бавили превенцијом.</p> <p>- Функционисање институција на нивоу решавања текућих проблема али не и на нивоу превенције.</p> <p>- Неопходно радити на квалитетнијем повезивању институција.</p>

Табела П2.8: Извод из интервјуа са представницима институција - Београд

	I Присуство и распрострањеност алкохолизма и наркоманије	II Профил корисника ПАС
A	<ul style="list-style-type: none"> • Да ли постоји проблем • Од када • Да ли добија на интензитету • Које категорије – разлике • Разлике село – град 	<ul style="list-style-type: none"> • Које категорије – старост, пол... • Смањивање годишња почетка узимања ПАС • Из којих породица се регрутују • Профил корисника село – град • Разлози
Центар за социјални рад - Земун	<p>- Не баве се конкретно алкохолизмом и наркоманијом, већ посредно преко странака које се обрађају центру због насиља у породици.</p> <p>- Насиље све видљивије.</p> <p>- Теже је женама на селу због система вредности и онога што их окружује.</p> <p>- Алкохолизам је негде примаран а негде секундаран. Ако је примаран особа у младости конзумира алкохол, измењена особа од дуготрајне употребе – секундаран. Примарни други проблеми па тек онда алкохол.</p> <p>- Појаве добијају на интензитету.</p> <p>- Породица испустила, а друштво то не препознаје, или препознаје када је сувише касно.</p> <p>- Разлике по полу се смањују, поготово у граду.</p> <p>- Опасан женски алкохолизам. Углавном се одвија код куће па је зато невидљив.</p> <p>- Датира од почетка кризе.</p> <p>- Село се променило, деца се школују у градовима где долазе у контакт са дрогом.</p>	<p>- Граница се све више снижава, у основној школи где деца нису кривично одговорна.</p> <p>- Комплексан проблем који је немогуће свести на један или два разлога.</p> <p>- Период адолесценције – тражење места у друштву, идентитета, подршке.</p> <p>- Дисфункционалне породице.</p> <p>- За село је конзумирање алкохола прихватљиво понашање.</p> <p>- Наркоманија се појавила касније и везана је за средњошколски узраст.</p>
Полицијска управа	<p>- Алкохолизам проблем број 1 у Србији. Изазива много већу штету него наркоманија.</p> <p>- Проблем алкохолизма постоји одувек, чак се у последње време повећава.</p> <p>- Алкохолизам много израженији код женске популације у Београду.</p> <p>- Наркоманија постоји од осамдесетих година па до данас.</p> <p>- Повећава се број нових дрога као и број нових корисника.</p> <p>- Најзаступљенија је марихуана, „дрога почетница“.</p> <p>- Интензитет употребе расте зими и лети.</p> <p>- Ми смо једино специјално одељење за сузбијање наркоманије у Србији.</p> <p>- Искуства ван Београда: угрожена села са присуством гастарбајтера (Пожаревац, Костолац), присуством веће количине новца.</p> <p>- Богатија села изједначена у употреби наркотика са градовима, а сиромашнија у употреби алкохола.</p>	<p>- Ранији улазак девојчица у употребу алкохола са жестоким пићима.</p> <p>- Већа заступљеност алкохолизма код девојака старости од 20 до 30 година.</p> <p>- Почети употребе наркотика у све ранијим годинама, чак и у основној школи. Читава одељења се договоре да пробају марихуану на екскурзијама.</p> <p>- Разлози: губитак индивидуалности, униформисаност, идентификација са околином.</p> <p>- Код млађих много већи притисак околине, несигурност деце и лако придруживање групи.</p> <p>- Прелазак из основне у средњу школу.</p> <p>- Утицај медија, интернета (фејсбук).</p> <p>- Економска криза.</p> <p>- Дрога је данас свима лако доступна.</p> <p>- Ромска насеља, избеглички кампови.</p> <p>- Дисфункционалне и непотпуне породице.</p>
Резиме	<p>- Изражен проблем алкохолизма код женске популације.</p> <p>- Разлике село град се губе.</p> <p>- Проблеми наркоманије изражени у селима са великим бројем гастарбајтера.</p>	<p>- Спуштање старосне границе почетка коришћења алкохола.</p> <p>- Најкритичнији период адолесценције.</p> <p>- Разлози развоја проблема: губитак индивидуалности, идентификација са окружењем.</p>

	III Актери у процесу и њихове улоге	IV Препоруке
Б	<ul style="list-style-type: none"> • Идентификација проблема, када • Инструменти којима располаже институција • Сарадња са осталим институцијама • Оцена ефикасности сопствене институције и осталих актера у процесу • Идентификација одсуства одговарајућих канала 	<ul style="list-style-type: none"> • На плану превенције • На плану сузбијања ових појава • Средства за побољшање превенције • Надлежности сваке институције
Центар за социјални рад - Земун	<ul style="list-style-type: none"> - Не добија се информација код нас, ми смо практично последња карика у ланцу. - Информације нам стижу из школа, суда, полиције. - Најслабији канал је здравство – то је један затворен систем без икакве сарадње са другим институцијама. - Основни проблем је страх од преузимања одговорности и здравства и ЦСР. Међусобно пребацивање одговорности без конкретних активности. - Висока толеранција друштва према алкохолизму. 	<ul style="list-style-type: none"> - Не прихватање алкохолизма као болести. - Не води се борба на прави начин. Нема одговарајућих мера за смањење штете. - Циљна група треба да буду адолесценти. Њима треба посветити највећу пажњу, али на другачији начин. Акције треба прилагодити узрасту. - Треба им пружити алтернативу - Превелика оптерећеност ЦСР. У центрима не постоји простор за превентиван рад, чак ни за саветовање. - Не постоје капацитети ни кадрови за превентиван рад. - У локалној заједници ЦСР треба да преузме улогу координатора (због своје стручности, падагози, психолози, социјални радници, правници) јер могу да организују и координирају рад. - Успореност и тешко мењање великих система. - Укључивање невладиног сектора који се најбрже организује. - Укључивање целог друштва. - Укључивање лечених алкохоличара и наркомана.
Полицијска управа	<ul style="list-style-type: none"> - Директан рад са прекршиоцима закона. Директна веза (разбојништва, крађе, саобраћајни прекршаји). - За проблеме знају од људи који их о томе обавештавају. - У школама деловање у превентивном смислу. - Школска дворашта нису обезбеђена, не користе их само ученици школе. - Школски полицајац изгубио своју функцију. Потреба за неким ко је одговарајуће обучен. - Болнице за болести зависности (Палмотићева, Драјзерова, Батут). - Примарна превенција се ради у школама (предавања, семинари, трибине). - Боља сарадња са медијима. - Најслабија карика су ЦСР јер има доста повратника. - Породица такође најслабија карика. 	<ul style="list-style-type: none"> - Друштво системски испушта проблем јер није уведен у фазе образовања и васпитања. - Министарства социјалне заштите, рада, унутрашњих послова, правде треба да нађу решења. - Потребна је сублимација искустава других земаља (Норвешка, Куба, САД,...) и прилагођавање нашим условима. - Организација из једног центра. - Не постојање систематизације, све се заснива на индивидуалној иницијативи. - Мена се деловање оних који лече и оних који се баве социолошким аспектом. - Не постоји каталог институција које се баве лечењем. Не постоји база података на државном нивоу. Не постоји регистар алкохоличара и наркомана. - Превенција постоји само на нивоу Београда. - Стручњаци треба да се баве овом проблематиком а лекари да лече пацијенте.
Резиме	<ul style="list-style-type: none"> - Страх од преузимања одговорности институција које се баве овим проблемима. - ЦСР, здравство и породица нису на нивоу проблема. 	<ul style="list-style-type: none"> - Системска неефикасност друштва. - Проблеме решавати и кроз наставни план и програм. - Сублимирати решења других земаљ и прилагодити их нашим условима. - Неопходно организовати руковођење из једног центра. - Не постоји системски план. - Надлежности се мешају. - Организована превенција постоји само на нивоу Београда.

Табела П2.9: Извод из интервјуа са представником Завода за болести зависности

	I Присуство и распрострањеност алкохолизма и наркоманије	II Профил корисника ПАС
А	<ul style="list-style-type: none"> • Да ли постоји проблем • Од када • Да ли добија на интензитету • Које категорије – разлике • Разлике село – град 	<ul style="list-style-type: none"> • Које категорије – старост, пол... • Смањивање годишта почетка узимања ПАС • Из којих породица се регрутују • Профил корисника село – град • Разлози
Завод за болести зависности	<p>- Када се говори о проблему алкохолизма и наркоманије, по учесталости они чине трећу групу болести, иза кардиоваскуларних и малигнух обољења. Али само 10% зависника потражи стручну помоћ, како код нас тако и у свету, што значи да је велики број зависника ван домашаја стручне помоћи.</p> <p>- Проблем алкохолизма и наркоманије је на жалост лако видљив, али је питање шта с тим проблемом када се констатује, јер велики број пацијената одбија стручну помоћ, мисле да могу сами, убеде чланове породице, ...највидљивији је ако је изражено насиље у породици, проблеми на радном месту или проблеми са законом. Тада се углавном и реагује.</p> <p>- Последњих година проблем алкохолизма и наркоманије стагнира. Али последњих година више нема „чистог“ алкохолизма или наркоманије, већ је доста заступљен тзв. политоксикомански начин узимања (мешање алкохола са другим психоактивним супстанцама нпр. алкохол и седативи, алкохол и марихуана, кокаин, хероин и марихуана и сл.),</p> <p>- Млади, жене и стари су посебно осетљива популација. Примећује се пораст алкохолизма више него наркоманије, али то повећање није статистички значајно. Што се тиче младих испод 20 година однос мушкараца и жена је скоро 1:1, а код одраслих 4:1 (4 мушкараца према једној жени). Код нас је што се тиче лечења тај однос 7-8:1. Такође се примећује да је старосна доб првог узимање супстанци све нижа, чак испод 12 година, а такође и код страјих се исто примећује да пробају неке супстанце у позним 40-тим.</p> <p>- Нема повећања проблема, али је друштвена заједница постала више осетљива преко разних пројеката, који нас уче како препознати проблем и интервенисати. То се огледа у броју тражења помоћи када учестају проблеми у школи, насиље међу ђацима, насиље у породици...</p> <p>- Између села и града нема суштинске разлике, више је разлика у доступности супстанци. На селу је ипак за нијансу доступнији алкохол.</p>	<p>- Најугроженија старосна група је између 23-35 година. Преко 60% пацијената који траже помоћ у нашој установи, а тиче се наркоманије, је између 16-32 године, што се тиче алкохолизма старији од 40 година су већина.</p> <p>- Раније је објашњено да млађи све раније крећу са разним ПАС. Разлози су: доступност, толеранција средине посебно према алкохолу, сада и према марихуани,...</p> <p>- Нема типичних „наркоманских породица“, али је појава ипак учесталија тамо где већ постоји проблем зависности у породици, где постоје лоши породични односи, небрига за чланове породице, рано испољавање проблема и насиља како у породици тако и у вршњачким групама, лош успех у школи, као и разни видови злостављања, од емоционалног, преко сексуалног до физичког</p> <p>- Узроци су мултидимензионални, увек треба сагледати три фактора: личност, породицу, друштво.</p>

	III Актери у процесу и њихове улоге	IV Препоруке
Б	<ul style="list-style-type: none"> • Идентификација проблема, када • Инструменти којима располаже институција • Сарадња са осталим институцијама • Оцена ефикасности сопствене институције и осталих актера у процесу • Идентификација одсуства одговарајућих канала 	<ul style="list-style-type: none"> • На плану превенције • На плану сузбијања ових појава • Средства за побољшање превенције • Надлежности сваке институције
Завод за болести зависности	<p>- Лечење је код нас добровољно, уз пристанак пацијента. Процену зависности чини тим који се састоји од психијатра, психолога, соц. радника, дефектолога, мед. сестре, биохемичара, интернисте и неуролога.</p> <p>- Комуникација са другим институцијама је неопходна, посебно када постоје проблеми у школи, тада се сарађује са школским психологом, када је неопходно врши се и укључивање социјалне службе, Градског центра за социјални рад, институција правосуђа, као и других медицинских институција. Ако поред проблема зависности постоји и неки други проблем, било психички или соматски, нпр. ако је пацијент психотичан и угрожава себе и другог, упућује се у установе где лечење није добровољно (присилне хоспитализације), нпр. Л. Лазаревић, или ако има неки други поремећај тзв. дуалне дијагнозе и коморбидитет.</p> <p>- Сарадња са другим институцијама није лоша али сигурно да би требала бити много боља, посебно комуникација са социјалним службама и школама, правосудним системом...</p> <p>- Постоји читава палета терапијских протокола, увек је важан еkleктички приступ, укључити целу породицу...</p> <p>- Пре свега породица, потом школа, радне и социјалне институције, мада сада када је земља у транзицији, радне организације све мање, због лаког остајања без посла и нетолерисања дужег периода боловања</p>	<p>- Едукација родитеља, наставника, па самим тим и деце, детектовање на време ризичних фактора, рад на њима, посебно у школама, укључивања шире друштвене заједнице, локалних самоуправа, полиције и центара за социјални рад</p> <p>- Анализа начина финансирања, да школе буду захтевније тј. да више траже и артикулишу своје потребе у односу на институције које се баве болестима зависности како би та сарадња била боља, развијање креативних вештина, спортских, и сл.</p> <p>- Сузбијање - рано препознавање појединаца који имају проблеме злоупотребе и зависности од психоактивних супстанци и укључивање у здравствени систем.</p> <p>- Са превенцијом треба почети од шире друштвене заједнице, полиција, цела мрежа која се бави превенцијом - раним препознавањем и лечењем болести зависности, и ту завршити. Почети са породицом и школама, а завршити са породицом и школама уз помоћ здравствених институција.</p> <p>- Што се алкохолизма тиче, број отворених картона, значи нових пацијената, је годишње просечно око 220.</p> <p>- Код наркоманије број отворених картона је годишње око 330, а број рецидива око 800.</p> <p>- Кроз хитну службу наше установе обављено је 1.400 прегледа тј. интервенција прошле године.</p> <p>- 86% пацијената је са територије града Београда, а остали из других региона.</p>

ПРИЛОГ 3

Табела ПЗ: Списак представника институција које су учествовале у истраживању

Град	Назив институције	Име и презиме представника институције
Чачак	Центар за социјални рад Чачак	Бранимирка Радосавчевић, директор и Горан Јаворац, социолог
	Полицијска управа Чачак	Тихомир Салевић, заменик начелника
	ОШ „Свети Сава“, Атеница	Мирослав Мандић, директор
Ужице	Центар за социјални рад Ужице	Весна Тешић, социолог
	Полицијска управа Ужице	Драган Аћимовић, главни инспектор Боривоје Митровић, шеф одсека за општи криминал
	ОШ „Миливоје Боровић“, Мачкат	Иван Ивановић, директор
Лајковац	Центар за социјални рад Лајковац	Милан Јовановић, директор и Снежана Жуњић, социјални радник
	Суп Лајковац	Булатовић Радомир, командир полицијске станице
	ОШ „Миле Дубљевић“, Боговађе	Невенка Јевтић, директор и Дражен Милосављевић, педагог
Крушевац Александровац	Центар за социјални рад – Александровац	Милорад Вулетић, директор и Кнежевић Тања, педагог
	Суп Крушевац - Одсек за сузбијање општег криминалитета	Владан Крстић, инспектор
	ОШ „Иво Лола Рибар“ Александровац – одељење у Злегињу	Дејан Томић, директор и Драган Ћосић, педагог
Панчево	Центар за социјални рад – Панчево	Зоран Албијанић, директор
	Полицијска управа	Нису пристали на разговор
	ОШ „Жарко Зрењанин“ - Банатско Ново Село	Маринел Блаж, директор
Барајево	Центар за социјални рад - Барајево	Весна Николић, педагог и Радунка Подунавац, супервизор
	Суп Барајево	Владан Лукић, начелник полицијске станице
	ОШ „Павле Поповић“, Вранић	Бобан Платанић, директор, Весна Павловић, педагог
Обреновац	Центар за социјални рад Обреновац	Зоран Миросављевић, директор
	Суп Обреновац	Дејан Зорић, командир
	ОШ „Живојин Перић“, Стублине	Весна Јаковљевић, педагог и Весна Старчевић, психолог
Београд	Завод за болести зависности	Дијана Ракетић, психијатар - руководилац диспанзера за наркоманију
	Центар за социјални рад Земуна	Нада Штавланин, директор
	Полицијска управа за град Београд	Ламбе Ђорељијевски, одељење за сузбијање наркоманије

БИОГРАФИЈА

Татјана Јовановић је рођена 28. 03. 1969. године у Лозници. Основну школу и гимназију у Лозници завршила је са одличним успехом. Филозофски факултет у Београду-одсек за Социологију завршила је 01. 06. 1996. са просечном оценом 8,62 (осам и 62/100), а на дипломском раду је добила оцену 9,50 (девет и 50/100).

На Пољопривредном факултету, преко тржишта рада Татјана Јовановић је радила на радном месту сарадника за стручно оспособљавање у трајању од 12 месеци, и то од 01.04.2000. до 31.03. 2001. У школској 2001 - 2002 год. на основу одлуке катедре, преко студентске задруге ангажована је и за извођење вежби из Опште социологије и Социологије села за агроекономски смер.

Од 2002. године примљена је на место асистента-приправника за предмет Социологија на Пољопривредном факултету Универзитета у Београду.

Магистарску тезу под насловом *Социолошко-правни аспекти задругарства Михаила Аврамовића* одбранила је 2010. године.

Од 22.03.2012. године изабрана је у звање асистента за ужу научну област Општа социологија и социологија села на Катедри за теоријску економију, социологију, социологију села и пословно право, Одсек за агроекономију, где и данас ради.

Учествовала је, у својству истраживача, на три пројекта Министарства науке Републике Србије. Била је учесник бројних научних и стручних скупова са радовима и саопштењима у земљи, самостално и у сарадњи са другим ауторима.

Члан је Српског удружења за социологију села и пољопривреде и Балканске асоцијације за социологију села и пољопривреде.

Мр Татјана А. Јовановић објавила је, самостално или у сарадњи са другим ауторима, преко 20 научних и стручних радова.

ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ

Потписана Мр Татјана А. Јовановић
број индекса

Изјављујем

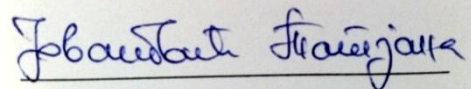
да је докторска дисертација под насловом

АЛКОХОЛИЗАМ И НАРКОМАНИЈА У СЕЛИМА СРБИЈЕ

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршила ауторска права и користила интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, јануар 2016. године



**ИЗЈАВА О ИСЛОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И
ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ ДОКТОРСКОГ РАДА**

Име и презиме аутора: Татјана А. Јовановић

Број индекса:

Студијски програм:

Наслов рада: Алкохолизам и наркоманија у селима Србије

Ментор: Проф. др Милован Митровић

Потписана Татјана А. Јовановић

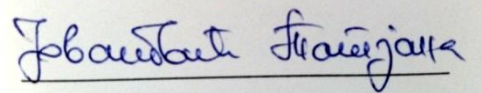
изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предала за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, јануар 2016. године



ИЗЈАВА О КОРИШЋЕЊУ

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

АЛКОХОЛИЗАМ И НАРКОМАНИЈА У СЕЛИМА СРБИЈЕ

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предала сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучила.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
- ③. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду, јануар 2016. године

