

Antisocialna osebnostna motnja in odvisnost od drog med uživalci heroina na obali, v Ljubljani in Mariboru

Dušan Nolimal, Iztok Lahajnar, Nino Rode¹

Ugotavljali smo antisocialno osebnostno motnjo (ASPD) in odvisnost od alkohola in drog pri 97 uživalcih heroina, ki se trenutno ne zdravijo. V »vzorcu snežne kepe« smo za postavitev diagnoze uporabili diagnostični intervju (DIS). Diagnozo ASPD smo ugotovili pri 22 % uživalcev, 74,2 % pa jih je bilo odvisno od heroina. Rezultati kažejo na povezanost med »antisocialnostjo« pred 15-tim letom starosti in kasnejšo zlorabo alkohola, ne potrjujejo pa povezave s kasnejšo zlorabo drog. Pri odraslih osebah z diagnozo ASPD pa lahko z visoko verjetnostjo napovemo sočasno odvisnost od alkohola in drog. Potrebno je poznati raziskovalne omejitve DIS intervjuja. Rezultate smo interpretirali v kontekstu potrebe po boljšem poznavanju odnosa med ASPD in uživanjem alkohola in drugih drog.

Ključne besede: antisocialna osebnostna motnja, alkohol, droge, vzorčenje »snežne kepe«

UDK: 316.624:613.81/83

1. Uvod

Razmišljanja, da je neupoštevanje veljavnih družbenih norm patološko, so zelo stara. Psihopati in drugi neprilagojeni naj bi bili vsaj delno bolni in bi jih bilo zato treba zdraviti. Moderna stroka je seveda že presegla takšna pojmovanja. Kljub temu pa ne gre zanikati nekaterih pojavov, ki jih najlažje pripišemo psihopatologiji posameznikov. Govorimo o antisocialni osebnostni motnji (antisocial personality disorder — ASPD).

Antisocialno vedenje je pogosto sredstvo posameznika, da doseže svoj namen. Individualna antisocialnost je lahko povezana z določenim interesom. Da bi družba sebe in svoje člane zavarovala pred individualno antisocialnostjo, je uvedla sankcije, s katerimi uravnava stopnjo antisocialnosti. Neavtorizirano antisocialnost država kaznuje, s čimer naj bi možne storilce odvrnila od antisocialnih dejanj in jih spodbudila k iskanju socialnih rešitev. Za sankcije lahko vsaj predvidevamo, da zmanjšujejo število antisocialnih dejanj, sicer ne bi imele nobenega smisla — razen morda kot maščevanje nad storilci.

V vsaki družbi je določen delež ljudi, ki vztrajno ponavljajo antisocialna dejanja, kljub temu, da je korist, ki jo s tem pridobijo, znatno manjša od škode, ki jo utrpijo zaradi sankcij. Pri njih omenjeno racionalno tehtanje korist/škoda kot da ne deluje. Po drugi strani pa je vprašljivo, ali je res tako. Tem ljudem ni mar, če povzročijo škodo soljudem. Glede na to, da policija raziše le določen delež antisocialnih kaznivih dejanj, je vprašanje, ali je zanje škoda res večja od koristi, saj (nekateri upravičeno?) upajo, da jih ne bodo ujeli. Ljudje s sindromom ASPD se zdijo narcistično oškodovani in kot taki »trpijo za« **pomanjkanjem časovne kontinuitete Selfa**. Self ali sebstvo je skupek vseh predstav, prepričanaj, slik, ki jih ima posameznik o sebi ter vseh svojih lastnostih, spo-

sobnostih, itd., tako na telesnem kot tudi na čustvenem in intelektualnem nivoju². Zato ti ljudje težko povežejo sedanje dejanje s kasnejšimi posledicami. Ker je kohezivnost njihovega Selfa zelo pomanjkljiva, vzdrževana »od zunaj«, nujno potrebujejo dejanja, pri katerih jim »adrenalin podivja«, da sploh doživijo občutek, da so, da obstajajo³. Najbolj pa jim ta »podivja« ravno med nasilnimi kaznivimi dejanji.

Psihijatrija je že zdavnaj presegla težnje, da bi vsa nasilna dejanja in vsako neupoštevanje norm kar počez razglašala za patološko. Kljub temu je pojav stalnega neupoštevanja družbenih norm, ne glede na sankcije, dovolj pogost, tako da se je izoblikovala diagnoza antisocialne osebnosti kot osebnostne motnje. 9. revizija Mednarodne klasifikacije bolezni, ki so jo še do pred kratkim uporabljali v Sloveniji kot temelj za klasifikacijo bolezni, je diagnozo antisocialna osebnost skupaj z amoravno osebnostjo in asocialno osebnostjo, združila v motnje osebnosti s prevladujočimi sociopatskimi ali asocialnimi potezami. Opisuje jo takole:

»Osebnostna motenost, ki jo označuje neupoštevanje družbenih obveznosti, pomanjkanje sočutja, nerazločljiva nasilnost in brezčutna nezainteresiranost. Med vedenjem in veljavnimi družbenimi normami je veliko neskladje. Izkušnje, skupaj s kaznovanjem, ne privedejo zlahka do spremembe vedenja. Ljudje s takšnimi osebnostnimi značilnostmi so pogosto izredno čustveno hladni in so lahko agresivni in nezanesljivi. Njihova frustracijska toleranca je majhna; za svoja navzkrižja z družbo iščejo krivdo v drugih ali pa jih opravičujejo z racionalizacijami«⁴.

2. Povezanost antisocialne osebnostne motnje z odvisnostjo od drog in alkohola

Raziskave so pokazale povezavo med diagnozo antisocialne osebnosti in škodljivo uporabo drog ter odvisnostjo od njih. Med intravenskimi uživalci drog so

¹ Asist.mag. Dušan Nolimal, dr. med., spec. soc. med., Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Iztok Lahajnar, dipl. psih., Center za socialno delo Nova Gorica, Trg Edvarda Kardelja 1, 5000 Nova Gorica
Nino Rode, dipl. soc. del., Visoka šola za socialno delo, Šaranovičeva 5, 1000 Ljubljana

² Glej Kohut H., s. 1—25, prim. tudi Redl F., Wine-
man S., s. 13—43 ter 78—79.

³ Glej Kohut H., s. 181—211, prim. tudi Švrakič et al.
ter Cloninger et al.

⁴ Glej Kramer M et. al., s. 241—262.

različne raziskave ugotovile od 30% pa do 50% oseb z diagnozo ASPD⁵. Pri ostalih 50% do 70% pa lahko sklepamo, da zanje okolje ni bilo toliko ogrožujoče, da bi ga agresivno zasovražili; pomanjkljivo osebnost pa morajo vseeno »dopolnjevati« z drogo.

Podobne rezultate dobimo, še ugotavljamo povezanost ASPD in odvisnost od alkohola. V eni od študij so ASPD diagnosticirali pri 49% proučevanih moških alkoholikov⁶. Zato ni težko sklepati, da so antisocialni posamezniki nagnjeni tudi k zlorabi drog in alkohola.

Hesselbrock poroča, da so simptomi AS pred 15. letom pomembni za razločevanje med ASPD in ne — ASPD alkoholiki⁷. To niti ni čudno, glede na to, da so simptomi predpogoj za diagnozo ASPD. Bolj pomembna je ugotovitev, da problemi v šoli kažejo na zgodnji nastanek alkoholizma. Avtorica v tem smislu poroča o drugi študiji, v kateri so ugotovili, da alkoholiki z diagnozo ASPD poročajo o nekaj več simptomih alkoholizma kot alkoholiki brez te diagnoze.

Epidemiološke raziskave so pokazale, da so v celotni populaciji približno 4% antisocialnih posameznikov⁸. Mnogo večji (okoli 50%) pa je delež takih posameznikov med uživalci, ki si droge vbrizgavajo. Ti imajo po navadi več psihičnih težav hkrati. Rounsaville in Kleber navajata, da je v vzorcu 533 oseb, odvisnih od opiatov, ki so iskali pomoč, 70,3% imelo katero od psihiatričnih motenj v času iskanja pomoči⁹. Pri 86,9% pa so ugotovili, da so kadarkoli v življenju imeli vsaj eno od psihiatričnih motenj. To dejstvo je pomembno, saj kaže, da je psihopatologija odvisnikov lahko pomemben napovedovalec uspešnosti njihovega zdravljenja. Antisocialna motnja pri metadonskih bolnikih je bila npr. pomemben dejavnik, ki je vplival na krajšo dobo zdravljenja v metadonskih vzdrževalnih programih in na tvegana vedenja, ki jih povezujemo z možno okužbo z virusom aidsa¹⁰.

Rounsaville in Kleber navajata tri najbolj pogoste psihiatrične motnje pri odvisnikih od heroína: depresijo, alkoholizem in antisocialno osebnost¹¹. Depresijo so v začetku zdravljenja ugotovili pri 23,8% odvisnikov, 53,9% pa je bilo depresivnih vsaj enkrat v življenju. 13,7% obravnavanih odvisnikov je zadovoljevalo merila za trenutno diagnozo alkoholizma, za 34,5% pa so ugotovili, da so že bili alkoholiki v dotedanem življenju. Pri antisocialni osebnosti sta

ugotovljena dva tipa: a) 27,2% primarno antisocialnih, pri katerih je bilo antisocialno obnašanje neodvisno od potrebe pridobiti drogo in b) 27,7% sekundarno antisocialnih odvisnikov, pri katerih je bilo antisocialno obnašanje neposredno povezano z uporabo droge¹¹.

Ne preseneča ugotovitev, da je precej odvisnikov od heroína odvisnih tudi od alkohola ali/in depresivnih. Odvisniki pravzaprav dopolnjujejo svojo pomanjkljivo osebnost — z drogo; z drogo napolnjujejo občutek praznine, občutek, da del njih manjka. Drogo pa moramo v tem primeru pojmovati zelo široko; lahko je to droga v ožjem smislu besede (tudi alkohol sodi v to kategorijo), lahko pa je to druga oseba, hrana ali delo oz. kaka dejavnost. Vsi ti »nadomestki« pa zapolnjujejo tisti del osebnosti, ki ni bil izgrajen pravočasno; torej jih odvisnik ne dojema kot nekaj zunanjega, temveč kot del sebe¹². Tu lahko vidimo, da je že stara intuitivna trditev, da je droga pravzaprav del odvisnika — pravilna. To lahko trdimo vsaj za ljudi, ki pogosto uporabljajo drogo(e); torej od tiste točke dalje, ko lastne uporabe droge ne morejo več nadzorovati z lastnim razumom in voljo.

Tudi ljudje s sindromom ASPD pogosto ne morejo nadzorovati svojega vedenja. Pri pouličnem nasilju, v katerem so »ASPD—jevci« pogosto soudeleženi, gre vedno tudi za določeno stopnjo oboroženosti in pripravljenosti na vandalizem, vključno s tatvinami, ropi, pustošenji ulic, telesnimi poškodbami ter celo naklepnimi umori¹³.

3. Antisocialnost kot možni dejavnik tveganja za razvoj odvisnosti od drog

Danes je ugotovljenih že mnogo dejavnikov tveganja za razvoj odvisnosti od alkohola in drog. Ti so, enako kot varovalni dejavniki, lastni posamezniku, drogi oz. drogam ter okolju.

Najbrž ne bi bila napačna trditev, da je medicinsko pojmovanje asocialnosti sociološko obarvano, ko upošteva odklone od družbenega povprečja. S psihološkega vidika bi namreč lahko zagovarjali trditev, da je vsak posameznik, ki mu je neka »neživa stvar« v določenih okoliščinah pomembnejša od odnosov s soljudmi — asocialen. Ta zunanja stvar je lahko dejavnost (npr. deloholik ali v rezultate usmerjen tekač, itd), snov (npr. hrana, sladkarije, cigareti, itd.) ali »pasivna aktivnost« (npr. gledanje televizije, igranje na srečo, itd).

⁵ Glej Gill K, Nolimal D, Crowley JT, s. 247—252.

⁶ Glej Hesselbrock MN, s. 78—93.

⁷ Isto...

⁸ Glej Hesselbrock VM, s. 35—49.

⁹ Glej Rounsaville BJ, Kleber HD, s. 140—168.

¹⁰ Glej Gill K, Nolimal D, Crowley JT, s. 247—252.

¹¹ Glej Rounsaville BJ, Kleber HD, s. 140—168.

¹² Glej Kohut H, s. 33—51, prim. tudi Balint M, s. 70—78.

¹³ Glej Pečar J, s. 34—48.

Ob tem se seveda vprašamo, ali so potemtakem asocialni vsi odvisniki, npr. deloholiki, debeluhi ali »TV-holiki«. Strinjali se bomo z ugotovitvijo, da so, z družbenega vidika, slednji manj asocialni, alkoholiki so že bolj; najbolj asocialni pa so uživalci prepovedanih drog. Seveda je pri teh ugotovitvah vprašljiv vrstni red dogodkov — morda je najvišja asocialnost pri zadnjih plod nedostopnosti »njihove« droge; druga možnost pa je domneva, da so si nedostopno in prepovedano drogo izbrali ravno zaradi svoje asocialnosti.

Pogostejše osebnostne motnje pri odvisnikih same po sebi še ničesar ne povedo o genezi odvisnosti. Na podlagi statističnih povezav je nemogoče ugotoviti, ali določene osebnostne motnje povzročajo razvoj odvisnosti ali so njena posledica ali zgolj sobivajo z njo. Slednje je pač najbližje resničnosti.

Na področju etiologije drog je vzročno-posledični pristop preživel. Presegel ga je sistemski pristop, ki upošteva sočasno delovanje številnih dejavnikov tveganja in zaščite. V človeškem življenju in nasploh zelo težko najdemo enoznačne vzroke in posledice; večinoma gre le za določene pogoje, ki omogočajo določeno smer razvoja. Smer razvoja je pozitivna, če se ti pogoji ujamejo v ugodni varianti, in negativna, če se ujamejo v neugodni. Tu igrata zorenje in razvoj izjemno pomembno vlogo. Zato je tudi etiološki koncept travme preživel. Vpliva lahko le v določenem razvojnem obdobju kot »kritična travma« ali kot npr. sprožilni dejavnik. Lastovke npr. se lahko naučijo leteti le v za to primernem času, kasneje nikoli več¹⁴, torej je zanje kritična travma, če jih v tem času zapremo v kletko. Če je za otroka kritično, da ga mama vsak dan zapušča (ko gre na delo), ko je star osem mesecev, to zanj ni več kritično pri treh ali štirih letih. V takšnem smislu je težko govoriti o vzrokih ter posledicah in se prepirati, ali je bilo prej jajce ali kokoš. Zato bomo v nadaljevanju govorili o **dejavniki tveganja** za razvoj odvisnosti ter disocialnosti. Pri tem lahko poudarimo, da je škodljiva uporaba drog dejavnik tveganja za razvoj določenih osebnostnih motenj. Pa tudi določene osebnostne motnje in pomanjkljivosti so lahko močan dejavnik tveganja za razvoj odvisnosti.

4. Anketiranje uživalcev heroina

4.1. Raziskovalni subjekti

Junija in julija 1992 smo v okviru raziskovalne naloge Ministrstva za notranje zadeve, kot naročnika, in Mirovnega inštituta, kot izvajalca raziskave o

¹⁴ Glej Klein M, s. 27—41 ter 279—312, prim. tudi Praper P, s. 21—30 in 121—151.

drogah in nasilju v Sloveniji, opravili anketiranje uživalcev heroina na slovenski obali (Koper, Izola, Piran, Portorož), v Ljubljani in Mariboru. Z anketo naj bi zbrali podatke, ki bi omogočili oceno nasilja v zvezi z uživanjem drog v Sloveniji. Odločili smo se za anketiranje pouličnih uživalcev heroina, ki niso bili zajeti v sistem zdravljenja, ker naj bi ta populacija potrebovala zdravstveno in socialno pomoč, ki pa je zaradi inkriminiranosti njihovega vedenja ne išče. Z anketo smo želeli zbrati tudi podatke o populaciji, o kateri nismo imeli prav nikakršnih informacij.

Podatke na obali je zbiralo 25 študentov Višje šole za socialno delo, v Ljubljani in Mariboru pa je zbiralo podatke 10 prostovoljcev, ki so delovali v okviru društva za samopomoč uživalcev drog Stigma. Zbiralce podatkov smo pred tem usposobili na enodnevnem tečaju.

Proučevanje povezave med antisocialnostjo ter škodljivo uporabo alkohola in drugih drog je bil tudi eden od ciljev raziskave. Z metodo »snowballinga«¹⁵ smo zajeli v raziskavo 128 anketirancev: 97 (75,8%) uživalcev drog in 31 (24,2%) kontrolnih oseb, od tega 16 (12,5%) pripadnikov okolja, v katerem smo anketirali, in 15 (11,7%) študentov prostovoljcev.

»Snowballing« je uveljavljen postopek za navezovanje stikov s pripadniki epidemiološko skritih in težje dostopnih populacijskih skupin. S to metodo so bili zbiralci podatkov, ob pomoči uživalcev, organiziranih v društvu Stigma, vpeljani v stike z drugimi uživalci. Vzorec, ki smo ga zajeli, je bil nenaključen, zato je posploševanje na populacijo drugih uživalcev heroina omejeno.

4.2. Raziskovalni inštrument

Prevedli smo del diagnostičnega vprašalnika (Diagnostic Interview Schedule — DIS), ki so ga izdelali na Medicinski fakulteti Univerze Washingtona¹⁶. Vprašalnik je vseboval, poleg temeljnih vprašanj, ki se nanašajo na demografske značilnosti ter odvisnost od alkohola in drog, tudi vrsto vprašanj, ki se nanašajo na antisocialno vedenje uživalcev drog.

Kot osebnostna motnja naj bi bila antisocialnost razmeroma trajna značilnost posameznika. Trajno kršenje družbenih norm je temeljno merjenje oz. diagnosticiranje antisocialnosti kot osebnostne motnje. To merjenje je dokaj »elegantno«. Najprej določimo vedenje, ki kaže na antisocialnost in ugotovljamo, ali ga je mogoče zaslediti v »zgodovini« proučevane osebe. Če se antisocialno obnašanje ponavlja, govorimo o simptomu antisocialnosti. Če se nadalje simptomi kopičijo, lahko govorimo o diagnozi antisocialnosti.¹⁵ Vendar to seveda ni dovolj, da bi

¹⁵ Glej Hendriks VM, Blanken P, Adriaans NFP.

¹⁶ Glej Robins LN, Helzer JE.

govorili o osebnostni motnji. Simptomi antisocialnosti se morajo pojavljati že v mladosti, ko se posameznik še socializira, in se morajo nadaljevati v odraslo dobo. Šele takrat lahko govorimo o antisocialni osebnostni motnji (antisocial personality disorder, ASPD). Za ASPD naj bi bila torej značilna **trajnost**¹⁷.

Uporabljena ključna diagnostična merila za podelitev diagnoze ASPD, so bila naslednja — vsaj trije od naslednjih simptomov **pred petnajstim letom starosti**:

- slabe ocene v šoli ali ponavljanje razreda,
- problemi z učitelji,
- izključenost iz šole,
- pretepanje v šoli,
- pretepanje zunaj šole,
- daljši pobegi od doma,
- uživanje alkohola ali droge,
- tatvine,
- namerno uničevanje tuje lastnine,
- obsojenost za mladoletno prestopništvo,
- spolni odnosi.

Če posameznik tudi v odrasli dobi ne upošteva družbenih norm, lahko pri njem govorimo o antisocialnosti kot osebnostni motnji. Da bi diagnosticirali ASPD, mora posameznik imeti vsaj štiri od naslednjih simptomov antisocialnosti:

- da je bil po 18. letu večkrat zaprt zaradi česa drugega kot zaradi prometnih prekrškov ali da je bil obtožen kaznivega dejanja,
- da se je po 18. letu večkrat pretepal ali je v pretepu uporabil orožje,
- da ni sposoben obdržati stalne zaposlitve,
- da je nagnjen k laganju,
- da si ni sposoben urediti stalnega bivališča,
- da zanemarja svojo družino,
- da ni sposoben vzdrževati stalne zveze s partnerjem.

Uporabljena ključna merila za podelitev diagnoze odvisnosti od alkohola/drog glede na diagnostični vprašalnik, so bila naslednja:

A. Navzočnost vsaj treh od naslednjih simptomov pri odvisnosti od alkohola in vsaj petih pri odvisnosti od drog (v vseh primerih je šlo za heroin):

- pogostejše uživanje alkohola/drog v večjih količinah ali v časovnem obdobju, ki je bilo daljše od predvidenega,
- stalna želja po uživanju ali več neuspešnih poskusov nadzorovanja pogostosti in količine uživanja alkohola/ drog,
- velik del časa in dejavnosti namenjene nabavi alkohola/ drog ali okrevanju v zvezi z negativnimi učinki uživanja,

- pogosta intoksikacija ali abstinenčni simptomi v različnih delovnih in tveganih okoliščinah,
- zanemarjanje pomembnih socialnih, delovnih in rekreacijskih dejavnosti,
- nadaljevanje z uživanjem alkohola/droge kljub socialnim, psihičnim in telesnim težavam,
- povišana toleranca oz. potreba po večjih količinah alkohola/droge, za doseganje zaželenega učinka,
- značilni odtegnitveni simptomi.

B. Nekateri od teh simptomov so trajali vsaj en mesec ali pa so se ponavljali v daljšem časovnem razdobju.

4.3. Obseg pojavov

Kot je bilo pričakovati, se skupina študentov prostovoljcev po socialnodemografskih značilnostih veliko bolj razlikuje od ostalih dveh skupin, kot se ti dve skupini razlikujeta med sabo. Med uživalci drog je bilo 32,0 % žensk, v kontrolni skupini iz okolja 31,3 % in med študenti kar 73,3 %. Uživalci drog so s povprečno starostjo 26,5 let starejši od ostalih dveh skupin, med katerima se povprečna starost ne razlikuje statistično pomembno (21,7 let kontrolna, 22,3 let študenti). Po izobrazbi znova izstopajo študenti, medtem ko se uživalci in kontrolna skupina med sabo ne razlikujeta statistično pomembno.

4.3.1. Razširjenost diagnoze ASPD med uživalci

Na vprašalnik, s katerim smo ugotavljali diagnozo ASPD in zlorabo alkohola, je odgovarjalo 67 (52,3 %) anketirancev: 41 (61,2 %) uživalcev, 11 (16,4 %) kontrol in 15 (22,4 %) študentov. Pozitivno diagnozo ASPD smo postavili pri 9 (13,4 %) anketirancih. Vsi z diagnozo ASPD so bili uživalci drog, kar pomeni, da je imelo v našem vzorcu 22,0 % uživalcev pozitivno diagnozo ASPD. Težavnost dela na terenu in nezadostna izurjenost anketarjev nam je preprečila, da bi z gotovostjo postavili negativno diagnozo, saj je bilo iz vprašalnikov mogoče zanesljivo razbrati le pozitivne odgovore, medtem ko med negativnimi odgovori in vprašalniki brez odgovorov nismo mogli razlikovati.

Vsaj tri znamenja (simptome) antisocialnosti smo ugotovili pri 22 (32,8%) anketirancih, starih manj kot 15 let: 16 (39,0%) uživalcih, 5 (45,5%) kontrolnih in pri 1 (6,7%) študentu. Tudi tu se uživalci in kontrolna skupina med seboj praktično ne razlikujejo. Razlika, zaradi katere izpadejo iz diagnoze ASPD vsi neuzivalci, nastane pri simptomih antisocialnosti po osemnajstem letu. Več kot tri simptome antisocialnosti po osemnajstem letu smo ugotovili le pri

¹⁷ Glej American Psychiatric Association.

16 (23,9%) anketirancih. Vsi so bili uživalci droge, nobenega pa ni bilo med kontrolnimi osebami ter študenti.

4.3.2. Povezava med diagnozo ASPD in škodljivo uporabo alkohola oz. drog

Vsaj tri simptome zlorabe alkohola ima 31 (46,3 %) anketirancev. Znova izstopajo študentje s 3 (20,0 %) primeri, medtem ko se uživalci in kontrolna skupina med sabo praktično ne razlikujejo: med uživalci je 22 (53,7 %), med kontrolnimi pa 6 (54,5 %) verjetnih zasvojenecv z alkoholom.

Ovisnost od drog smo ugotavljali na celotnem vzorcu. Kar 77 od 128 anketirancev (60,2 %) je imelo pet ali več znamenj odvisnosti od drog. Odvisnost smo diagnosticirali pri 72 (74,2 %) uživalcih, 4 (25,0 %) kontrolnih in 1 (6,7 %) študentu.

Razlike med osebami z diagnozo ASPD in tistimi brez diagnoze ASPD glede na odvisnost od alkohola in drog smo prikazali v tabeli 1.

Tabela 1: Razlike med anketiranci z in brez diagnoze ASPD glede na odvisnost od alkohola in drog

	ne-ASPD		ASPD		p
	N	%	N	%	
1. Alkohol	23	39,7	8	88,9	p < 0,01
2. Droge	22	37,9	9	100,0	p < 0,001

Glede na to, da pri nobenem anketirancu iz kontrolnih skupin nismo diagnosticirali ASPD, je jasno, da je uživanje drog statistično pomembno povezano z ASPD. Z ASPD sta statistično pomembno povezani tudi zloraba alkohola in odvisnost od drog. Zanimivo je, da so bili vsi diagnosticirani kot ASPD tudi uživalci drog in, razen enega, tudi vsi verjetni uživalci alkohola.

Znano je, da veliko ljudi prične poskušati alkohol in droge ravno v času pubertete. Tudi po podatkih iz naše raziskave je 30 od 67 anketiranih (44,8 %) bilo prvič vinjen pred 15. letom, 32 od 128 anketirancev (25,0 %) je drogo prvič poskusilo pred 15. letom, kar 96 (75,0 %) pa pred 18. letom. Le 6 anketirancev (4,7 %) ni nikoli poizkusilo droge. Intravensko jemanje drog se začne kasneje, pa vendar si je še zmeraj 42 anketirancev (40,5 % tistih, ki so kadarkoli intravensko uživali drogo) prvič vbrizgalo drogo pred 18. letom.

Po pričakovanju je zgodnejše uživanje droge povezano z zgodnejšim intravenskim uživanjem (p < 0,001). Prav tako je zgodnejša prva pijanost povezana z zgodnejšo uporabo drog. Intravenski uživalci drog so po pravilu začeli uživati drogo bolj zgodaj (p < 0,001). Med njimi jih je kar 35,4% prvič uživalo drogo pred 15. letom, med ostalimi pa je bilo takih le 8,2 %. Vendar ne moremo trditi, da zgodnejše uživanje drog nujno vodi v odvisnost. Med časom prvega uživanja drog in odvisnostjo od drog nismo našli povezave.

Če je ASPD dejavnik tveganja za zlorabo drog in alkohola ter odvisnosti od njih, bi bilo smiselno napovedati nagnjenost k temu že na podlagi simptomov AS pred 15 letom. Tako bi lahko začeli s preventivnim delovanjem, ki bi bilo verjetno uspešnejše in konec koncev cenejše od zdravljenja. Toda tu naletimo na problem. Z »zgodnjo« antisocialnostjo je statistično pomembno povezana le kasnejša zloraba alkohola. Povezava z odvisnostjo od drog je bila v naši raziskavi zanemarljiva.

4.3.3. Povezanost števila simptomov ASPD z odvisnostjo od alkohola in drog

Če je ASPD dejavnik tveganja za zlorabo drog in alkohola ter odvisnosti od njih, bi bilo smiselno napovedati nagnjenost k temu že na podlagi simptomov AS pred 15 letom. Tako bi lahko začeli s preventivnim delovanjem, ki bi bilo verjetno uspešnejše in konec koncev cenejše od zdravljenja. Toda tu naletimo na problem. Z »zgodnjo« antisocialnostjo je statistično pomembno povezana le kasnejša zloraba alkohola. Povezava z odvisnostjo od drog je bila v naši raziskavi zanemarljiva.

Tabela 2: Razlike med anketiranci s tremi ali več simptomi ASPD in anketiranci z manj simptomi ASPD pred 15. letom glede na odvisnost od alkohola in drog

	<3 simpt. ASPD		3+ simpt. ASPD		p
	N	%	N	%	
Alkohol	13	28,9	18	81,8	p < 0,001
Droge	18	40,0	13	59,1	p > 0,1

Tabela 3: Razlike med anketiranci s štirimi ali več simptomi ASPD in anketiranci z manj simptomi ASPD po 18. letu glede na odvisnost od alkohola in drog

	<4 simpt. ASPD		4+ simpt. ASPD		p
	N	%	N	%	
Alkohol	18	35,3	13	81,3	p < 0,005
Droge	16	31,4	15	93,8	p < 0,001

Antisocialnost odraslih pa je, kot vidimo, zelo tesno povezana z odvisnostjo od drog. Ta pojav velja podrobneje proučiti. Problem je namreč resnejši, kot se zdi na prvi pogled. Glede na to, da lahko trdimo, da se zloraba alkohola in drog v večini primerov začne pred 18. letom, obstaja možnost, da je odvisnost dejavnik tveganja za ASPD in ne obratno. Na to možnost opozarjajo tudi drugi avtorji. Kot smo že

omenili, ločita Rounsaville in Kleber primarne in sekundarne diagnoze ASPD¹⁸.

Še bolj je treba biti previden s samim diagnosticiranjem. Pri diagnosticiranju ASPD imamo opraviti z dvema zaporednima meritvama, ki sistematično obideta »problematično« obdobje med 15. in 18. letom. Diagnoza ASPD je presek dveh pozitivnih izidov merjenja. Če pa je antisocialnost razmeroma stalna značilnost posameznika, bi lahko pričakovali močno povezanost med prvim in drugim merjenjem. Povezanost sicer obstaja, vendar je razmeroma slabotna ($H_i^2 = 4,94$, 1 d. f., $p < 0,05$). Kar za 7 (43,8%) tistih, ki imajo vsaj štiri simptome ASPD po 18. letu, nismo ugotovili več kot dveh simptomov ASPD pred 15. letom. Prav tako je le 9 (40,9 %) anketirancev z vsaj tremi simptomi ASPD pred 15. letom dobilo tudi ASPD diagnozo. Veliko število mladostno antisocialnih, ki so se »popravili«, bi nas sicer lahko veselilo. Razmeroma veliko število »novih« antisocialnih po 18. letu, ki v mladosti niso bili diagnosticirani kot antisocialni, pa daje misliti, da morda obstaja dodatni dejavnik, ki povzroča antisocialnost.

Ena od možnih napak je, kot smo omenili, t.i. napaka merjenja. Diagnoza temelji na logiki »da—ne«. Pri taki obravnavi podatkov se izgubi veliko informacij, kot smo že prej omenili. Napačno izbrana mejna točka med pozitivno in negativno diagnozo oz. neupoštevanje realnosti kontinuuma merjenega pojava je lahko razlog za probleme, ki smo jim priča. Ena od meritev je lahko premalo ali preveč »občutljiva«, zato daje premalo ali preveč pozitivnih izidov. To lahko prekrije dejanske povezave med pojavi. Če je le mogoče, je treba za ugotavljanje povezav med pojavi uporabljati metode, ki upoštevajo čim več informacije, ki jo nudijo podatki.

Statistično pomembne so torej naslednje povezave:

1. Število simptomov ASPD pred 15-im letom in število simptomov zlorabe alkohola

2. Število simptomov ASPD po 18-em letu ter število simptomov odvisnosti od drog ter alkohola.

Vprašanje smeri vpliva med simptomi ASPD po 18. letu in simptomi odvisnosti od drog ostaja odprto.

Za razliko od škodljive uporabe alkohola, pri kateri lahko trdimo, da anketiranci z večjim številom »mladostnih« simptomov ASPD začnejo prej zlorabljati alkohol in ga bolj škodljivo uporabljajo, ostane odvisnost od drog v tako zastavljenem modelu nepojasnjena. Samo število »mladostnih« simptomov ASPD je ne pojasni. To pomeni, da ne moremo trditi, da v škodljivo uporabo drog in odvisnost od njih vodi sama intenziteta antisocialnega obnašanja pred 15.

letom, kar za škodljivo uporabo alkohola lahko trdimo. Mogoče bi jo lahko pojasnili s posameznimi merili (siptomi) diagnoze ASPD pred 15. letom.

4.3.4. Vpliv različnih vedenjskih vzorcev pred 15. letom na nastanek odvisnosti od drog

V okviru raziskovanja etiologije odvisnosti od alkohola oz. drog je treba obravnavati antisocialno obnašanje pred 15. letom kot večdimenzionalni pojav. Uvesti moramo razlikovanje med različnimi vrstami simptomov, ki najbolj razlikujejo posameznike (torej najbolj diskriminativne simptome), in ugotoviti, ali te nove dimenzije lahko pojasnijo razvoj odvisnosti in antisocialnost pri odraslem človeku. Za določanje najpomembnejše dimenzije antisocialnega obnašanja pred 15. letom smo uporabili metodo glavnih komponent in varimax rotacijo. V nadaljnjo obravnavo smo sprejeli štiri dejavnike, katerih lastne vrednosti so bile večje od 1 in pojasnijo 68,4 % variance.

Tabela 6: Glavne komponente simptomov ASPD pred 15. letom

I. DELINKVENCA	29,3% Var.
a) Sojen kot mladoletni prestopnik	.84468
b) Težave zaradi preteпов zunaj šole	.72517
c) Večkratni pobeги od doma	.69818
II. VZGOJNA ZANEMARJENOST	14,6% Var.
a) Spolni odnosi pred 15. letom	.82271
b) Podpovprečne ocene v šoli	.65516
c) Zloraba alkohola ali drog pred 15. letom	.57994
III. NEUPOŠTEVANJE TUJE LASTNINE	12,8% Var.
a) Tatvine pred 15. letom	.81994
b) Namerno poškodovanje tuje lastnine	.81407
IV. TEŽJE KRŠITVE ŠOLSKE DISCIPLINE	11,7% Var.
a) Izključitev iz šole	.85163
b) Večkratno pretepanje v šoli	.70815

V literaturi zasledimo delitev simptomov ASPD na 1) probleme s šolo in 2) delikventna obnašanja¹⁹. V našem primeru pa od komponente »problemi s šolo« izpadejo »nizke ocene« in se združijo z »zgodnjimi spolnimi odnosi« in »zlorabo alkohola in drog« v posebno komponento, ki smo jo poimenovali »vzgojna zanemarjenost«. Komponenta »problemi s šolo« obdrži le težje probleme in jo zato raje imenujemo »težje kršitve šolske discipline«. Skupina »delikventnih obnašanj«, ko izločimo simptoma, omenjena pri komponenti »vzgojna zanemarjenost«, na-

¹⁸. Glej Rounsaville BJ, Kleber HD, s. 140—168.

dalje razpade na komponento »delinkvenca s prvimi nasilnostmi« in na komponento »neupoštevanje lastnine«.

Tabela 7: Korelacije med antisocialnostjo mladih, odvisnostjo od alkohola in drog ter antisocialnostjo odraslih

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
A	...	...	...	...	P=.021	P=.004	P=.000
B	.000	...	...	...	P=.000	P=.001	P=.010
C	.000	.000	...	...	P=.046	P=.409	P=.374
D	.000	.000	.000	...	P=.006	P=.463	P=.047
E	.249	.461	.207	.307	...	P=.000	P=.000
F	.322	.372	-.028	-.012	.417	...	P=.000
G	.423	.283	-.040	.206	.514	.712	...

A = delinkvenca; B = vzgojna zanemarjenost; C = neupoštevanje tuje lastnine; D = težja kršitev šolske discipline; E = odvisnost od alkohola; F = odvisnost od drog; G = antisocialnost po 18. letu starosti.

Iz tabele je zelo razvidno, da so z zlorabo alkohola pomembno povezane komponente: delinkventnost, neupoštevanje lastnine ter težave s šolo. Z odvisnostjo od drog sta povezani delinkventnost in vzgojna zanemarjenost; z »odraslo« antisocialnostjo pa vzgojna zanemarjenost ter težave s šolo.

5. Razprava

Uporabljeno diagnosticiranje antisocialnosti in odvisnosti temelji na določanju količine simptomov v ključnih obdobjih in je zato dovolj enoznačna, da omogoča medsebojno primerljivost diagnoz med posamezniki. Ko gre namreč za določena obnašanja, ki kažejo na antisocialnost oz. odvisnost, je diagnoza neodvisna od tistega, ki jo postavlja, predvsem od njegovega odnosa do posameznih oblik antisocialnega obnašanja, pa tudi do samega uživalca drog. To naj bi omogočilo zanesljivo diagnosticiranje tudi nestrokovnjakom.

Jasno pa je, da lahko vodi takšna arbitrarnost diagnosticiranja v zmote in poenostavljanja. Antisocialnost je (tako kot tudi odvisnost) osebnostna značilnost, ki se razteza po vsem kontinuumu od popolnoma socializiranega človeka do najbolj antisocialno—agresivnega množičnega morilca. Samo »DA/NE« podatek nam ne pove mnogo. Pri tem moramo seveda upoštevati, da je bil naš raziskovalni pristop omejen in da bi bila potrditev diagnosticirana antisocialnih in odvisniških motenj mogoča le s poglobljenim psihoterapevtskim procesom.

Obdobje pubertete med petnajstim in osemnajstim letom pa je, kar se tiče diagnoze ASPD, čas, ko je tako rekoč vse dovoljeno. Prevladuje mnenje, da posameznik v puberteti išče svojo identiteto in se preizkuša tudi na področju družbenih norm. V tem času naj bi se skoraj vsak občasno obnašal antisocialno, mnogi pa celo v tolikšni meri, da bi jim lahko neupravičeno pripisali, da so osebnostno moteni.

Poudariti pa je vredno, da začne večina uživati alkohol in drogo ravno v času pubertete. Simptome ASPD po 18. letu pa lahko po definiciji ugotovljamo šele kasneje. Če je torej ASPD dejavnik tveganja za škodljivo uporabo alkohola oz. drog, bi bilo mogoče napovedati nagnjenost k temu že na podlagi simptomov ASPD pred 15. letom. ASPD najbrž ne povzroča, temveč je dejavnik tveganja za škodljivo uporabo drog.

Po 18. letu prihaja do konsolidacije identitete; pri uživalcih prepovedanih drog (kar heroin nedvomno je) se utrjujejo norme marginalne skupine, ki mora večinoma priti do droge oz. denarja zanjo s prepovedanimi dejanji (tatvine, vlomi, preprodajanje, prostitucija ipd.), če odmislimo to, da je že samo posedovanje heroina prepovedano.

V tej raziskavi je bilo torej ugotovljeno, da so bili vsi preizkušanci, ki so bili diagnosticirani kot ASPD, tudi uživalci heroina, oz. da je bila dobra petina uživalcev heroina diagnosticirana z ASPD. Vzorec je premajhen, da bi dovoljeval zaključke o razširjenosti diagnoze ASPD med uživalci heroina v Sloveniji.

Antisocialno vedenje po 18. letu je, kot je razvidno iz rezultatov, bolj povezano z intenzivnostjo zlorabe alkohola in odvisnostjo od droge kot pa z zgodovino antisocialnega vedenja v mladosti. To torej ne pomeni, da škodljiva uporaba alkohola ali drog sama po sebi povzroča antisocialno obnašanje. Še težje to trdimo za odvisnost od prepovedanih drog. Merjenje »odrasle« antisocialnosti je neločljivo povezano s kriminalno dejavnostjo (postavke pri določanju diagnoze ASPD se nanašajo na uporabo droge, kar je v takšnih raziskavah svojevrstna tautologija) in s problemi z represivnimi organi. Te dejavnosti in problemi zaradi njih pa so lahko v povezavi tudi s prepovedanimi drogami. Prepoved prodaje drog pomeni, da so tisti, ki se z njo ukvarjajo, zunaj zakona, da so torej kriminalci. To avtomatično pomeni, da je uživalec vsaj pri nabavi drog v stiku s kriminalci. Hkrati se zaradi prepovedi, z njo povezanega tveganja pri preprodaji in zaradi posledično majhne ponudbe na trgu, pa tudi zaradi monopolnega položaja »dobaviteljev«, povišuje cena drog do točke, ko je s poštenim delom sko-

raj nemogoče pridobiti dovolj denarja za njihovo redno nabavo. Odvisnik je torej prej ali slej prisiljen pridobiti sredstva, potrebna za nabavo droge na nelegalen način.

Pri našem delu smo se pogosto srečali s pojavom antikonformizma — identifikacije z marginalno skupino — zaradi razočaranja mladih uživalcev drog nad zlaganostjo norm njihovih staršev. »Na zunanaj« mora biti vse v najlepšem redu, znotraj štirih sten pa so to pogosto razkrajajoče se družine, v katerih sta pogosto eden ali celo oba starša zasvojena z dovoljenimi drogami (npr. polovica alkoholikov je imela v svoji primarni družini vsaj enega starša alkoholika²⁰). Upor je še močnejši, brezupnejši in morbidnejši ravno zaradi tega, ker ti mladi ne morejo razumeti, kako to, da je staršem njihova droga dovoljena, ko pa so z njo uničili družino. Ta spoznanja lahko povežemo z ugotovitvami pričujoče raziskave, da so ljudje, ki imajo kasneje v življenju več simptomov škodljive uporabe alkohola, kot otroci bolj asocijalni kot kasnejši uporabniki ilegalnih drog. Slednji so se verjetno uprli prej omenjeni »dvojni morali« šele kasneje, po 18. letu, ko so odnose v družini doobra razumeli že sami. Torej bi jim lahko pred 15. letom še pomagali, če bi jih uspeli kako drugače diagnosticirati kot rizične za razvoj odvisnosti od ilegalnih drog (morda bi lahko bile razločevalne kategorije npr. zgodnji antikonformizem ali upor proti staršem). Tisti pa, ki so kasneje zlorabljali alkohol, so se že zelo zgodaj identificirali s starši, z »agresorjem«. Ta domneva velja seveda le za tiste ljudi, ki so imeli takšne starše, saj je jasno, da je neugodno družinsko okolje le eden od dejavnikov tveganja za kasnejši razvoj odvisnosti. Seveda pa je takšna razmišljanja treba potrditi ali ovreči z ustrežno raziskavo.

¹⁹. Glej Rounsaville BJ, Kleber HD, s. 140—168.

²⁰. Glej Rugelj J.

6. Zaključek

Da je treba pri zgodnji intervenciji oz. zdravljenju odvisnikov upoštevati in zdraviti tudi druge njihove osebnostne motnje, ni sporno. Ko poskušamo obratno — predvideti uspešnost zdravljenja na podlagi osebnostnih lastnosti — pa postanejo stvari bolj zapletene. Raziskave ne potrjujejo v celoti pomembnosti diagnoze ASPD za predvidevanje izida intervencije. Rounsaville in Kleber poročata, da so ASPD odvisniki ob ponovnem pregledu, dve leti in pol po prvem sprejemu v obravnavo, sicer kazali slabše rezultate glede psihosocialnega delovanja in delovanja na legalno—zaposlitvenem področju, vendar se niso razlikovali od ne — ASPD odvisnikov glede vztrajanja v zdravljenju in abstinence od drog²¹. Tudi Gill, Nolimal in Crowley poročajo, da med uživalci z ASPD in uživalci brez ASPD niso ugotovili razlik glede deleža izpada iz obravnave in drugih spremenljivk, povezanih z uspešnostjo zdravljenja²². Na podlagi podatkov naše raziskave, ki smo jih tu prikazali, lahko ugotovimo, da je mogoče neuspehe pri uporabi diagnoze ASPD, kot napovedovalca, pripisati samemu načinu diagnosticiranja in verjetno tudi konceptu trajnosti te osebnostne motnje, na podlagi katerega je nastal postopek merjenja.

Kljub očitnim težavam pri diagnosticiranju in vrednotenju antisocialnih osebnostnih motenj pri uživalcih drog, nam boljše znanje o njihovem vplivu lahko koristi pri izboljševanju kakovosti naših intervencij in določanju prednosti. V pogojih, kjer so za zdravljenje na voljo le omejena sredstva, je treba ta sredstva porabiti čim bolj smotrno. Zato je oportuno dati pri zdravljenju prednost tistim odvisnikom, za katere lahko predvidevamo, da bo pri njih zdravljenje uspešnejše. Potrebujemo pa še mnoge empirične potrditve teh teoretičnih predpostavk.

²¹. Glej Rounsaville BJ, Kleber HD, s. 140—168.

²². Glej Gill K, Nolimal D, Crowley JT, s. 247—252

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
2. Balint M. Osnovna greška. Zagreb: Založba Psiha, 1985: 70—78
3. Cloninger R, Mvrakić D, Przybeck T: A Psychobiological Model of Temperament and Character. Arch Gen Psychiatry 1993; 50:975—990
4. Gill K, Nolimal D, Crowley JT. Antisocial personality disorder, HIV risk behavior and retention in methadone maintenance therapy. Drug and Alcohol Dependence, 1992; 30 : 247 — 252.
5. Hendriks VM, Blanken P, Adriaans NFP. Snowball sampling: a pilot study on cocaine use. Rotterdam, IVO, 1992.
6. Hessebrock VM. Family history of psychopathology in alcoholics: a review and issues, IN: Meyer RE ed. Psychopathology and addictive disorders. New York, London: Guilford Press, 1986: 35—49.
7. Hesselbrock MN. Childhood Behavior Problems and Adult Antisocial Personality Disorder in Alcoholism, In: Psychopathology and Addictive Disorders ed: R. E. MEYER, New York, London: Guilford Press, 1986.: 78—93.

8. Klein M. Zavist i zahvalnost. Zagreb: Založba Psiha, 1982: 27—41, 167—192, 279—312, 313—342
9. Kohut H. Analiza Sebstva. Zagreb: Založba Psiha, 1990: 1—25, 33—51, 93—117, 181—211.
10. Kramer M et al. The ICD—9 classification of mental disorders: a review of its developments and contents. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1979; 59: 241—262.
11. Pečar J. Nasilje in prisila. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*. Ljubljana 1993; 44: 34—48
12. Praper P. Tako majhen, pa že nervozen. *N.Gorica: Educa*, 1992: 21—30, 121—151, 152—162
13. Redl F, Wineman D. Agresivni otrok. Ljubljana: Svetovalni center, 1984: 13—43, 49—57, 66—67, 78—79
14. Robins LN, Helzer JE: Diagnostic Interview Schedule (DIS). St. Luis: Washington University School of Medicine, 1985.
15. Rounsaville BJ, Kleber HD. Psychiatric disorders in opiate addicts: preliminary findings on the course and interaction with program type. IN: Meyer RE ed *Psychopathology and addictive disorders*. New York, London: Guilford Press, 1986: 140—168.
16. J.Rugelj: Dolga pot. Ljubljana: Rep. odb. Rdečega križa, 1976
17. Švrakič D, Whitehead C, Przybeck T, Cloninger R. Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven—Factor Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 991—999.

Antisocial personality disorder and drug dependence in heroin users of the coastal region, Ljubljana and Maribor

Dušan Noliml, M.D. M.S.P.H., Institute of Public Health of Republic Slovenia, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenia

Iztok Lahajnar, Psychologist, Center of Social Work, Trg E. Kardelja 1, 5000 Nova Gorica, Slovenia

Nino Rode, Sociologist, School of Social Work, Šaranovičeva 5, 1000 Ljubljana, Slovenia

This study investigated antisocial personality disorder (ASPD) and alcohol and drug dependence in a snowball sample of 97 heroin users not currently in treatment. The Diagnostic Interview Schedule (DIS) was used for the psychiatric assessment. Lifetime prevalence of ASPD and heroin dependence reached 22,0 % and 74,2 % respectively. A higher level of childhood ASPD symptoms (before age 15) was associated with greater adult alcohol abuse but not drug abuse. However, a higher level of adult ASPD symptoms was good

prognostic factor for concomitant alcohol and drug dependence. One should realise the research limitations of the DIS instrument. The findings are discussed in terms of need for better understanding of the role of ASPD in relationship to alcohol and other drug use.

Key words: antisocial personality disorder, alcohol, drugs, dependence, snowball sampling

UDC 316.624:613.81/83