

ZAKAJ ZAČNEMO KADITI

Maja Rus-Makovec

UVOD

Škodljivi učinki psihoaktivnih snovi (PAS) na telesno in duševno zdravje so že dolgo znani. Zato je vprašanje, zakaj ljudje sploh začnemo to potencialno samo-destruktivno vedenje, vedno nadvse aktualno. Privlačnost pričakovanj od PAS očitno preseže potencialno škodo, saj si vsaka kultura izbere vsaj eno legalno PAS – v slovenskem kontekstu sta (navkljub nekaterim omejitvam) dovoljeni in relativno lahko dostopni alkohol in tobak. Za PAS sicer velja, da uživanje oz. raba snovi sama po sebi ne pomeni tudi nujnega začetka tvegane ali škodljive rabe ali pa odvisnosti od snovi – posebej če PAS ni zelo zasvojljiva. Morda zato večina tistih, ki prvič poskusijo kako PAS, podzavestno verjame v svojo neranljivost in v svojo moč nadzora nad snovjo, ki jo poskuša. Večina poskuševalcev morda vidi samo svoja pozitivna pričakovanja od te snovi? Morda pa večina poskuševalcev ob prvi pokajeni cigareti sploh ničesar ne razmišlja? Mladi, ki so jih vprašali, zakaj so prižgali svojo prvo cigareto, se kot kažejo rezultati slovenske ankete, niso spuščali v kakšne poglobljene vzroke za svoje dejanje: dobra tretjina je po svoji izjavi prvo cigareto pokadila iz radovednosti, dobra četrtina zaradi družbe, desetina pa ni vedela, zakaj (1).

RAZLOGI ZA ZAČETEK KAJENJA

Razlogi za začetek kajenja (oziroma rabo kake PAS) naj bi bili naslednji (2):

- pričakovanja, ki jih imajo ljudje do akutnih farmakoloških učinkov te snovi: v tem smislu je to sámomedikacija neprijetnih duševnih stanj (npr. depresivnosti, anksioznosti);
- impulzivnost (človek zaide v posebno situacijo ali vedenje brez razmisleka – gre za njegovo težnjo k hitrim vedenjskim spremembam ne glede na škodljive posledice ali ne glede na dolgoročnojšo izgubo prijetnih/nagrajevalnih izkušenj);
- iskanje večje stopnje vznemirjenja (kar je lahko ena izmed osebnostnih lastnosti in/ali značilnost mladostniškega razvojnega obdobja);
- pritisk vrstnikov.

Podobni razlogi vodijo ljudi/mladostnike v poskušanje alkohola. Vendar bodo začetni uživalci alkohola večinoma postali socialni pivci in bo le manjši del postal odvisen od njega; pri začetnih uživalcih tobaka pa bo razmerje ravno

nasprotno: večji del bo postal odvisen od nikotina, manjši del pa bo nikotin uporabljal v smislu socialnega kajenja.

SPECIFIČNOST RABE OZIROMA ODVISNOSTI OD NIKOTINA

Kajenje je glede na človekov psihosocialni kontekst zelo specifična odvisnost od PAS:

- Prvi stik s cigareto za veliko prvih poskušalcev pomeni tudi dejanski začetek praviloma dolgoletne kadilske kariere, saj je nikotin ena najbolj zasvojljivih PAS (3).
- Kadilska kariera se najpogosteje začne pri ljudeh, ki imajo malo ali pa sploh nimajo nobene premorbidne psihosocialne patologije (3) in se zato njihov začetek kajenja ne problematizira kot začetek resnega medicinskega problema. Pri kadilcih-začetnikih in tudi kasneje se namreč zaradi velike možnosti, da so kadilci povsem funkcionalni v svojih običajnih človeških obveznostih in medsebojnih razmerjih, njihov razvoj zasvojenosti prej razume kot nerodna, slaba navada pri sicer medicinsko, psihološko in socialno "normalnemu" človeku.
- Kariera kadilcev naj bi se najpogosteje začela v mladostniškem obdobju (obdobje srednje adolescence od okrog 15.–17. leta, to je obdobje specifične velike občutljivosti na socialne pritiske medijev in posebej vrstnikov). Pri tem pozabljamo, da je lahko človek izpostavljen učinku nikotina že in utero, zaradi materinega kajenja (4). Ta izpostavljenost nikotinu spreminja število nikotinskih receptorjev in vpliva na njihovo funkcijo, torej takega človeka pripravlja na hiter receptorski odgovor, če bo začel kaditi.
- Medsebojno prepletanje PAS (psihofarmakološke značilnosti), vplivov okolja ter dejavnikov posameznika (genskega materiala in osebnostnega razvoja) velja za ustrezno strokovno razlago etiologije odvisnosti (5). Pa vendar prav za rabo nikotina veljajo vplivi dejavnikov socialnega okolja za še pomembnejše, kot pri drugih zlorabah PAS. Prva izkušnja z učinkom nikotina oziroma s kajenjem je največkrat telesno neprijetna in se je treba "potruditi", da se premagajo neprijetni učinki prvega kajenja. Očitno je torej vztrajanje pri premagovanju "začetniških težav" močno pogojeno s pozitivnimi pričakovanji, ki jih ima začetniški kadilec do rituala kajenja oziroma s pričakovanji določenih dobičkov v zvezi s socialnimi odnosi (da bo dekle ali fant videti bolj sproščen – da na primer ne bo v zadregi, kam z rokami; da bo videti mladostnik bolj odrasel in zapeljiv; da bo dajal videz nestrinjanja s konformizmom oziroma da bo dajal vtis večje neodvisnosti; da bo dekle vitkejše; da bo mladostnik lahko pripadal najbolj zanimivi skupini sošolcev...). Ti socialni in psihološki motivi poskušanja nikotina vpeljejo v redno kajenje pred koncem srednje šole v

ZDA več kot tretjino mladih ljudi, ki so kadarkoli poskusili pokaditi cigareto; več kot 90 % odraslih, ki kadijo, so postali kadilci pred 18. letom, zato lahko definiramo kajenje tudi kot pediatrični problem (6). Pomembnost, ki jo mladostniki pripisujejo svojim vrstnikom pri vplivanju na svojo odločitev za začetek kajenja, mladostnike prav posebej razlikuje od odrasle populacije: tako je potrebno o vzrokih za začetek kajenja usmeriti pozornost prav posebej v obdobje mladostništva in v njegove posebnosti. Raziskave kažejo, da se relativno stabilen tip kadilskega vedenja izoblikuje okoli 23. leta (ko se kadilci lahko oblikujejo v dve večji podskupini, in sicer v kadilce z visoko in v kadilce z nizko frekvenco kajenja), to je starostno obdobje prehoda v zgodnjo odraslost (7).

MOTIVACIJA ZA ZAČETEK KAJENJA

Zanimanje za motivacijo pomeni, da se zanimamo za vzroke človekovih dejanj. Vsaka človekova akcija naj bi imela svoj motiv. Motiv je torej definiran kot vzrok akcije (= začetka kajenja). Enosmerna vzročna relacija pa je dostikrat lahko poenostavljeno gledanje: kakšna akcija namreč lahko tudi vzvratno vpliva na motiv in ga spreminja. Na primer: če mladostnik impulzivno pristane na prvo kajenje, lahko ta akt kajenja spremeni njegovo motivacijo za kajenje (lahko mu postane celotna epizoda zelo privlačna in bo ojačila njegovo vedenje v smislu kajenja, lahko pa bo po neugodni izkušnji zavrnil vsako ponujeno cigareto).

Ključna je torej prva cigareta: ta prvi stik lahko ocenimo kot nepomembno vedenjsko epizodo eksperimentiranja mladostnika, lahko pa je prva cigareta končni rezultat procesa, ki se je (neozaveščeno) začel z medsebojnimi vplivi okolja in posameznikovih lastnosti že dolgo prej. Pred iniciacijo (eksperimentiranjem) se je torej dogajala faza priprave.

Motivacija pomeni, da konkretni cilj že imamo in da smo za njegovo doseganje pripravljene premagati številne ovire (pri potrebah gre za doživljaj prikrajsanosti, ki teži k zadovoljitvi, motiv pa je tista potreba, ki je že določena s konkretnim ciljem – npr. mladostnik meni, da bi se počutil veliko več vrednega, če bi ga medse vzela kakšna skupina vrstnikov). Mladostniki, ki so motivirani za kajenje, so morali torej že prej vkomponirati v svoje kognitivne procese informacijo o dobičkih, ki jih lahko pričakujejo od kajenja. V motivacijskem ciklusu (njegovimi elementi so motivi ali potrebe, cilji, dejavnost za doseganje ciljev, sredstva oziroma instrumenti za doseganje ciljev, ovire, ki jih je treba premagati, socialni pogoji oziroma socialni kontekst in pravila vedenja pri doseganju raznih ciljev, povratna zveza – odziv referenčne skupine na aktivnost in izbrane cilje, zaznavanje

zadovoljenosti potreb oziroma frustracije) je najpomembnejši del dinamike zaznavanje zadovoljenosti potreb oziroma frustracije (8). V kolikor začetni kadilec s prvimi kadilskimi epizodami doživi zadovoljenost svojih potreb, bo z večjo mero zanesljivosti želel ponavljati svoje vedenje.

V sredi 20. stoletja je bila dominantna teorija motivacije v psihologiji in psihiatriji t.i. teorija ojačevanja: dražljaj, ki je lahko nepogojni (torej psihoaktivna snov sama po sebi) ali pogojni (na primer rekviziti, ki se povezujejo z uživanjem psihoaktivne snovi), se naključno poveže s kakim vedenjem (na primer prvo kajenje cigarete v družbi človeka, čigar mnenje je začetniškemu kadilcu zelo pomembno). Če dražljaj vzbudi občutke ugodja (gre lahko za telesno ugodje, za občutek ugodja zaradi pripadnosti skupini, ki ji je značilno to vedenje...), se verjetnost ponavljanja tega vedenja poveča. Tak dražljaj imenujemo ojačevalec. Pozitivno ojačevanje imenujemo proces, ko uživanje PAS zaradi občutkov nagrajenosti (ugodja) postane ponavljajoči se vzorec. Negativno ojačevanje imenujemo vedenje, ko se oseba z uporabo PAS nauči izogibati se vedenju, ki povzroča neprijetne občutke (stres, tesnobo) (9). Ta teorija motivacije pa ni razložila nevrofizioloških procesov, ki so podlaga (naključne) povezanosti med vedenjem (uživanjem PAS) in ojačanjem. Sodobnejša teorija »spodbujevalne motivacije«, ki nadgrajuje opisano, vključuje še sposobnost ojačevalcev za aktivacijo senzoričnih ali afektivnih procesov v organizmu, ki so subjektivno prijetni (nagrajevalni), zato ti subjektivni občutki prijetnosti organizirajo vedenje oziroma vplivajo na izvajanje vedenja (10).

AMBIVALENCA V MOTIVACIJI ZA KAJENJE

Eden od temeljnih izvorov motivacije naj bi bilo izogibanje občutku razdvojenosti (ambivalence) glede kakega cilja (na primer razkorak med željo, da bi kadili zaradi določenih za nas nagrajevalnih učinkov, in hkratno zavedanje informacije o škodljivosti kajenja). To razdvojenost lahko rešimo na razne načine. Na primer tako, da

- se zaščitimo s psihološkimi obrambami (npr. zanikanje, da bi se nas lahko »prijela« kakšna škoda, izrinjanje morebitnega občutka ogroženosti, spregledanje informacije o negativnih učinkih kajenja);
- poskusimo pridobiti informacije, da bi si razčistili razkorak med tem, kar nas »vleče« in med željo po samozaščitnem vedenju (ta mehanizem ni značilen za mladostniško obdobje), ali pa
- nas nekaj ali nekdo prisili, da spremenimo svoje vedenje.

Ustrezne informacije nikomur ne pomagajo, če so obrambni mehanizmi premočni, saj slednji s svojo čustveno intenzivnostjo zmagajo nad objektivno informacijo. Če je kdo zelo močno zagret, da bi kadil, mu informacije (na

primer predavanje, literatura) o škodljivosti kajenja v tem obdobju ne bodo pomagale, da tega ne bi počel (celo nasprotno: intenzivne konfrontacije utegnejo pri njem utrditi kadilsko vedenje po načelih opozicionalnosti).

DEJAVNIKI, KI SODELUJEJO V ZAČETKU KAJENJA

H končnemu rezultatu (= začetek kajenja) prispevajo svoje agens (nikotin), lastnosti okolja in posameznikove lastnosti (praviloma mladostnika) (11).

- Agensove lastnosti:
 - cenovna dostopnost agensa (cena pri mladostnikih posebej izrazito določa uživanje agensa) (12),
 - hitrost, s katero doseže možgane, in
 - učinkovitost anksiolitičnosti oziroma manipulacije z razpoloženjem povečujejo tveganje za uživanje agensa (z vseh izhodišč je nikotin lahko dostopna in zelo "učinkovita" PAS).
- Lastnosti okolja: bodisi lahko povečajo tveganje bodisi zaščito pred uživanjem agensa.
- Lastnosti posameznika: gre za morebitno genetsko obremenjenost (ne deduje se sama odvisnosti kot taka, ampak vulnerabilnost za razvoj odvisnosti od kajenja) in lastnosti osebnosti in temperamenta.

Lastnosti okolja

K mladostnikovemu okolju najbolj intenzivno prispevajo svoje vplive družina in vrstniki, pa dejavniki iz širšega okolja. Družinski dejavniki, ki povečajo tveganje za začetek kajenja, niso nujno povezani s kako hujšo družinsko disfunkcijo, kot so slabi odnosi med starši in mladostniki, premalo čustvene podpore, pomanjkanje starševskega nadzora ali neustrezen način discipliniranja (13). Velja namreč tudi povsem preprosta povezava: če kadijo mladostnikovi starši ali sorojenci, je verjetnost, da bodo začeli kaditi tudi mladostniki, večja, predvsem pa bodo začeli kaditi bolj zgodaj kot drugi mladostniki. Relativno zelo redko se zgodi, da v psihološkemu odzivu otrok kadilcev pride do t.i. obrata v nasprotje, to je, da je mladostnik ravno zaradi starševskega kajenja trdno odločen, da ne bo kadil (ta reakcija je toliko redkejša od večinskega povzemanja vedenjskega stila staršev glede kajenja, da je pomembna v kliničnem smislu, ne pa v statističnem). Pomemben dejavnik tveganja za začetek kajenja tudi v več področjih funkcionalne družine je torej permissivno stališče staršev do kajenja otrok. Mladostniki v takem okolju dobijo sporočilo, da je kajenje nekaj običajnega in da to počne veliko ljudi. Stališča, oblikovana na ta način, manj ali pa sploh

ne dopuščajo sprejeti med svoje kognitivne procese informacijo o negativnih posledicah kajenja (14, 15).

Enako velja tudi za vrstniške vplive: če kadijo vrstniki iz referenčne skupine (to so tisti vrstniki, katerih mnenje je za mladostnika najpomembnejše), bo z veliko verjetnostjo kadil tudi mladostnik sam. Vrstniški vplivi so najmočnejši ravno pri epizodi iniciacije kajenja (14). Na področju vrstnikov se prepleta tudi družinski vpliv, čeprav posredno: gre za psihosocialno mladostnikovo opremljenost glede tega, ali je sposoben zavrnil socialni pritisk vrstnikov ali ne.

K adolescentovemu širšemu okolju sodi tudi kultura glede kajenja v njegovem okolju (ali je, na primer, okolje glede kajenja čezmerno strpno, nima zaščitne zakonodaje in norm kadilskega vedenja) in pa medijsko oglaševanje, ki s svojim vplivom še najbolj deluje na pred- in adolescentno populacijo (16). Mediji, ki oglašajo nikotin oziroma cigarete, se zanašajo na razkorak med aktualnim in idealnim *selfom*, ki je prav pri mladostnikih največkrat posebej izrazit: oglaševanje tobačnih izdelkov torej na psihološki ravni objublja, da bo kajenje na prijeten način izničilo to razdvojenost.

Posameznikove lastnosti

Omenili smo že, da na motivacijo za začetek kajenja vpliva posebej tudi značilnost samega razvojnega obdobja. V času adolescence se dogajajo dramatične spremembe in potrebe po prilagajanju tem spremembam. Ti stresni povečujejo vulnerabilnost za socialni pritisk vrstnikov, posebej zaradi razvijanj novih socialnih vlog in nihajoče ravni samospoštovanja. V adolescenci je pospešen tudi kognitivni razvoj, ki lahko poveča napetosti z avtoritativnimi figurami. Mladostniki so psihološko nagnjeni k introspekciji, pa hkrati ostajajo v egocentrično/narcisistični poziciji so odraslih. Posebej veliko tesnobe jim vzbuja intenzivni proces separacije – individuacije, ene razvojnih nalog tega obdobja, ki izrazito povečuje tesnobo. V tem obdobju se poveča pripravljenost za tvegano vedenje, iskanje močnih dražljajev, hkrati pa kapaciteta za nadzorovanje impulzivnega vedenja še ni povsem razvita. Prav posebej je za mladostnike značilno narcisistično samoocenjevanje kot neranljivega: to se ne more zgoditi meni. Pri mladostnikih so zato preventivne akcije v smislu odvratanja od kajenja z dolgoročnimi zdravstvenimi posledicami nesmiselna, ker se mladostniki praviloma odzivajo na "tukaj in sedaj" in ne na posledice, ki bi jih utegnile doleteti čez 20 let (14, 17). Vendar kake specifične odvisniške osebnosti ni. Večje tveganje za rabo raznih PAS je glede na empirične podatke specifično osebnostno vezano le na mladostnike z nemirnim, hiperaktivnim, slabo vedenjsko obvladljivim temperamentom (14). Pri mladih kadilcih so

pogostejše tudi poteze upornišтва (3); predvsem pa gre pri osebnostni ranljivosti za to, v kolikšni meri so se sposobni upreti pritisku vrstnikov (posredno je torej vpletena raven samospoštovanja mladostnikov).

ZAKAJ PA NE ZAČNEMO KADITI?

Če nikotin velja za zelo zasvojljivo PAS, potem je očitno najbolj varno, da sploh ne poskusimo kaditi: tako preprečimo, da bi se zaradi socialnih/psiholoških vzrokov spremenila naša nevrobiologija (ki je lahko sicer sama po sebi že senzibilizirana z gensko vulnerabilnostjo) in sprožila novo zgodbo – ko bi veliko kadilcev želelo nehati kaditi, a tega ne zmorejo (18). Upanje vzbuja dejstvo, da večina ljudi ne kadi in da ne kadi večina mladostnikov.

Priprava na to, da se bodo mladostniki lahko uprli kajenju, se začne glede na našete dejavnike tveganja že dolga leta pred samim obdobjem mladostništva. Preventivne dejavnosti naj bi se začele že v predšolskem obdobju, na ravni male šole oziroma vsaj ob začetku devetletke. Preventivni dejavniki na ravni družine so predvsem dobra čustvena navezanost med skrbniki in otrokom, v varnem družinskem ozračju s primernim nadzorom in omejevanjem. Vendar ti nadvse hvalevredni dejavniki za zdrav osebnostni razvoj ne zadostujejo pri preventivi kajenja, če topli in ljubeči starši kadijo. Že sama ta njihova dejavnost namreč kaže na permisivnost glede kajenja. Za mladostnike je izjemnega pomena tudi treniranje socialnih veščin – kako pristopiti k vrstnikom, kako k avtoritetam, pa kako odkloniti oziroma se upreti morebitnemu pritisku vrstnikov. Potrebna je tudi dolga priprava za spodbujanje psihološke samostojnosti ob medijsko-reklamnih sporočilih in pa postavljanje izzivov napačnim prepričanjem glede dobičkov, ki naj bi jih prinašalo kajenje (sprostitiv, uravnavanje telesne teže, manjša škodljivost lahkih cigaret, zrel videz, urejena prebava) (1).

Kaj pri tem najmanj pomaga ali celo škodi? Predvsem pretrde konfrontacije, moralistični ton, strašenje z dolgoročnimi posledicami (mladostniku so pomembni »tukaj-in-sedaj« primeri, na primer »dekle, ki smrdi po nikotinu, je zoprno poljubljati; največji frajerji ne potrebujejo bergle pri komunikaciji; kajenje slabo vpliva na polt...«), prav tako ne pomaga, če odrasli nekaj govorimo, in drugo delamo. Če odrasli skrbniki kadijo, ne pomaga dosti, če sicer dobronamerno mladostniku priporočajo, naj nika ne hodi po njihovih poteh, pomaga pa konkretna sprememba vedenja. Morda je ravno poskus zaščite mladostnika lahko eden od motivov, da bi odrasli ljudje lahko nehali kaditi?

Literatura

1. Stergar E. (Ne)kajenje med mladimi je velik problem. *Vita* 2004; 43: 5-6.
2. Little HJ. Behavioral mechanisms underlying the link between smoking and drinking. *Alcohol Res Health* 2000; 24 (4): 215-24.
3. Karan LD, Dani JA, Benowitz N. The pharmacology of nicotine and tobacco. In: Graham AW, Schultz TK, Mayo-Smith MF, Ries R, Wilford BB, editors. *Principles of addiction medicine*. 3rd ed. Chevy Chase: American society of addiction medicine, 2003: 225-7.
4. Weissman MM, Warner V, Wickramaratne PJ, Kandel DB. Maternal smoking during pregnancy and psychopathology in offspring followed to adulthood. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1999; 38: 892-9.
5. Tutorial. Why do some people drink too much? The role of genetic and psychosocial influences. *Alcohol Health World* 2000; 24 (1): 17-26.
6. Heyman RB. Tobacco use by youth. In: Graham AW, Schultz TK, Mayo-Smith MF, Ries R, Wilford BB, editors. *Principles of addiction medicine*. 3rd ed. Chevy Chase: American society of addiction medicine, 2003: 1509-10.
7. Orlando M, Tucker JS, Ellickson PL, Klein DJ. Developmental trajectories of cigarette smoking and their correlates from early adolescence to young adulthood. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72 (3): 400-10.
8. Rus SV. Sociopsihologija kot sodobna paradigma socialne psihologije. Ljubljana: Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani, Oddelek za psihologijo, 1999: 124-46.
9. Tutorial. Alcohol, the brain, and behavior. Mechanisms of addiction. *Alcohol Res Health* 2000; 24 (1): 12-5.
10. Gardner EL. Brain reward mechanism. In: Lowinson J, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. *Substance abuse*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992: 70-99.
11. Vaillant GE. Natural history of addiction and pathways to recovery. In: Graham AW, Schultz TK, Mayo-Smith MF, Ries R, Wilford BB, editors. *Principles of addiction medicine*. 3rd ed. Chevy Chase: American society of addiction medicine, 2003: 3-16.
12. Harris JE, Chan SW. The continuum addiction: Cigarette smoking in relation to price among Americans aged 15-29. *Health Econ* 1999; 8 (1): 81-6.
13. Bobo JK, Husten C. Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol Res Health* 2000; 24 (4): 225-32.
14. Dusenbury L, Khuri E, Millman R. Adolescent substance abuse: A sociodevelopmental perspective. In: Lowinson J, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. *Substance abuse*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992: 832-42.
15. Barman SK, Pulkkinen L, Kaprio J, Rose RJ. Inattentiveness, parental smoking and adolescent smoking initiation. *Addiction* 2004; 99 (8): 1049-61.
16. Gilpin EA, Distefan JM, Pierce JP. Population receptivity to tobacco advertising/promotions and exposure to anti-tobacco media: effect of Master settlement agreement in California: 1992-2002. *Health Promot Pract* 2004; 5 (3 Suppl): 91S-8S.
17. Kremers SP, Mudde AN, de Vries H. Subtypes within the precontemplation stage of adolescent smoking acquisition. *Addict Behav* 2001; 26 (2): 237-51.
18. Slater MD. Media and alcohol abuse prevention. State of knowledge. Report of a Subcommittee of the National advisory council on alcohol abuse and alcoholism on the Review of the extramural research portfolio for prevention. National institute on alcohol abuse and alcoholism: Washington, DC, 1998 www.niaaa.nih.gov/extramural/prevention.htm