

**Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta**

Bakalárska práca

***Osobnostní charakteristiky závislých na alkoholu
a drogách***

(v jazyku českom)

***Osobnostné charakteristiky závislých na alkohole
a drogách***

(v jazyku slovenskom)

***Personal characteristics of alcohol and drugs
abusers***

(v anglickom jazyku)

Vedúci práce:

PhDr. Miloslav Čedík

Autor:

Dominika Boháčiková

Rok 2011

Prehlasujem, že som túto bakalársku prácu s názvom *Osobnostné charakteristiky závislých na alkohole a drogách* napísala samostatne a výhradne s použitím citovaných prameňov, literatúry a ďalších odborných zdrojov.

V.....

dňa.....

podpis.....

Pod'akovanie:

Touto cestou chcem pod'akovať pánovi PhDr. Miloslavovi Čedíkovi za poskytnutú pomoc, cenné rady a pripomienky k písaniu tejto práce.

Anotácia:

Bakalárska práca sa v teoretickej časti zameriava na poznatky ohľadne alkoholovej a drogovej problematiky zo všeobecného hľadiska. Rozoberá históriu a ich objavenie. Potom sleduje vývoj závislosti na človeku samotnom. Zaoberá sa vplyvmi návykových látok na osobnosť, ich charakteristikami . Ďalej sa zaoberá dôsledkami intoxikácie a liečbou. V praktickej časti rozlišuje rozdiely medzi závislými mužmi a závislými ženami.

Anotácia v anglickom jazyku:

Bachelor work is in theoretical part centered on knowledge about problems with alcohol and drugs from general point of view. Their history and discovery are analysed. Afterwards it describes the progress of addiction on human being itself. Work deals with the influences of addictive substances on personality, their characteristics. Further it deals with consequences of intoxication and treatment. In practical part it distinguishes differences between addicted men and addicted women.

Kľúčové slová: drogy, alkohol, závislosť, liečba, osobnostné charakteristiky

Kľúčové slová v angličtine: drugs, alcohol, addiction, treatment, personal characteristics

OBSAH

Úvod.....	7
1.Čo sú to drogy?.....	9
1.1 Všeobecná charakteristika problematiky drogovo závislých.....	10
1.1.1 Krátky prehľad histórie užívania alkoholu.....	10
1.1.2 Krátky prehľad histórie užívania drog.....	12
2. Závislosť.....	15
2.1 Príčiny závislosti a užívania drog.....	16
2.1.1 Návykové problémy u detí a dospelých.....	17
2.1.2 Návykové problémy u žien.....	18
2.1.3 Závislosti vo vyššom veku.....	18
2.1.4 Drogovo závislý jednotlivec ako člen rodiny.....	19
3. Osobnosť závislého od alkoholu.....	20
3.1 Vplyv alkoholu na organizmus a psychiku.....	22
3.1.1 Osobnosť jednotlivca z pohľadu vývinových štádií alkoholizmu.....	23
3.1.2 Osobnostné typológie alkoholizmu.....	24
3.1.3 Osobnosť závislého od alkoholu v liečbe	26
3.2 Modely závislosti a prístupy v pomoci užívateľom drog.....	28
3.3 Osobnostné charakteristiky drogovo závislých.....	30
3.4 Rozdiely v osobnostných charakteristikách závislých od alkoholu a od drog	31
3.5 Dotazník klinickej analýzy: C A Q - I. a II.....	33
4. Psychedelické stavy a „posuny vedomia“	35
4.1 Psychiatrické komplikácie alkoholovej závislosti.....	39
5. Závislosti a intoxikácia.....	41

5.1 Opiátová závislosť.....	41
5.2 Závislosť na látkach s centrálné tlmivým účinkom.....	42
5.3 Závislosť na kokaíne a iných psychostimulantoch.....	43
5.4 Závislosť od prchavých látok.....	43
5.5 Závislosť od alkoholu.....	44
6. Liečba a doliečovanie závislých.....	45
7. Hypotézy.....	47
8. Záver.....	59
Zoznam bibliografických odkazov.....	60
Príloha.....	62

ÚVOD

V teoretickej časti práce sa snažíme popísať, čo je to alkoholová a drogová závislosť, ako vzniká a aké má dopady na osobnostné charakteristiky jedinca aj spoločnosť. Čerpali sme predovšetkým z literatúry a to najmä z novších prác, vzhľadom na to, že vedecké poznatky o závislostiach sa neustále menia a obnovujú. Väčšina literatúry o závislosti sa venovala ochoreniu ako takému, poprípade liečbe.

Zneužívanie drog a vznik masovej drogovej závislosti je globálny fenomén, týkajúci sa celej spoločnosti, mladých i starých, mužov i žien, bohatých i chudobných. V súbore negatívne pôsobiacich vplyvov na naše zdravie je v posledných dvoch desaťročiach venovaná mimoriadna pozornosť vplyvu alkoholu a drog.

Keď hovoríme o závislosti, spravidla vždy ide o biologický a súčasne i sociálny jav. Tento vzťah ďalej sprevádza zotročovanie osobnosti drogou, ktorý sa prejavuje vo fyzickej alebo v psychickej a sociálnej sfére osobnosti, najčastejšie však v celej totalite človeka.

Nadmerná konzumácia alkoholu patrí k najzávažnejším negatívnym spoločenským javom. Okrem poškodenia psychického a telesného zdravia je s konzumom alkoholu spätá nielen kriminalita, ale aj celé ďalšie spektrum sociálnej patológie.

Postoj ku konzumácii alkoholu v našej spoločnosti k pitiu môžeme označiť ako *permisívny a integrovaný*. Prejavuje sa to aj v tolerantnom postoji ku konzumu alkoholu za nevhodných podmienok (dopoludnia v práci, ako rituál pri obchodných rokovaniach a pod.). Orientačne môžeme konštatovať, že asi 5 % našej populácie tvoria úplní abstinenti, 60 % bezproblémoví konzumenti, 30 % problémoví pijani a asi 5 % je závislých od alkoholu.

Závislosť znamená byť niečím tak posadnutý, že to človeka zotročí, zbaví ho vnútornej slobody a nakoniec aj osobnej bezúhonnosti. Bez zápasu o prekonanie závislosti čaká takého človeka skaza. Závislosť tak znamená „byť lapený“ chytaný, zajatý a potom pomaly aj zničený.

Keď sa človek závislý na alkohole alebo drogách rozhodne liečiť mala by nastúpiť hneď optimálna liečba a na otázky typu „Prečo“ je zbytočné sa pýtať.

Vo väčšine prípadov to dnes však vyzerá tak, že človek, ktorý sa zbavil klasických abstinčných príznakov, sa vracia späť do prostredia, ktoré podporovalo jeho chorobu.

Je dôležité, aby závislý človek ďalej navštevoval resocializačné zariadenie, kde sa naučí pracovným návykom, režimu a rešpektovaniu ľudí okolo seba. Pracuje sa aj s blízkou rodinou, tá je dôležitá pre návrat jedinca je nevyhnuté vykonať v nej určité zmeny. Jediniec sa zamýšľa aj nad svojím životom a svojou budúcnosťou.

Navzdory všeobecnej mienke nálepka „závislý“ nesie v sebe mnoho zvláštností. Nie je jedno, či máme do činenia s užívateľom narkotík, alkoholu, hracích automatov a pod. V prvom rade ide o človeka so všetkými osobitosťami, ktorý sa od ostatných líši svojou jedinečnosťou. Napriek tomu (alebo vďaka tomu) sú tu isté totožné črty so skupinou závislej od tej istej látky ako on.

V súčasnosti sa v dôsledku finančných a existenčných problémov oddelenia pre alkoholové a non alkoholové závislosti zlučujú. Nie je našou prioritou posúdiť dôsledky tohto stavu, ale predložiť fakty, poukázať na osobitosti závislých od alkoholu a závislých od narkotík.

1. Čo sú to drogy?

„Droga je akákoľvek látka, ktorá po vstupe do živého organizmu je schopná pozmeniť jeden alebo viac jeho funkcií, pôsobí priamo/nepriamo na CNS, môže mať priznané postavenie lieku.“ Novomestský

Termín „droga“ je východného pôvodu. Dostala sa k nám cez španielštinu (droga), kam prišla od Arabov (durawa), ktorí ju prijali z Perzie.

Pod drogou sa rozumie každá látka, substancia, ktorá môže po vniknutí do organizmu zmeniť jednu alebo viaceré jeho životné funkcie.

Drogou teda nie je len heroín, kokaín, ale tiež káva, alkohol, kach, niektoré huby a celý rad prírodných látok. Okrem toho sem patria niektoré liečivé, synteticky vyrobené látky a organické rozpúšťadlá. Medzi drogy však patrí aj nikotín a lieky, ktorých používanie je v našej spoločnosti veľmi rozšírené a tolerované.

So slovom droga je bezprostredne spätý aj pojem toxikománia. Túto patologickú závislosť na drogách (“drug addiction“) možno definovať takto: "Toxikománia je stav periodicky sa opakujúcej alebo chronickej intoxikácie jedinca, pričom je tento stav vyvolaný opakovaným užívaním drogy prírodnej alebo syntetickej a škodí jedincovi samému i celej spoločnosti.“

1.1 Všeobecná charakteristika

problematiky drogovu závislých

O drogách hovoríme najčastejšie ako o dvoch veľkých kategóriách - tzv. legálnych, t. j. sociálne akceptovaných, ktorých konzumácia nie je v rozpore s platnými zákonmi našej krajiny a o nelegálnych (zakázaných, našej

kultúre cudzích) a teda aj nebezpečnejších, hoci v nejednom prípade, v porovnaní s legálnymi drogami, menej často konzumovaných. Tzv. legálne drogy neznamenajú z hľadiska spoločnosti menší problém, prípadne menšie spoločenské nebezpečenstvo, práve preto, že v ich prípade je užívanie kultúrne integrované, tj. že mnohí z nás sa s legálnymi drogami „naučili“ zaobchádzať. Rozvojom poznania a skúsenosti sa ľudstvo v dejinách svojej existencie neustále znova a znova muselo oslobodzovať spod nevyhnutnosti obmedzovať svoje slobodné rozhodovanie v závislosti od mnohých činiteľov. Táto závislosť býva orientovaná na ľudí, idey alebo určité latky. Často sa v tejto súvislosti hovorí o závislosti štruktúrálnej, hierarchickej, funkcionálnej, nadindividuálnej alebo skupinovej. Vzhľadom na obrovský nárast v spoločnosti hovoríme o osobitnom druhu závislosti, o tzv. závislosti drogovej.

1.1.1 Krátky prehľad histórie užívania alkoholu

Alkohol sprevádza ľudstvo od dávnych čias. Mnoho storočí je známymi niekoľko prírodných zdrojov alkoholu ako je napríklad ovocie alebo obilie. Alkohol sa z týchto prírodných zdrojov získava kvasením, pálením, varením alebo kombináciami týchto spôsobov. Najstaršie historické dôkazy o existencii piva pochádzajú pred viac ako 5 tisíc rokov.

Názov alkohol pochádza z arabčiny „al koh l“ znamená jemne rozptýlený. Stredovekí alchymisti ho začali používať pre jemné rozptýlené pary. Destiláty sa poznali od pradávna: v Starej Číne, v Japonsku - fermentovali ryžu a potom výťažok destilovali. Pitie vína bolo rozšírené v starovekom Egypte. Monrovia pripravovali víno z d'atlí, Japonci z ryže, Indiáni vyrábajú víno pulque z agave, Vikingovia zase kvasili med a tak vznikla medovina, Inkovia vyrábali kukuričné víno čiča.

S najväčšou pravdepodobnosťou objaviteľmi piva boli Sumerovia

žijúci na území Mezopotámie v 4. - 3. tisícročí pred n. l. Vtedajšie pivo nazývali „kaš“, používali slad, ale nepoznali chmeľ, takže nahorklú chuť dodávali pivu opraženým chlebom v popole. Pivo spolu s datľovým vínom boli najstaršie alkoholické nápoje. O pive nájdeme zmienky aj v epose o Gilgamešovi. Pivo bolo súčasťou hodovných stolov vtedajších bohov. Pálenku vynášli až oveľa neskôr Arabi.

Egyptania prebrali a zdokonalili sumerské skúsenosti s varením piva, vynášli červené pivo (farbené plodmi mandragory). Éra antiky neznamenalala pre rozvoj piva priaznivé obdobie. Rozšírila sa výroba vína z hrozna. Víno neskôr Gréci a Rimania rozšírili do celej Európy. Jedinú výnimku tvorili starí Germáni, ktorí varili pivo a do medoviny pridávali chmeľ. Pivári boli aj Kelti, Vikingovia, starí Fíni a Angličania. Vikingovia sú vynálezcovia tzv. vymrazovania piva. Asi náhodou prišli na fakt, že v pive najprv zamrzne voda v podobe kryštálikov a alkohol nie, čo spôsobí vyššiu koncentráciu alkoholu v tekutom zostatku. Okolo roku 500 v Británii vedeli destilovať z medu medovinu (podobne ako Slovania).

Neskôr okolo roku 1000 v Taliansku vedeli z vína destilovať brandy. Výrazný rozvoj piva nastal až v rannom stredoveku. Prvá písomná správa o varení piva pochádza z Pražskej vyšehradskej kapituly z roku 1088. Počiatky pestovania chmeľu sa viažu ku kláštorným záhradám. Pivo sa chmelilo v kláštoroch od 11. storočia.

Ďalší prudký rozvoj je datovaný do obdobia zakladania miest - 13. stor., kedy k mestským výsadám patrilo právo variť pivo. Od roku 1295 sa varí pivo v Plzni. Stredoveké pivo sa podobalo tomu dnešnému len veľmi málo. Obsahovalo kvasinky a iné mechanické kúsky, čo spôsobilo, že bolo považované skôr za jedlo ako nápoj.

Podľa Nociara (In: Alkohol, drogy a osobnosť, 2001, str. 13-14) je zo zachovaných písomných pamiatok, legend a archeologických nálezov zrejmé, že užívanie alkoholov a iných drog malo len rituálny význam. Alkoholické nápoje, hlavne vína sa používali aj na medicínske účely a to ako riedidlá a rozpúšťadlá pre iné liečivá, ako aj na dezinfekciu pitnej vody.

1.1.2 Krátky prehľad histórie užívania drog

Dejiny drog sú neobyčajne dlhé a pestré. Spájajú sa s počiatkom ľudstva, aj keď prvé zmienky o užívaní drog máme až z približne roku 60 000 p.n.l. Ľudia však pravdepodobne objavili drogy už oveľa skôr, pretože človek si určite všimol účinok niektorých rastlín na psychiku a začal ich vedome exploatovať už niekde na začiatku svojho vzniku. My sa o týchto ľudských nerestiach dozvedáme z troch druhov prameňov a to sú:

- a) archeologické pramene - sošky, rytiny, kresby, keramika, nástroje používané pri príprave drogy a iné
- b) pôvodné písomnosti - v dobách, keď už staroveké civilizácie poznali rôzne písma a zanechali dostatočný počet zápiskov
- c) záznamy pozorovateľov - novodobé etnografické pozorovania, denníky a kroniky starovekých cestovateľov a pozorovateľov

Ako prvú sme si položili otázku, ako sa človek dostal k drogám, kto ho prinútil ich brať? V terajšej dobe, ale aj dobe minulej človek sa učí a spoznáva veci okolo seba, prispôsobuje sa hlavne sociálnemu prostrediu okolo seba. Napríklad taký mladý indián Kečua nemá racionálny dôvod odmietat listy koky, keď celé jeho okolie uctieva túto posvätnú rastlinu. Ale v dávnej minulosti sa človek dostal k drogám a psychotropným rastlinám postupným skúmaním, pretože ako sa človek vyvíjal, skúmal prostredie okolo seba, skúšal rôzne rastliny a ich účinky na človeka. Týmto pádom sa dostal aj k psychotropným látkam, ktoré spočiatku asi nezneužíval, používal ich na liečenie a až postupom času sa ľudská márnratná povaha preukázala a začala tieto rastliny využívať aj inak ako na liečiteľské účely.

Už neandertálec (približne okolo roku 60 000) pravdepodobne poznal účinky rastlín, ktoré zmierňovali bolesť, uspokojili jeho psychické potreby, priviedli ho k pocitu dobrej pohody, šťastia - jednoducho k navodeniu pozitívneho efektu. Mladí paleotickí lovci pravdepodobne tvorili svoje jaskynné kresby pod vplyvom muchotrávky - pri tomto tvrdení vychádzame z rôznych zdeformovaných ženských tvarov na týchto kresbách.

Ľudia sa vtedy pravdepodobne snažili prekonať strach z účinkov

neznámych rastlín a postupne zisťovali, kde sú hranice bezpečnej konzumácie a ktorá rastlina prináša so sebou najmenšie riziko. Seriózne dôkazy tejto hypotézy sa našli v pri archeologickom výskume jaskynných lokalít v povodí rieky Rio Pecos v americkom Texase a severovýchodnom Mexiku. V suchom polo púštnom prostredí sa tam uchovalo mnoho rastlinných zvyškov v identifikovateľnom stave. Našli sa tu stopy po pestovaných plodoch bôbov, tráv a semien, ktoré majú psychotropné účinky. Po skúmaní vzišlo najavo, že psychotropné látky sú zo staršieho obdobia a postupne ich nahrádzajú menej toxické rastliny.

Ak chceme uvažovať o postavení drog v živote paleotických lovcov alebo neolitických roľníkov, musíme si pomôcť súčasnými etnografickými poznatkami. Dnešné zaostalé národy síce presne neodrážajú vtedajšie spoločenské usporiadanie, ale niektoré spoločné javy sa dajú nájsť. Napríklad každý kmeň vyčlenil zo svojho stredu jedného predstaviteľa duchovného života - šamana, medicinmana, bruja, kúzelníka, curandera - ktorý si prisvojil schopnosť komunikovať s duchmi a tlmočil skupine ich odkazy a želania. Spojenie sa zvyčajne nadväzovalo vo zvláštnom psychickom stave - tranze, ktorý si šaman často podnecoval drogami. Tranz si mohol šaman podnecovať rôznym sebatrýznením, rituálnym tancom až do úplného vyčerpania alebo rôznymi cvikmi (jogíni), ale nie vždy sa šamanom podarilo takýmto prirodzeným stavom dostať do tranzu, čo znižovalo šamanovu autoritu a azda preto šamani odhalili ríšu rastlín, ktoré ovplyvňovali vedomie a uvoľňovali svet fantázie a preludov. Drogy účinkovali spoľahlivo a na rozdiel od úmorného tanca aj rýchlo a bezpráčne.

Na každom kontinente sa objavujú rozličné psychotropné látky, čo však skôr spočíva v etnografickom ako botanickom základe. Pri kolonizácii Ameriky Európania spoznali - objavili u indiánov mnoho dovtedy neznámych drog. Najmenej drog objavených na kontinentoch bolo na území Austrálie, aj keď ani tu nie sú úplne bez nich. Dalo by sa povedať, že každý kmeň mal svoju zaužívanú drogu, akú to záviselo na geografických podmienkach a znalostiach toho určitého kmeňa.

V staroveku sa stavali grandiózne stavebné diela, veľké chrámy,

pyramídy, zavlažovacie systémy, čo si vyžadovalo koordinovanú prácu veľkého počtu ľudí a je nepravdepodobné, že by dokázali usmerňovať prácu stovák intoxikovaných. Panovníci si vydržovali veľké počty služobníctva, vojska a museli zabrániť tomu aby sa vojaci navzájom zabíjali, čo vyžadovalo mať istotu, že ich príkazy budú správne plnené - tým pádom bolo obmedzené užívanie drog, ktoré znižovali koncentráciu. Individuálne zneužívanie drog sa obmedzilo na určitú tolerovanú mieru a nahradilo sa účelovým používaním, ktoré kontrolovali vyčlenené skupiny ľudí prostredníctvom zákonov. Miera obmedzenia konzumu jednotlivých drog sa líšila v závislosti od nebezpečenstva alebo prospechu, ktoré príslušná droga prinášala spoločstvu. Vlastnosti niektorých dovoľovali, aby ich ľudia využívali bez výraznejšieho obmedzenia (napr. alkohol, ktorý poznali takmer všetky civilizácie). Niektoré drogy sa vtedy stali božstvami, napr. sóma u Árijcov, koka u Inkov, peyotl v Strednej Amerike. Hašiš našiel uplatnenie v niektorých gréckych veštiarniach, marihuana sa stala afrodisiakom, ópium účinným liekom .

Podľa Nociara (In: Alkohol, drogy a osobnosť, 2001, str.20) sa odhaduje, že psychoaktívne látky obsahujú okolo štyritisíc druhov rastlín, pričom veľa z nich sa počas histórie ľudstva dlhodobo v niektorej časti sveta užívalo. Sú to predovšetkým kanabis, ópium, koka, káva, čaj a samozrejme alkohol.

2. Závislost'

Príklad z praxe

Jasne som si uvedomil, že som závislý, keď som synovi slúbil, že prídem za dve hodiny, a miesto toho som prišiel za 14 dní. (Nešpor, Karel: Návykové chování a závislost, 2000, str. 14)

Pôvodná definícia Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO Expert committee on Addiction – Producing Drug, 1952) akcentuje predovšetkým túžbu po droge, ktorá pozostáva zo štyroch charakteristík:

- Nekontrolovateľná žiadostivosť alebo potreba nutkavého charakteru (craving) pokračovať v konzumácii drogy a zadovážovať si ju akýmkoľvek spôsobom.
- Tendencia k zvyšovaniu konzumovaných dávok, aby bol dosiahnutý účinok pôvodne vyvolaný nižšími dávkami.
- Psychická a predovšetkým fyzická závislosť od účinkov, ktoré môže droga vyvolať.
- Zničujúci účinok na individuum a spoločnosť.

K diagnóze závislosti sa obvykle vyžaduje, aby počas 12 mesiacov došlo ku trom alebo ku viacerým z uvedených javov (In: Ondrejko: Protidrogová výchova, 1999, str.8) .

Keď hovoríme o závislosti, spravidla vždy ide o biologický a súčasne i sociálny jav. Tento vzťah ďalej sprevádza zotročovanie osobnosti drogou, ktorý sa prejavuje alebo vo fyzickej alebo v psychickej a sociálnej sfére osobnosti, najčastejšie však v celej totalite človeka. Podľa toho hovoríme najčastejšie o závislosti fyzickej alebo psychickej. **O fyzickej závislosti** hovoríme vtedy, keď je prerušenie konzumácie drogy sprevádzané príznakmi presne opačnými ako sú tie, pre ktoré jednotlivec drogu vyhľadával a užíval. Mechanizmus vzniku fyzickej závislosti spočíva v prispôbovaní sa organizmu novej úrovni homeostázy v dôsledku konzumovania drogy a reakciami na porušovanie tejto novej homeostázy. **Psychická závislosť** býva

označovaná ako neodolateľné nutkanie a potreba pokračovať v konzumovaní drogy. Manifestuje sa správaním, v ktorom prevláda usilovné vyhľadávanie drogy aj napriek tomu, že konzument vie o rizikách dopadu na svoje zdravie. Psychická závislosť spravidla predchádza závislosti fyzickej, ale treba upozorniť i na to, že fyzická závislosť nemusí vždy nastať, hoci dochádza trebárs i k poškodeniu organizmu. Donedávna používaný veľmi nepresný a neurčitý pojem návyk (ad dikcia) bol považovaný za stav súčasnej psychickej i fyzickej závislosti. Závislosť býva často znásobovaná pokračovaním v konzumovaní drogy, ospravedlňovanej tým, že sa takto vlastne predchádza vzniku abstinčných príznakov a že podávaním drogy sa iba udržuje „normalita“.

2.1 Príčiny závislosti a užívania drog

Jedným z významných aspektov problému drogových závislostí je jej *filozoficko-etická dimenzia*. Vychádzame z presvedčenia, že *človek, závislý od drogy nie je slobodný vo svojom rozhodovaní a sociálnom správaní*. Svoje konanie podriaďuje nutkaniu konzumovať drogu stále alebo pravidelne. Tomuto nutkaniu je podriadené aj sociálne správanie, rozhodovanie a konanie, hodnotové orientácie, vzorce správania. Následne dochádza k zmene sociálnej roly, statusu a prestíže. Dochádza k strate komunikatívnej kompetencie, diskurzu ako odstupe od svojej roly a strate identity. Sloboda, ako vzťah k sebe samému, je reflexia, ktorá nie je odvodená ani od prírodnej, ani od spoločenskej nevyhnutnosti, ale od ich predchádzania. Pri drogovej závislosti nemožno teda hovoriť o slobode človeka v žiadnom prípade, lebo závislý nedokáže eticky niesť zodpovednosť za svoje správanie.

Motiváciou k závislosti môže byť aj vplyv rovnocennej skupiny, tzv. *partie*, ide o podľahnutie tlaku party, únik pred vonkajšími problémami, potláčanie ich do úzadia, ďalej ide o únik pred vnútornými problémami, kde pomáha práve pracovanie so sebaúctou detí.

Závislosť na drogách má svoje korene nielen v droge samotnej tiež i v osobnosti človeka, v genetických vplyvoch i v ďalších spoločenských činiteľov, ako je napr. užšie sociálne prostredie, jeho kultúrna úroveň, dostupnosť drogy (cenová i priestorová). Bezvýznamné nie sú ani vyvolávajúce faktory, medzi ktoré počítame záťažové situácie telesného i duševného pôvodu. Na vzniku závislosti sa podieľa množstvo faktorov, ktorých význam však nie je rovnaký; u niektorého jednotlivca dominuje jedna u ďalšieho druhá zložka v rôznej intenzite. Najčastejšie skloňované príčiny sú: nedostatok citových podnetov v rodine (citová deprivácia), psychická labilita, komplex menejcennosti, následná túžba uniknúť, vplyv nevhodných kamarátov a pod.

2.1.1 Návykové problémy u detí a dospelých

U detí sa závislosť vytvára oveľa rýchlejšie, dospelý na to potrebuje roky a dospelému alebo dieťaťu stačí pár mesiacov. Existujú tu väčšie predpoklady na otravu s ohľadom na nižšiu toleranciu, menšiu skúsenosť a sklon k riskovaniu, ktorý je v dospievaní častý. Z podobného dôvodu je tu vyššie riziko nebezpečného jednanie pod vplyvom návykovej látky. U detí a dospelých závislých na návykových látkach býva často zaostávanie v psychosociálnom vývoji (oblasť vzdelávanie, citového vyzretia, sebakontroly).

Aj „nevinné“ experimentovanie s návykovými látkami je spojené s rôznymi väčšími problémami v rôznych sférach života (rodina, škola, trestná činnosť). Je tiež častejšia tendencia užívať širšie spektrum návykových látok a prechádzať od jednej k druhej alebo viac látok súčasne. To opäť zvyšuje riziko otráv a iných komplikácií.

Recidívy závislosti u detí a dospelých sú časté, dlhodobá prognóza môže byť však priaznivejšia, ako by naznačoval búrlivý priebeh.

Dôvodom je prirodzený proces vyvíjania, ktorý je pozitívnym spojencom liečebných snáh.

2.1.2 Návykové problémy u žien

Ženy bývajú z pravidla k návykovým látkam a iným rizikám oveľa opatrnejšie. Tak sa dá vysvetliť ich relatívne menší počet oproti mužom. U žien závislosť vzniká oveľa rýchlejšie, ako je to u mužov. Zdravotné problémy po návykových látkach nastávajú u žien z pravidla skôr. Žena sa častejšie dostane do návykových problémov kvôli partnerovi, ktorý pije alebo užíva drogy. Návykové látky alebo alkohol okolie viac odsudzuje u žien ako u mužov. Ženy sa v súvislosti s návykovými problémami menej často dopúšťajú trestnej činnosti a násilného jednania. Trpia depresiami a úzkosťou ale až tak sa neprejavujú u nich poruchy osobnosti. Mávajú väčší pud sebazáchovy ako muži. Ženám záleží na tom ako vyzerajú a čo si okolie myslí, preto sa tým dá vysvetli preferovanie samotárskeho pitia. Závislá žena býva často týraná alebo sexuálne zneužívaná. Rodiny a deti žien, ktoré sú závislé trpia ich problémom často ešte viac, ako je to u mužov. Ženy si ľahšie vytvárajú zdravší životný štýl.

2.1.3 Závislosti vo vyššom veku

Odolnosť voči návykovým látkam vo vyššom veku často klesá. Je to dané viacerými okolnosťami. Menšia odolnosť k alkoholu a návykovým látkam starých ľudí môže byť do istej miery výhodou, pretože súvisiace nepríjemné pocity môžu zvyšovať motiváciu ku zmene. Pokles tolerancie však zvyšuje riziko intoxikácie. Ľudia vo vyššom veku bývajú často dlhodobo liečení liekmi. Tieto lieky môžu vstupovať do interakcie s alkoholom alebo s inými návykovými látkami a spôsobovať zdravotné komplikácie. K zdravotným škodám dochádza rýchlejšie ako v strednom veku. Pri liečbe starších pacientov

so závislosťou je potrebné ešte vo väčšej miere pamätať na liečenie ich telesného stavu. Mnoho z nich často trpí nediagnostikovanou alebo neliečiteľnou chorobou. Psychoterapia pri liečení starších pacientov je nie len vhodná, ale aj veľmi účinná. Výsledky liečby závislosti vo vyššom veku môžu byť priaznivé, hlavne pokiaľ sa darí vytvoriť primeraný (nie príliš hektický) životný štýl.

2.1.4 Drogovo závislý jednotlivec ako člen rodiny

Ak člen rodiny začne z akýchkoľvek dôvodov užívať drogu, neskôr ju zneužívať, prejde do návykového/škodlivého užívania a následne do závislosti, vzniká chorá rodina so závislým členom. Platí to v rodinách s človekom závislým od ilegálnych drog, od alkoholu ale aj inak závislým. Kredátus uskutočnil v roku 1993 celoštátny výskum o vzťahu verejnosti k alkoholu a abstinencii, kde sa objavili výpovede o spolu závislosti u drogovo závislých osôb: spolu závislými sú členovia rodiny (domácnosti), v ktorej závislá osoba žije, pritom jej meniaci sa osobnosť ovplyvňuje celý chod domácnosti i duševný stav ostatných členov rodiny (In: Čistý deň, 2/2004, str.6-7). Tento proces sa nazýva kodependenciou - obe stránky sú na sebe navzájom závislé a to nezdravým spôsobom. Je to ako „spolupostihnutie“ tých ľudí okolo, ktoré sa prejavuje v snahe žiť za niekoho iného.

3. Osobnosť závislého od alkoholu

Skúmanie osobnosti pri alkoholizme má už svoju históriu, ktorá zaznamenala obdobia zvýšeného záujmu i rezignácie. Výskumníci sa snažili určiť jej črty rôznymi metódami od projektívnych po objektívne testy, cez pozorovanie a posudzovacie škály, až k seba opisu v dotazníkoch.

Podľa Nociara (In: Alkohol, drogy a osobnosť, 2001, str.113) je mnoho štúdií, ktoré na preukázanie existencie typickej a výlučne na alkoholizmus predisponujúcej osobnosti hľadali analogické zoskupenia osobnostných charakteristík u závislých od alkoholu. Väčšina autorov dnes zastáva názor, že táto konštrukcia v pôvodnom zmysle je neudržateľná a treba sa jej vzdať. Zároveň však mnohí z nich uznávajú určité pozitíva tohto tradičného prístupu v tom, že sa predsa len podarilo stanoviť niektoré replikovateľné črty, typické pre osobnosť závislého od alkoholu v liečbe. Napríklad Barnes (1983, In: Nociar, 2001) uvádza viaceré dôkazy pre klinickú alkoholickú aj prealkoholickú osobnosť, kde určitá premorbídna zostava osobnostných črt vykazuje stabilitu v čase a pravdepodobne je aj predispozíciou, ktorá vedie k rozvoju alkoholizmu. Za trvalé črty považuje impulzivitu, non-konformizmus, vysokú sociabilitu, relatívne častú instabilitu a anti-sociálne tendencie. Prídavné črty tzv. „klinickej alkoholickej osobnosti“, črty typické pre závislých od alkoholu v liečbe, ako je silná úzkosť a depresia, sú skôr dôsledky alkoholizmu, nie prealkoholickou črtou.

Barnes (1983, In: Nociar, 2001) vyčlenil nasledujúce kritériá dôkazu jestvovania alkoholickej osobnosti:

- a) Sú zreteľné podobnosti medzi rozličnými skupinami závislých od alkoholu v ich osobnostných profiloch.
- b) Závislí od alkoholu sa líšia vo svojich osobnostných charakteristikách od nealkoholikov (alebo osôb z normálnej populácie).
- c) Závislí od alkoholu sa v osobnostných charakteristikách líšia od iných klinických skupín.

d) Závislí od alkoholu sa v osobnostných charakteristikách líšia od ostatných drogovovo závislých.

Výsledky Nociarových prác (In: Alkohol, drogy a osobnosť, 2001, str.240) ukázali, že závislí od alkoholu sa v mnohých škálach významne líšili od kontrolných osôb; dlhodobo abstinujúci sa relatívne často dali štatisticky významne odlíšiť od závislých od alkoholu a psychiatrických pacientov a iba v minimálnom počte škál boli ich výsledky významne odlišné od zdravých osôb. Na druhej strane sa závislí od alkoholu iba výnimočne líšili od psychiatrických pacientov, t.j. v globále nešlo o zmeny, ktoré by boli špecifické práve pre alkoholizmus.

Cox a Klinger (1987, In: Nociar, 2001) sú toho názoru, že pre aktívnych ako aj preliečených alkoholikov sú charakteristické impulzivita, non-konformizmus a hľadanie odmeny. Tiež konštatujú, že zatiaľ niet dost dôkazov o tom, že by osobnosť určitého typu mala jednoznačne vyššiu pravdepodobnosť stať sa závislým od alkoholu ako osobnosť iného typu. Osobnosť, ktorá je najviac disponovaná pre alkoholizmus a drogové závislosti sa charakterizuje ako obsedantno - kompulzívna, pasívno-agresívna a narcistická.

Stále však zostáva nedoriešenou otázkou, či zmeny v osobnosti závislých spôsobilo nadmerné užívanie alkoholu, alebo sami k nemu viedli, aj keď existujú zriedkavé longitudinálne štúdie, ktoré potvrdzujú stabilitu niektorých osobnostných črt.

Osobnostné faktory nie sú jediné, ktoré rozhodujú o vzniku a rozvoji alkoholizmu. V modely vzniku a rozvoja drogovej a alkoholovej závislosti, ktorý vypracoval Urban (1973), sú jednou triedou činiteľov, pričom podstatná je ich interakcia. Je zrejmé, že spolupôsobia pri vzniku a rozvoji alkoholovej závislosti, ako aj závislosti od iných drog: napr. pacientom sa môžu podávať morfínové preparáty na utíšenie bolesti, no závislosť vznikne len u niektorých z nich. Je viacero dôvodov k domnienke, že práve u tých, kde droga zapôsobí zároveň na situačnú anxiétu alebo preexistujúcu osobnostnú nevyrovnanosť či poruchu.

3.1 Vplyv alkoholu na organizmus a psychiku

Práca Skálu a kol. (1982, str.17, In: Nociar, 2001) uvádza, že alkohol už v relatívne nízkych dávkach narúša viaceré psychické funkcie, ako schopnosť rozlíšiť audiovizuálne podnety, súhru motorických funkcií, monokulárne zaostrovanie a binokulárnu koordináciu, čo negatívne vplýva na vnímanie hĺbky, znižuje reakčný čas, vedie k chybným výkonom v zložitejších úlohách. To sú ukazovatele psychických výkonov, ktoré sú potrebné pre hladké a bezporuchové fungovanie individua, najmä v systémoch človek – stroj.

Heilbrun a kol. (1986, In: Nociar, 2001) zistili, že deficit v citlivosti na vnútornú stimuláciu a zúženie rozsahu využitia vnútorne vytváranej informácie charakterizuje závislých od alkoholu aj rizikové skupiny (mladiství delikventi a študenti s problémami v pití); takže môže ísť o deficit, ktorý predchádza vzniku samotného alkoholizmu.

Niektoré psychotropné látky pri dlhodobom užívaní spôsobujú povahové zmeny(degradácia osobnosti), ktoré môžu viesť k protispoločenskému konaniu. Je častá pri terminálnom štádiu závislosti od alkoholu. Základom tejto poruchy je organické poškodenie centrálnej nervovej sústavy na základe dlhodobého užívania psychotropnej látky, v našich podmienkach najčastejšie alkoholom. Základným príznakom je zníženie intelektu, ďalšími prejavmi sú nesebakritickosť, uvoľnenie morálnych zásad, strata záujmov, emotívna labilita, adaptačné poruchy v záťažových situáciách a poruchy správania .

Podľa niektorých vzniká dlhodobým nadmerným požívaním alkoholu v terminálnom štádiu alkoholizmu porucha osobnosti – alkoholická charakteropatia. Prejavuje sa poruchami sociálnych vzťahov: neschopnosťou vytvárať alebo udržať priateľstvá, nespoľahlivosťou, klamaním a vystatovačnosťou, spoločensky nevhodným správaním. Nápadný je

zanedbaný zovňajšok, chýbajú hodnotové záujmy, je výrazná požívačnosť a strácajú sa morálne zábrany.

Nadmerné pitie alkoholu, buď jednorazové excesy alebo pravidelné pitie s charakterom závislosti, vedie k početným zdravotným, ale aj spoločenským, pracovným, psychologickým a ekonomickým problémom. Ako uvádza Csáder (In: Čistý deň, 1/2004, str.10) zo somatických ochorení je to hlavne infarkt myokardu a rakovina, kde je dva krát vyššia pravdepodobnosť úmrtia oproti konzumentom alebo abstinentom. 12-krát vyššia je pravdepodobnosť úmrtia na cirhózu pečene.

Choroby, psychické poruchy a úmrtia vyvolané alkoholizmom (nielen) v mladšom a strednom veku znamenajú nenahraditeľné straty v sociálnej oblasti rodín: rodiny bez živiteľa, bez „pokojnej atmosféry“ a z toho plynúce problémy u mládeže a ostatných členov rodiny. V príjmovej oblasti sú to nevytvorené hodnoty pre krátkodobú práceneschopnosť, trvalú invaliditu a predčasné úmrtia.

3.1.1 Osobnosť jednotlivca z pohľadu vývinových štádií alkoholizmu

Rozmach typologických klasifikácií pri alkoholizme sa datuje od 50. rokov. Obvykle boli zoradené podtypy osobností závislých od alkoholu na dimenzii, akou je napr. vývinové kontinuum alkoholizmu: štyri fázy/štádiá alkoholizmu od Jellineka (1952, In: Skála, J: ...až na dno?, 1977, str.67-68), každé z nich charakterizuje určitými znakmi:

1. Počiatková fáza alkoholizmu sa prejavuje tým, že požívanie alkoholu má spoločenský motív. Pitie prináša úľavu, eufóriu, schopnosť spoločenských kontaktov. Jednotlivec zatiaľ nevidí žiadny problém a sotva si ho všimnú i iní. V tomto období sa vytvára psychická závislosť, zvyšuje sa tolerancia.

2. Prodromálna (varovná) fáza alkoholizmu - v tomto období sa začína stále výraznejšie prejavovať väzba na alkohol ako drogu. Vzniká pocit potreby alkoholu bez ohľadu na formu a druh alkoholického nápoja. Je plne rozvinutá psychická závislosť a začína sa vytvárať závislosť somatická. Naďalej sa zvyšuje tolerancia. Možný rastúci pocit viny, ktorý môže vyústiť do odhodlania vysporiadať sa s alkoholom sám. Táto snaha uvedie do pohybu kolotoč vedúci k závislosti.

3. Kruciálna (rozhodná) fáza alkoholizmu - dochádza ku strate kontroly, jednotlivец svoje pitie racionalizuje, hľadá preň vysvetlenie, avšak mimo seba. Vytvára si zložitý systém alibizmu, ktorý mu dovoľuje v pití pokračovať. Je vytvorená ako psychická, tak somatická závislosť, objavujú sa už zdravotné problémy.

4. Terminálna (konečná) fáza alkoholizmu sa vyznačuje sústavným požívaním alkoholických nápojov v ktorúkoľvek dennú dobu. Znižuje sa výrazne kritičnosť, závislí pije akékoľvek alkoholické nápoje, len aby ukojil svoju potrebu drogy. Telesne i psychicky chátra, objavujú sa rôzne psychické poruchy, mení sa osobnosť, sú prítomné najrozličnejšie orgánové poškodenia (pečeň, cievy, nervový systém, duševné poruchy). Dobrotka (In: Heretik: Forenzná psychológia, 2004, str.105) hovorí o alkoholickéj charakteropatii. Tolerancia na alkohol sa výrazne znižuje, k stavu opitosti postačia len malé dávky alkoholu.

V súčasnosti sa tretie a štvrté štádium zahrňuje pod pojmom závislosť na alkohole.

3.1.2 Osobnostné typológie alkoholizmu

Typologické teórie rôznymi metódami zoskupujú osoby do vnútorne homogénnych a pritom odlišných skupín. Jellinekova typológia (1952, In: Skála, J: ...až na dno?, 1977, str.67-68) je azda najznámejšia:

1. Alkoholizmus gama – anglosaský typ alkoholizmu, ktorý je charakterizovaný zvýšenou toleranciou a stratou kontroly, so schopnosťou

abstinovať. Vyskytuje sa z veľkej časti u závislých od alkoholu na našom území.

2. Alkoholizmus delta – románsky typ vyznačujúci sa tým, že nie je prítomná strata kontroly, ale taktiež nie je schopnosť abstinovať. U tohto typu je výrazne vytvorená somatická závislosť a preto sú pri abstinencii často búrlivé abstinenčné príznaky. Tento typ závislého nebýva nadmerne opitý, ale taktiež nie triezvy. Vyskytuje sa v zemiach s veľkou spotrebou vína (Francúzsko, Taliansko).

3. Alkoholizmus epsilon – totožný s alkoholizmom označovaným ako dipsománia – kvartálne pijanstvo. K nadmernému pitiu dochádza pravidelne v určitých obdobiach, obvykle na jar a na jeseň, alebo naopak v lete a v zime. Väčšinou je spojený s inou psychickou poruchou (maniodepresivita, progresívna paralýza).

4. Alkoholizmus alfa – nedisciplinované pitie, ktoré môže spôsobiť jedincovi spoločenské problémy, ale nedochádza k vzniku závislosti. Ide o jednorazové alebo o opakujúce sa excesy v pití.

5. Alkoholizmus beta – nevytvára sa ani psychická, ani somatická závislosť, ale dochádza k niektorým somatickým komplikáciám (zápaly tráviaceho traktu, vredové ochorenie, zápal nervov, poškodenie pečene).

Nociar (In: Alkoholizmus, drogy a osobnosť, 2001, str.127) však kritizuje túto a podobné typológie kvôli prílišnému globalizovaniu a triedeniu ľudí do príliš veľkých kategórií, vytvorených nie na základe empirického skúmania, ale prevažne deduktívneho. Nasledujúca štúdia podľa neho dokazuje, že napokon empirické typológie môžu viesť ku vcelku konzistentným odvodzovaniam osobnostných typov závislých od alkoholu.

Morey, Skinner, Blashfield (1984, In: Nociar, 2001) zistili a potvrdili clusterovou analýzou tri rôzne typy:

- *Typ A* – problémoví pijani v ranom štádiu, ktorí predstavovali heterogénnu skupinu bez príznakov väčšieho stupňa,
- *Typ B* – tzv. afiliatívny, so strednou úrovňou závislosti,
- *Typ C* – schizoidný, s ťažkou úrovňou závislosti.

3.1.3 Osobnosť závislého od alkoholu v liečbe

Nociar (In: Alkohol, drogy a osobnosť, 2001, str.133) konštatuje, že pri osobnostných črtách závislých od alkoholu panuje vcelku zhoda v tom, že u pacientov v liečbe možno pozorovať typické a relatívne trvalé zmeny v postojoch, v hodnotovom systéme a v spôsoboch myslenia. Na rozdiel od týchto kognitívnych zmien sú zmeny v afektívnej oblasti (a to najmä úzkosť, labilita a depresia) väčšmi prechodné.

Osobnosť závislého od alkoholu v liečbe skúmalo množstvo štúdií, ktorých pohľad podal Barnes (1983, In: Nociar, 2001), pričom zhrnul typické charakteristiky tzv. klinickej alkoholickéj osobnosti takto:

1. *slabé ego* - so znakmi ako orientácia na prítomnosť, nízka frustračná tolerancia, impulzivita, nezrelosť, hostilita, slabá, resp. nedostatočne diferencovaná sexuálna identita a negatívny self – koncept.
2. *zosilňovanie alebo zdôrazňovanie (augmenting) stimulácie* - spojené so zvýšenou senzitivitou, hypochondriou a strachom zo smrti.
3. *závislosť od poľa* (field – dependence) - so znakmi nediferencovanosti, závislosti a pasivity
4. *neurotickosť*, s hlavnými zložkami lability, anxiety a depresie.

Dnes štúdií o závislosti na poli ubudlo a napokon sa ukázalo, že výsledky boli také neurčité, že napr. Tarter a kol. (1986, In: Nociar, 2001) dospeli k záveru, že hypotéza o závislosti od poľa ako rizikovým faktore alebo predisponujúcej črte pre alkoholizmus, je nepodložená.

Podľa Barnesu ďalšie črty klinickej alkoholickéj osobnosti, typické pre liečeného závislého od alkoholu, ako sú napr. zvýšená anxiety alebo depresia, môžu byť skôr dôsledkami alkoholizmu a nie prealkoholickými črtami osobnosti. Tieto črty, detekované často v štádiách používajúcich Cattellov 16 PF a interpretované pomocou koeficientu podobnosti (Cattel, 1978, str.446 – 448) ako súčasti profilov alkoholickéj osobnosti sa totiž môžu po liečbe prípadne počas abstinencie meniť. Napr. White (1965) porovnával krátkodobo (1 – 3) a dlhodobo (nad 3 roky) abstinujúcich alkoholikov a zistil,

že dlhodobo abstinujúci boli cyklotýmickejší, inteligentnejší a vykazovali väčšiu zrelosť a silu ega v porovnaní s krátkodobo abstinujúcimi. Dlhodobo abstinujúci boli menej náchylní k pocitu viny, mali väčšiu sebakontrolu a nižšiu ergickú tenziu ako ostatní.

Výsledky možno interpretovať dvojako:

- a) zníženie úzkosti, väčšiu silu ega, lepšie využívanie intelektovej kapacity, mohli dlhodobo abstinujúci získať práve počas dlhšieho vyhýbania sa alkoholu,
- b) uvedené črty mohli mať už predtým, čo im poskytlo potrebnú psychickú kapacitu na dosiahnutie a dlhodobé dodržiavanie abstinencie.

Alkoholici sa však aj po troch rokoch abstinencie líšili v mnohom od normálnych jedincov – boli málo dominantní, neprejavovala sa u nich primeraná sociabilita alebo realistický prístup k problémom, boli vcelku introvertovanejší, konzervatívni, závislí od skupiny, viac sentimentálni a družní, ako aj menej spoločensky obratní.

Podľa Barnes (1983, In: Nociar, 2001)) možno konštatovať, že v 16 PF boli profily alkoholikov konzistentné a bolo možné odlíšiť ich od normálnych osôb, a to najmä na základe nižšieho skóre vo faktore C, ktorý meria silu ega alebo emočnú zrelosť ale tiež zvýšených skóre vo faktoroch signalizujúcich anxiétu (O, Q4 – druhorádový faktor anxiety).

Existuje nová verzia Cattelovho 16 PF – CAQ (Clinical Analysis Questionnaire), ktorá okrem pôvodných 16 faktorov meria aj 12 klinických faktorov (t.j. umožňuje merať zdravé i patologicky zmenené črty osobnosti). „Zatiaľ však nie sú známe jej výsledky u alkoholikov, resp. v dostupnej literatúre sme sa s nimi nestretli, azda s výnimkou manuálu k CAQ, kde je uvedený profil alkoholizmu“ (Nociar: Alkohol, drogy a osobnosť, 2001, str.135).

Nociar (In: Alkohol, drogy a osobnosť, 2001, str.141) zistil, že pri porovnaní testov, t.j. výsledkov dosiahnutých pred začiatkom alebo na 1.-2. úvodnom sedení ambulantnej skupinovej psychoterapie, bol opačný trend ako pri retestoch po cca jednom roku; tí, čo budú abstinovať, boli na tom (aspoň

subjektívne) horšie fyzicky aj psychicky ako tí, čo zrecidivujú. To korešpondovalo s klinicky známou skúsenosťou, že abstinencia je vcelku pravdepodobnejšia u ťažšie závislých osôb (ak niet výraznej organickej deteriorácie), azda preto, že poruchy fyzického zdravia, strata kontroly, rodinné, sociálne, právne a pracovné problémy týchto ľudí donútia k jej akceptovaniu. U ľahšie závislých, kde je menej takýchto problémov a porúch, možno skôr očakávať, že sa častejšie budú pokúšať o návrat k spoločenskému pitiu, pretože spravidla sa ešte odmietajú identifikovať ako závislí od alkoholu, t.j. neosvojujú si terapeutické odporúčania a odmietajú abstinenciu ako liečebný cieľ.

3.2 Modely závislosti a prístupy v pomoci užívateľom drog

Tu by sme chceli uviesť prehľad najdôležitejších prístupov, ktoré sa vo svete uplatňujú v teoretických výkladoch drogovej závislosti a v práci s ohrozenými alebo užívateľmi.

Biomedicínsky model

Biomedicínsky model dominoval v oblasti závislosti viacero desaťročí, najmä vtedy ,keď nezákonné drogy boli odborným problémom, ktorým sa zaoberali výslovne doktori- psychiatri(alebo ešte presnejšie , doktori nervových a duševných chorôb). V biomedicínskom modeli je drogová závislosť chorobou (v zásade chorobnou poruchou mozgových funkcií, do istej miery s dedičnými dispozíciami). Pokladá sa za chorobu chronickú, ťažko liečiteľnú, s častými recidívami, a najčastejšie nevyliciteľnou. V súčasnej dobe je biomedicínsky prístup čiastočne prekrytý prístupom bio-psycho-sociálnym.

Bio-psycho.sociálny model

V bio-psycho-socialnom modeli sa rozširuje biomedicínsky model o rozmer psychických funkcií, medziľudských vzťahov, ich dynamického vývoja a vzájomného podmieňovania. Choroba (a teda aj závislosť) vzniká v priebehu vývoja osobnosti vo vzájomnej interakcii biologických, psychologických a vzťahových faktorov. Liečenie závislosti musí zahrnúť všetky faktory bio-psycho-sociálneho modelu. Tomu odpovedajú vedľa detoxikácie a farmakoterapie práve nové zdôrazňované liečebné postupy, súhrnne nazývanými psychosociálnymi terapiami. Patria k nim rôzne metódy individuálnej , skupinovej a rodinnej terapie, zároveň tam patrí tzv. terapeutická komunita, je to terapia v liečebnom prostredí. Model vstúpil do psychiatrie až po druhej svetovej vojne, jeho rozmach však začal až v šesťdesiatich rokoch.

Prístup ochrany verejného zdravia

Prístup „ public health“ vychádza z epidemiológie, sociológie a verejnej politiky. Zaujíma sa o ochranu populácie, predovšetkým pred prenosom závažných infekčných chorôb (AIDS, hepatitídy B a C). Vyvíjal sa v súvislosti so šírením HIV. Sústredil sa na zdieľanie ihliel a striekačiek pri vnútro žilovom užívaní drog a na rizikový pohlavný styk. Dominancia prístupu ochrany verejného zdravia môže viesť k zanedbaniu individuálnych potrieb a perspektív problémového užívateľa, k rezignácii na liečenie, sociálneho opatrenia a pod.

Sociálny a sociálne-pedagogický prístup

V modeli drogovej závislosti tieto prístupy zdôrazňujú vonkajšie faktory: nepriaznivé sociálne prostredie, nevhodnú výchovu, neprítomnosť či stratu sociálnych zručností, schopnosti a možnosti integrovať sa do komunity.

Používanými metódami sú hlavne :

- sociálne a výchovné poradenstvo, vedenie, intervencia a asistencia
- resocializácia, reedukácia a rekvalifikácia

-nácvik sebestačnosti, sebaobsluhy, sociálnej komunikácie a pracovných zručností, často využívajúc chráneného prostredia (chránené bývanie, chránené dielne)

3.3 Osobnostné charakteristiky drogovovo závislých

Drogovo závislý človek má obdobné charakteristiky osobnosti, s akými sa stretávame aj u normálnych – závislosťou nezaťažených ľudí v bežnom živote. V dôsledku závislosti sú však často zvýraznené, nadsadené, keďže závislý nevie svoje zvláštnosti, ktoré by inak neboli nápadné, zvládnuť.

Najvýraznejšími charakteristikami osobnosti závislých sú podľa Nociara (In: Alkohol, drogy a osobnosť, 2001, str.147-148):

- *Znížená schopnosť zniesť záťaž – nízka frustračná tolerancia* - závislý človek nedokáže znášať, a to poväčšine ani na krátky čas, nepríjemné pocity a zaťažujúce okolnosti alebo nepriaznivé podmienky, a preto nehľadá reálne východisko, ale okamžitú úľavu a únik, ktorý mu ponúka droga. Aj kvôli tomu na prekonanie závislosti nestačí iba vysadiť drogu a abstinovať, ale človek s takouto diagnózou sa túto svoju pôvodnú vlastnosť musí postupne naučiť zvládať aj bez drogy.
- *Úzkosť* – aj keď tu vždy zostáva otázka predispozície, základnej črty alebo stavu ako získanej pohotovosti reagovať úzkostne. U závislých často nadobúda podobu patologickej úzkosti.
- *Depresia* – či už neurotická, reaktívna vrátane endogénnej. Môže ísť o psychickú poruchu, neraz však býva reaktívne navodená a prechodná. Tieto dve skutočnosti je často náročné rozlíšiť.
- *Impulzivnosť* – pravdepodobne súvisí s nízkou schopnosťou zniesť záťaž, pričom vedie k tomu, že závislý nedokáže zostať v klude, pociťuje nutkanie vyhľadávať podnety.
- *Vzdorovitosť* – až rebelantstvo spôsobuje, že drogovovo závislý sa dostáva do opozície voči zvyšku spoločnosti, stáva sa stále viac izolovaný od prevažnej väčšiny, s výnimkou svojej vlastnej „toxikomanskej subkultúry“.

- *Precitlivenosť* – alebo labilita afektu znamená nadmernú citlivosť voči fyzickým, sociálnym a emočným podnetom, čo ešte viac zvýrazňuje všetky nepríjemnosti vo vzťahoch k ostatným ľuďom. Do úvahy tu často prichádzajú skôr drogy s tlmivým účinkom, najmä alkohol a sedatíva.
- *Perfekcionizmus* – spája sa so stanovovaním si privysokých cieľov, zlyhaniami v ich dosahovaní a následnými pocitmi viny.
- *Velikášstvo* – býva prejavom obrany pred vlastnými pocitmi menejcennosti alebo nízkeho sebahodnotenia. Aj keď na povrchu môže prevládať velikášstvo a nadsadené prejavy s dokazovaním si vlastnej výnimočnosti, v hĺbke duše sa u drogovzo závislých často skrýva pocit toho, že sami o sebe a vôbec ich životy vlastne nemajú nijakú cenu.

Podľa Bergereta (In: *Toxikomanie a osobnosť*, 1995, str.43) toxikoman nemohol integrovať dostatočnú časť svojho pudového života do kompromisov dospelosti, ktoré sa uzatvárajú podľa princípov reality a ktoré porovnávajú a triedia to, čo by podľa princípu slasti mohlo subjektu priniesť ozajstné uspokojenie. Toxikomanská osobnosť býva najčastejšie limitovaná oveľa viac svojou silnou emocionálnou nezrelosťou než prípadnou psychickou chorobou. V podstate je závislá od princípu slasti a od imperatívnych dokonca derealizovaných požiadaviek, ktoré z nej vyplývajú, akoby išlo o nevyriešené, neprekonateľné obdobie skorého detstva.

Závislý jednotlivec „rieši“ problém svojej citovej nezrelosti a celkovej nedospelosti tým, že uniká z pocitu nepríjemnej sebakritiky na úrovni odpovedajúcej detského veku. Necíti zodpovednosť dospelosti a hýri detským velikášstvom. A vtedy sa búri a rebeluje aspoň dočasne proti tým, na ktorých je stále viac závislý.

3.4 Rozdiely v osobnostných charakteristikách závislých od alkoholu a od drog

Závislosti nealkoholového typu sa často liečia v spoločných zariadeniach so závislými od alkoholu. A však tieto dve skupiny sa navzájom

líšia, čo znamená, že toto zlučovanie nenapomáha liečebnému procesu: pri alkoholizme je spravidla neskorší nástup problémov, zatiaľ čo pri toxikomániách, ak ide o prchavé látky, nastupujú problémy omnoho skôr, aj na rozhraní detstva a puberty. V priemere nájdeme u závislých od alkoholu už vyformovaných (aj keď rôznym spôsobom) osobnostnú štruktúru, ale pri značnej časti toxikomanov nebola možnosť ukončiť ani vývin (zrenie) organizmu ani vývin osobnosti, takže ide aj o nevyzretosť nervového systému. Zo psychickej stránky u toxikomanov tiež nebolo ukončené hľadanie vlastnej identity, z čoho vyplýva príliš dlhé psychosociálne moratórium a pod.

Barnes (1983, In: Nociar, 2001) vo svojich kritériách dôkazu jestvovania alkoholickéj osobnosti vyčlenil nasledujúce dôvody, kde odlíšil závislých od alkoholu od nasledovných skupín:

1. Závislí od alkoholu sa v osobnostných charakteristikách líšia od ostatných drogovovo závislých.
2. Sú zreteľné podobnosti medzi rozličnými skupinami závislých od alkoholu v ich osobnostných profiloch.
3. Závislí od alkoholu sa líšia vo svojich osobnostných charakteristikách od nealkoholikov (alebo osôb z normálnej populácie).

V manuály CAQ - Clinical Analysis Questionnaire – (Krug, Cattell 1980) je uvedené porovnanie závislých od alkoholu a závislých od narkotík (išlo najmä o heroín). Všetky profily vykazujú zvýšenú úroveň anxiety aj niektoré odchýlky v klinických škálach. Pri porovnaní sa našli značné rozdiely prinajmenej v šiestich z 28 primárnych škál. Závislí od narkotík na rozdiel od závislých od alkoholu mali oveľa vyššie skóre v škále psychopatie (Pp), sebestačnosti (Q), precitlivenosti (I) a radikalizmu (Q1), avšak skórovali oveľa nižšie v škále anxiózneho depresie (D4) a nízko energetickej depresie (D6). Výsledky svedčia o väčšej nezávislosti narkomanov a vyššiemu sklonu k prejavovaniu sa navonok.

3.5 Dotazník klinickej analýzy: CAQ - I. a II.

Jedným z multiškálových dotazníkov je práve CAQ – Clinical Analysis Questionnaire. Bol vyvinutý po mnohých výskumoch (Cattel a Bjersted, 1967; Cattel a Bolton, 1969; Delhees a Cattel, 1970; Cattel, 1973). Vyhovelo potrebe mať jeden nástroj, ktorý by súčasne meral normálne i patologické črty a poskytol tak úplný, mnoho – dimenzionálny profil jedinca. Obe časti CAQ sa používali v rámci Centra pre výskum mentálneho zdravia niekoľko rokov v klinickej praxi u rôznych psychiatrických diagnóz, pričom Nociar prvé verzie otázok priebežne upravoval. Práve on konečnú verziu CAQ I.; ktorá je skrátanou verziou Cattellovho 16 faktorového dotazníka osobnosti, napokon koncom 80-tych rokov odskúšal u 224 osôb; a konečnú verziu CAQ II., ktorá je zacielená na rôzne okruhy psychopatologických symptómov, zase u 272 osôb závislých od alkoholu. Všetky uvedené dotazníky tvorili neskôr súčasť testového súboru na klinickú psychodiagnostiku pri rôznych druhoch a stupňoch psychiatrických porúch, najmä však so zameraním na osobnostné črty a psychopatologické symptómy pri závislostiach. CAQ, ktoré bolo medzičasom vydané v Psychodiagnostike, a.s. obsahuje nasledovné škály (podľa Nociar 1998b):

- **Osobnostné faktory v CAQ I.**

A: Vrelosť	H: Opovážlivosť	Q1: Radikalizmus
B: Inteligencia	I: Precitlivosť	Q2: Sebestačnosť
C: Emočná stabilita	L: Podozrievavosť	Q3: Sebadisciplína
E: Dominancia	M: Predstavivosť	Q4: Tenzia
F: Impulzivita	N: Prefíkanosť	
G: Konformita	O: Neistota	

- **Klinické faktory v CAQ II.**

D1: Hypochondria	D7: Nuda a odstup
D2: Suicidálna depresia	Pa: Paranoja
D3: Agitácia	Pp: Psychopatia

D4: Úzkostná depresia	Sc: Schizofrénia
D5: Nízko-energická depresia	As: Psychasténia
D6: Vina a rešestiment	Ps: Psychologická inadekvátnosť

Podľa Nociara (In: Alkohol, drogy a osobnosť, 2001, str.274) má CAQ zo psychometrického hľadiska pozitívne vlastnosti – neprekrývanie sa položiek a nezávislosť 28 primárnych škál. Spôľahlivosť škál CAQ sú rovnako vysoké alebo aj vyššie, ako sú tie, ktoré uvádzajú mnohé iné nástroje, kde spôsobnosť ich dlhších škál je zväčša len funkciou redundancie položiek (Krug, 1980).

4. *Psychedelické stavy*

a „posuny vedomia“

Drogy, užívaním ktorých dochádza k zmenám vo vnímaní, k halucináciám, nazývame *halucinogény, alebo psychedeliká*. Halucinácie sú stavy klamania zmyslov, t.j. osoba, ktorá má halucinácie, pokladá za skutočné predmety a javy, prípadne pocity, ktoré v stave bez účinku drog alebo psychických porúch nevidí, nepočuje alebo inak nevníma. To čo je predmetom halucinácie, v skutočnosti nejestvuje, alebo nejestvuje v podobe, v akej predmet alebo jav vníma halucinujúci. Niektorí autori udávajú, že rozšírenie psychedelických látok je v krajinách západu najčastejšie zneužívanou látkou hneď po alkohole. Často sa ich účinku pripisuje schopnosť rozšíreného vnímania, rozšíreného vedomia, chápania netušených súvislostí a explózie vedomia. Účinky halucinogénov sa stali zdrojom celých mýtov v oblasti tvorivosti, chápania podstaty javov, vedeckých súvislostí, ďalších „rozmerov“ reality, ale aj umeleckého vnímania a umeleckej tvorby. Pre svoje účinky v oblasti vzniku náboženských a magických predstáv sa nazývajú i sakrálnymi drogami. Podľa niektorých teórií dokonca jestvuje tzv. psychická realita, ktorá sa nemá zamieňať s realitou materiálnou. Podobné teórie vychádzajú z predpokladu, že obsah halucinácie skutočne jestvuje, že nie je iba nereálnou predstavou. Známy je prípad dievčatka, ktoré si pod vplyvom halucinogénov na ulici zrazu uvedomí nezmyselnosť a bezduchosť dopravy na ulici, vodiči v autách zrazu vyzerajú ako uväznení v plechových konzervách so sklom (okná), vníma šedivosť, škaredosť a sterilnosť fasád betónových domov, popri ktorých ide, vníma strach a zúfalstvo okoloidúcich.

V dôsledku podobných zážitkov nachádzajú halucinogény svojich zástancov, ktorí sa nazdávajú, že práve ich prostredníctvom dokážu preniknúť „pod povrch“ vecí a javov a uvidieť ich v „pravom“ svetle. Takéto „prenikanie“ môže byť však väčšinou skreslené, zakaždým iné, navyše halucinujúci sa s problémami, ktoré vidí vysporiadava v rámci svojej

predstavy, „v myšli“, takže nevedie k aktivite a konaniu. Napokon prenikavé videnie resp. „prenikanie“ pod povrch vecí a javov možno uskutočniť oveľa účinnejšie bez aplikácie halucinogénov, pravda, s vynaložením väčšej intelektuálnej námahy. Teórií o vzniku halucinácií v dôsledku užívania psychedelických látok je viacero.

Jedným z najvýznamnejších podľa Cohena, ktorý experimentoval v Los Angeles s halucinogénmi je ovplyvňovanie výmeny acetylcholínu v mozgu, v menšej miere v ostatných orgánoch ľudského tela. Jeho teória, známa ako *senzorická deprivácia* (sensory deprivation) vysvetľuje vznik halucinácií blokadou aferentných vzruchov, ktoré prichádzajú od zmyslových orgánov do mozgu. Podobné účinky (vízie) môže vyvolať i úplná izolácia, čo dokázal roku 1963 Vernon. Vernon vo svojich experimentoch pozbavil svojich probandov zmyslových vnemov v tmavej miestnosti, zvukovo dokonale izolovanej a v špeciálnom odeve, pohlcujúcom hmatové i zvukové impulzy. Už po veľmi krátkom čase začal produkovať nervový systém probanda sám isté vzruchy, ktoré neprichádzali z okolitého sveta, ale z nervového systému samotného. Následne sa začali objavovať halucinogénne predstavy, vnemy nejstávajúcich hlasov, stavy strachu, depersonalizácia (strata pocitu byť samým sebou) a pod. Popri viacerých teóriách, (napr. teóriách, spočívajúcich na neurotransmiteroch alebo farmakologických receptorických teóriách spočívajúcich na katalyzačných účinkoch enzýmov) je však doposiaľ nepreskúmané, ako halucinogény, ale i samotné neurotransmitery pôsobia, aký je ich vzťah k rôznym systémom ganglií v mozgu a napokon prečo chemicky veľmi rozdielne látky pôsobia veľmi podobne, ba neraz je ich účinok totožný.

Halucinogény s veľmi podobným účinkom sú predovšetkým meskalín, psilocybín a LSD.

1. Meskalín je alkaloid kaktusu Peyote, nazývaného tiež Echinocactus Lewini, ktorý je v Európe známy už od čias príchodu Španielov do Mexika. Medzi americkými Indiánmi prerie (Komančovia a Kiowa) je dodnes rozšírený kult peyote, tzv. peyotizmus. Na rozdiel od LSD má trpkú príchuť. Z fyzikálnych účinkov je pozoruhodné rozšírenie zreničiek, dokonca i za prudkého svetla. Pravdepodobne práve preto ho Indiáni konzumujú iba v noci.

Hlavným dôvodom konzumácie meskalínu je jeho halucinogénny účinok, ktorý je takmer rovnaký ako účinok LSD, vrátane metabolických ciest, i keď je LSD približne 10 000 krát účinnejší. S meskalínom experimentoval Allen Ginsberg a literárne spracovali jeho účinky A. Huxley a H. Michaux. Význam meskalínu ako halucinogénu po objave LSD prakticky zanikol.

2. Psilocybín je posvätná huba s halucinogénnymi účinkami, pochádzajúca z Mexika. Jej konzumovanie spôsobovalo viac opitosti ako víno. Takéto obrázky sa zachovali ešte z obdobia 13. storočia pred naším letopočtom. Tím chemikov firmy Sandoz, ktorý sa neskôr podieľal na objavení LSD, izoloval účinné látky s halucinogénnym účinkom (Psilocybín a Psilocín), ktoré neskôr dokázal Hofmann vyrobiť i synteticky. Obe látky sú veľmi podobné DMT (dimetyltryptamín), ako i neurotransmiteru sérotonínu. 8 až 12 miligramov psilocybínu pôsobí ako typický halucinogén, jeho účinok však trvá kratšie ako LSD, i ako meskalín. Často sa používa pri religióznych mystických obradoch. K účinkom patrí jasné videnie, jasnejšie ako pred konzumáciou účinnej látky. K účinkom patrí nazeranie „okom duše“ a nie prirodzeným okom v hlave, ako opisujú svoje vnemy užívatelia. Všetky vízie pôsobia neobyčajne pravdivo, v sýtych farbách neobyčajnej krásy. Bývajú spojené s prežívaním slobody a voľnosti, vlastnej neviditeľnosti, pocitmi bezváhovosti alebo existencie bez vlastného tela. Tieto zážitky sú vôľovo neovládateľné.

3. LSD (dietylamid kyseliny lysergovej, LSD-25) sa stal prototypom novej halucinogénnej drogy. Už pri minimálnych dávkach dokáže významne meniť duševné pochody, meniť vnímanie času, zaplavovať vnemy obrazmi a vyvolávať účinky podobné symptómom schizofrénie. Dokáže nielen chorobne meniť duševné pochody, ale súčasne sprostredkovať pocity mystických zážitkov, jednoty prežívajúceho s vesmírom, vízie religióznej intenzity, ale najmä nový radikálny obraz seba. Z psychotomimetických účinkov LSD, využitelných pri liečbe psychických chorôb, ktoré sa pôvodne pripisovali LSD, sa ukázali ako účinné *psychedelické* funkcie, zdanlivo rozširujúce vedomie. Roku 1961 dovtedy málo známy docent Harvardskej univerzity dr. Timothy Leary postavil LSD do centra svojho nového náboženstva. Odvtedy sa rozprúdili polemiky okolo LSD, ktoré dodnes nie sú

celkom uzavreté zásluhou prívržencov T. Learyho i LSD. Masové užívanie LSD viedlo zákonodarcov k čoraz viac obmedzujúcej normotvorbe.

Konečne roku 1966 zastavila produkciu LSD i firma Sandoz, ktorá dovtedy zaplavovala trh LSD a väčšina štátov na svete postavila LSD mimo zákona. Pri orálnom užití účinkuje LSD približne za 45 minút, pri intravenózne aplikácii už za niekoľko minút. Už najmenšie množstvo (0,1 miligramu) prekonáva hematoencefalickú bariéru (mozgovo krvnú bariéru) a preniká do mozgu. LSD pôsobí predovšetkým na limbický a retikulárny systém. Práve tieto centrá riadia emocionálne reakcie, ako aj informácie, ktoré nám sprostredkujú naše zmysly.

V mozgovom kmeni a medzmozgu je veľa skupín ganglií (nervových uzlín, zhlukov nervov), ktoré riadia životne dôležité funkcie. Práve tieto vegetatívne centrá LSD ovplyvňuje pozvoľna, nijako významne. Významne sa však rozširujú najmä zreničky, takže sa po užití LSD stáva jasné svetlo priam neznesiteľným. LSD dráždi aj centrum zvracania, ovplyvňuje termoreguláciu, rozvíja zmeny sérotonínu (na synaptických membránach). Na LSD vzniká rýchla tolerancia. Už po niekoľkých dňoch užívania rovnakých dávok LSD sa pôvodný účinok dostavuje až po zvýšení dávok. Laboratórne pokusy roku 1978 preukázali,^{53/} že konštantný obraz účinku LSD prakticky nejestvuje. Farby, ktorých brilantnosť opisujú osoby pod vplyvom LSD neznamenujú lepšie a kvalitnejšie zmyslové videnie, ale intenzívnejšie vnímanie vo význame prežívania vnemov. Naopak, LSD nezostreje naše zmysly, ale ich otupuje. Táto diskrepancia medzi objektívnym a subjektívnym nálezom sa týka rovnako tak tvorivosti ako i ďalších schopností. Richard Hartmann testoval niekoľkokrát skupinu maliarov, ktorí maľovali pod vplyvom LSD. Celkom jednoznačne mali obrazy namaľované pod vplyvom LSD horšiu kvalitu podľa všetkých stanovených kritérií. Halucinácie vyvolané LSD sú vlastne pseudohalucinácie. Pokusné osoby vedia vždy, že vnemy a zážitky, ktoré absolvovali, neboli skutočné. Súčasné tlmenie a dráždenie dôležitých mozgových centier po použití LSD je považované za príčinu psychickej lability, v dôsledku ktorej osoba pod vplyvom LSD preskakuje z myšlienky na myšlienku, smiech je sprevádzaný výbuchmi plaču. U osôb, ktorých psychická rovnováha nebola

veľmi stabilná ani pred použitím LSD, aplikácia halucinogénov psychickú labilitu (podobne ako pri marihuane a hašiši) ešte viac umocní. Naše zmysly pod vplyvom LSD prestávajú slúžiť skutočnosti, naopak, skutočnosť sa stáva nástrojom našich zmyslov. Na LSD jestvuje možnosť vzniku *psychickej závislosti* a to dokonca i v prípade využívania LSD na terapeutické účely v prípade psychoterapie.

Špecifické „náboženské“ a „mystické“ zážitky pod vplyvom LSD sú skôr vystupňovanou sugestibilitou. Názory o bezprostrednom zrení Boha, spojené s konzumáciou LSD (ale aj iných halucinogénov, napr. plodov peyote) sa stali zdrojom vzniku *psychedelizmu*, pozostávajúceho z náboženských organizácií (napr. League of Spirituál Discovery), ktorého zakladateľom sa stal T. Leary, dokážeme dnes už vysvetliť neurofyziologickým účinkom halucinogénov. Leary, ktorý zomrel roku 1996 vo veku 75 rokov, sa sám vyhlásil za veľkňaza a inkarnáciu Ježiša Krista. „Zapni sa, nalaď sa, odviaž sa“ (turn on, tune in, drop out) sa stalo Learyho povestným heslom. Vo svojich dielach zakladá nové vedy, propaguje extázu a vykresľuje cestu, ktorou sa uberá ľudstvo ako biologický druh „...z akvária... do Kybérie“ - do stredu kybernetického sveta, viditeľného psychedelicky. Samotná kybernetika je pre Learyho kyberdelický svet.

4.1 Psychiatrické komplikácie

alkoholovej závislosti

Kolibáš a Novotný (1996) zdôrazňujú, že medzi **psychiatrické komplikácie závislosti** od alkoholu patria alkoholické psychózy, organické psychické poruchy a poruchy osobnosti, ako sú:

– **odvykací stav s delíriom** (alkoholické delírium, delírium tremens) je akútne vznikajúca prechodná psychóza, vyvolaná vynechaním, alebo redukciou užívania alkoholu. Medzi úvodné príznaky patria predelirantné príznaky (zhoršenie spánku, zníženie chuti do jedla, zvýšené potenie, tras končatín);

– **psychotická porucha** zahrňuje:

- a) *alkoholickú halucinózu*, ide o akútnu psychózu (hlasy), stav po niekoľkých dňoch liečby ustúpi, niekedy je priebeh ochorenia chronický,
- b) *alkoholická paranoidná psychóza* je zriedkavejšia, ochorenie má chronický priebeh a prejavuje sa najčastejšie bludmi prenasledovania a bludmi žiarlenia,
- c) *amnestický syndróm* zahrňuje **Korsakovovu psychózu**, ktorá sa nevyskytuje často. V popredí sú pamäťové výpady, ktoré sa zaplňajú konfabuláciami,
- d) *reziduálny stav a psychotická porucha s neskorým začiatkom* prichádzajú do úvahy len vtedy, ak je jasný a presvedčivý dôkaz, že stav možno pripísať reziduálnemu účinku psychoaktívnej látky,
- e) *alkoholická demencia* má v popredí výrazný pokles intelektových funkcií,
- f) reziduálna afektívna porucha môže prebiehať pod obrazom *alkoholickej depresie*.

Ide o skupinu častých psychických porúch rôznej intenzity.

5. Závislosti a intoxikácia

5.1 Opiátová závislosť

Prirodzené opiáty z ópia makovic (napr. kodeín a morfín), semisyntetický heroín a syntetické lieky petidín a metadon nazývame opioidy. V centrálnom nervovom systéme účinkujú cez tie isté receptory ako endogénne opioidné peptidy (napr. endorfín, enkefalín) a ich antagonisti - naloxon alebo naltrexon blokujú tieto receptory a tým znižujú účinok drog ale i endogénne vyrábaných látok. Neurobiológia opioidov potom dáva racionálny základ pre liečebné zásahy. Terapia závislosti od opiátov je reálna iba stacionárne, sprevádzaná detoxifikáciou.

Intoxikácia

Predávkovanie je charakterizované bodkovitými zrenicami, zhoršením dýchania, kómou a pľúcnym edémom, ktorý môže končiť smrťou. Liečba pozostáva v zabezpečení pľúcnej ventilácie a intravenóznom podaní naloxonu v malých opakovaných dávkach, až kým pacient nezačne vykazovať príznaky opiátového abstinenčného syndrómu.

Abstinenčný syndróm

Najčastejšie sa stretávame s úzkosťou, mokrým nosom, slzením, nauzeou, hnačkou, zvracaním, svalovými bolesťami, husou kožou, nespavosťou a cravingom (túžbou) brať drogu. Nejde o život ohrozujúci stav pre zdravého dospelého a mnohí pacienti, ktorí nie sú ťažko závislí, sú schopní vysadiť opiáty náhle a bez liečby. Napriek tomu liečba znižuje silu i trvanie abstinenčných príznakov. Podáva sa per os metadon (tabletky alebo tekutina) v ekvivalentnom množstve vypočítanom k bežne užíwanej dennej dávke opiátu (najčastejšie heroínu). Dávka sa stupňovite znižuje v priebehu niekoľkých dní

či týždňov. Výhodou je aplikácia látky jedenkrát denne. Z iných látok sa používa L-alfa acetylmetadol (L-AAM) najmä v ambulantnej liečbe, pretože sa podáva raz za dva dni, taktiež buprenorfín podávaný sublinguálne a klonidín - avšak ten skôr u hospitalizovaných pacientov kvôli vedľajším účinkom (hypotenzia a sedácia).

5.2 Závislosť na látkach s centrálnym tlmivým účinkom

Závislosť od benzodiazepínov a barbiturátov, ktoré sa liečebne používajú ako hypnotiká a lieky tmiace úzkosť, má charakteristický abstinenčný syndróm, pri ktorom sa vyskytujú poruchy citlivosti, hučanie v ušiach, úzkosť, poruchy spánku, epileptické záchvaty, halucinácie a dezorientácia.

Problémom v diagnostike je často fakt, že pacienti závislí od benzodiazepínov či podobných látok s tzv. centrálnym tlmivým účinkom často zneužívajú i alkohol alebo opiáty, a teda ide o zmiešaný typ závislosti.

Intoxikácia

Prejavuje sa euforickou alebo rezonantnou náladou, zvýšenou aktivitou, odbrzdeným konaním. Často sú nápadné poruchy reči a chôdze. Liečba je podporná za všeobecných zásad zabezpečenia vitálnych funkcií najmä z ohrozenia dýchacieho centra. Špecifický antagonista na zvládnutie otravy nie je známy.

Abstinenčný syndróm

Abstinenčné príznaky vzniknú po 2-6 dňoch abstinencie. Prejavujú sa poruchou nálady, nespavosťou. Je vysoké riziko výskytu epileptických záchvatov. Tieto príznaky zväčša odznievajú spontánne bez ťažších komplikácií. Jasná terapeutická stratégia nie je opisovaná vzhľadom na rôznorodosť doby užívania, množstva a druhu látky ako i častý

zmiešaný typ závislosti. Používa sa stupňovitá redukcia pôvodnej látky alebo náhradnej drogy, napr. diazepamu.

5.3 Závislosť na kokaíne a iných psychostimulantoch

Stimulanciá zvyšujú hladinu dopamínu a noradrenalínu na synapsách, či už blokovaním ich znovuvychytávania (kokaín) alebo stimuláciou ich vylučovania (amfetamín). Následkom je iniciálna eufória, vzrušenie a paranoidné bludy. Ak sa užívanie stimulancií zastaví, vzniká podráždenosť, ospalosť a iné abstinenčné

Príznaky.

Intoxikácia

Najčastejším dôvodom pre farmakoterapiu je excesívna porucha správania, excitácia s paranoidnými bludmi a následným násilím. Na zvládnutie týchto stavov sa používajú neuroleptiká, ktoré blokujú účinok dopamínu i noradrenalínu. Tachykardia, hypertenzia, hypertermia a srdcové arytmie predsiení, ako aj vnútrolebečné krvácania sa liečia beta-blokátormi. Veľké epileptické záchvaty dobre terapeuticky odpovedajú na diazepam.

5.4 Závislosť od prchavých látok

Inhalovanie prchavých látok ako sú toluén, trichlóretylén a acetón vyvoláva omámenie, tupú euforickú náladu, niekedy živé predstavy.

Intoxikácia

Môže skončiť smrteľne na reflexnom podklade, ako tzv. vagová smrť, alebo zadusením. Telesnými príznakmi otravy sú poruchy chôdze, reči,

spomalené dýchanie a poruchy srdcového rytmu. Liečba je zameraná na zachovanie a reguláciu vitálnych funkcií organizmu.

5.5 Závislosť od alkoholu

Farmakoterapeutické zásahy a taktiež liečba samotnej závislosti sú pri tejto droge spolu s liečbou opiátov najprepracovanejšie.

Intoxikácia

Efekt v liečbe alkoholovej otravy spadá do obdobia, keď starovekí Gréci verili, že Ametyst blokuje intoxikačný efekt alkoholu. Na tento účel bolo testovaných množstvo látok, z ktorých niektoré štúdie vyzdvihovali fakt, že L-dopa, aminofylín či efedrín mali ovplyvňovať niektoré akútne fyziologické, behaviorálne a kognitívne účinky etanolu. Novšie sa skúmali neurotransmitery a neurohormóny. Dodnes však neexistuje validná evidencia exkluzívneho alebo dominantného mediátora, ktorý by zreteľne ovplyvňoval účinok alkoholu pri akútnom užití.

6. Liečba a doliečovanie závislých

Ak sa zo zneužívania drog vyvinie chorobná závislosť a postihnutý stráca schopnosť svojimi vlastnými silami zvládnuť cestu naspäť, prichádza k slovu liečba. Liečba však nevedie k odstráneniu poruchy spôsobujúcu zmenu v kontrole, ani nie je možné odstrániť vnútornú afinitu organizmu k droge. Liečba teda nevedie k odstráneniu chorobného stavu (to zn. k návratu do stavu pred vznikom choroby), pre jej udržanie je nutná dôsledná a trvalá abstinencia (Heller, Pecinovská: *Závislosť známá neznámá*, 1996, str. 83).

Vysoký stupeň ohrozenia drogovou závislosťou, najmä mladej populácie, si akútne vyžaduje komplexné a systémové riešenie celého problému. Systémový reťazec jeho riešenia, ako i terapeutickú a postterapeutickú starostlivosť má svoje zákonité postupnosti.

V prvom kroku je to *detoxikácia* (vytriezvenie) a *detoxifikácia* („vyčistenie" organizmu od drogy). Ďalším stupňom je potom samotná psychoterapeutická liečba v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach. Na tento „základ" nadväzuje postterapeutická starostlivosť ako celoživotné doliečovanie, ktorá je dlhodobým procesom postupného uzdravenia jedinca liečeného zo závislosti od akejkoľvek drogy, nadväzujúcim na absolvovanú terapiu. Predstavuje komplex viacerých rôznorodých krokov, postupov a aktivít, vedúcich k trvalej a dôslednej abstinencii daného jedinca. Zahŕňa pritom rozsiahle obdobie v živote závislého človeka, časovo vymedzené jeho odchodom z liečebne až po jeho smrť. Ide tu teda o súhrn mnohých, časovo rôzne ohraničených činností a samostatných aktivít, ktoré vyliečený vykonáva a realizuje po skončení liečby. Napriek tomu, že je pokračovaním terapeutickú starostlivosť, má tento proces výsostne sociálny charakter a svojím obsahom, poňatím, zameraním, spôsobmi a prostriedkami realizácie je optimálnym nástrojom efektívneho praktického uplatňovania zásad sociálnej pomoci početnej skupine osôb závislých od drog rôzneho druhu. Sem patrí predovšetkým *resocializácia a rehabilitácia* v rámci závislostí rôzneho druhu

(alkohol, drogy, patologické hráčstvo), ako jedna z intenzívnych foriem „natrénovania“ návratu do normálneho života bez drogy. K nej neoddeliteľne patria aj doliečovacie socioterapeutické kluby (svojpomocné skupiny), ktoré sú istou celoživotnou posilňovacou podporou pre vyliečených závislých.

Resocializácia v oblasti drogových závislostí je proces komplexného, sústavného, cieľavedomého, systematického a adresného ovplyvňovania, usmerňovania a vedenia vyliečeného závislého jedinca, smerujúci k jeho plnohodnotnému návratu do bežného života, sociálneho prostredia a pracovného procesu. Programovo je orientovaná na zmenu spôsobu jeho myslenia, konania, životného štýlu, tréning v sociálnych spôsobilostiach, osvojovaní si morálnych a etických noriem, nácvik samostatného života, života v skupine a pre skupinu.

Rehabilitácia v oblasti drogových závislostí je proces nápravy a odstraňovania zdravotného defektu u vyliečeného závislého jedinca, nasmerovaný na zmenu jeho psychosomatického stavu, na obnovu jeho fyzických a psychických síl, zvyšovanie jeho telesnej kondície a záťažový tréning. Tvorí sústavu rôznorodých sociálnych, ekonomických, zdravotných, pracovných, pedagogických, psychologických a kultúrno-výchovných opatrení, zameraných na predchádzanie straty pracovnej schopnosti, na včasné navrátenie postihnutého jedinca do spoločnosti, na zmierňovanie obmedzení a znižovanie závislosti od iných osôb. Predstavuje teda súhrn viacerých praktických opatrení a realizačných krokov, vedúcich k plnej integrácii vyliečeného závislého do všetkých oblastí spoločenského života.

7. Hypotézy

Po preštudovaní materiálov z daného okruhu konštatujeme, že výskumy v porovnávaní skupín mužov a žien závislých na alkohole a závislých na drogách, sú zriedkavé. Podľa Nociara (In: Alkohol, drogy a osobnosť, 2001, str.311) sa však tieto dve skupiny navzájom líšia: pri alkoholizme je spravidla neskorší nástup problémov, zatiaľ čo pri toxikomániách, ak ide o prchavé látky, nastupujú problémy omnoho skôr, aj na rozhraní detstva a puberty.

Na základe stanoveného problému sme sformulovali cieľ našej práce. Cieľom sú rozdiely medzi skupinami závislých od alkoholu a závislých od narkotík.

Všetky nasledujúce informácie v prevej časti hypotéz z Hygienickej stanice hl. m. Praha sa týkajú len tých užívateľov, ktorí boli aspoň jedenkrát v roku 2010 v kontakte s niektorým liečebným/kontaktným centrom. Drogový informačný systém neumožňuje zachytiť experimentujúcu populáciu, ktorá ešte nemá zdravotné alebo iné motivujúce dôvody navštíviť centrum, ani tzv. skrytú populáciu užívateľov, ktorí zatiaľ pomoc odmietajú.

V druhej časti hypotéz sa nachádzajú informácie z nášho prieskumného dotazníka z roku 2011.

Na základe stručného vymedzenia problematiky a formulácie centrálného cieľa sme sformulovali nasledovné hypotézy.

Prvá časť:

Hypotéza 1: *Závislí muži na alkohole a závislí na drogách sa nelíšia od žien v škále porúch spôsobených užívaním návykových látok.*

V našom porovnávaní *porúch spôsobených užívaním návykových látok* majú ženy viac problémov ako muži.

Vid'. graf č 1. a 2

Hypotéza 2: *Závislí muži na alkohole a závislí na drogách sa nelíšia od žien v škále užívania návykových látok podľa veku.*

V našom porovnávaní *užívania návykových látok podľa veku* muži začínajú užívať návykové látky skôr ako ženy.

Vid'. tab.č.1

Hypotéza 3: *Závislí muži na alkohole a závislí na drogách sa nelíšia od žien v škále kto ich odporučil do centra.*

V našom porovnávaní *rozdielov medzi závislými mužmi a ženami v škále kto klientov odporučil do centra* sa veľmi nelíšia väčšinou sa prihlásia sami.

Vid'. tab. č.2

Hypotéza 4: *Závislí muži na alkohole a závislí na drogách sa nelíšia od žien v škále s kým žijú klienti.*

V našom porovnávaní *rozdielov medzi závislými mužmi a ženami v škále s kým žijú klienti* sa muži líšia v samostatnom bývaní a ženy v bývaní s deťmi.

Vid'. tab. č.3

Hypotéza 5: *Závislí muži na alkohole a závislí na drogách sa nelíšia od žien v škále charakteru bývania.*

V našom porovnávaní rozdielov medzi závislými mužmi a ženami v škále charakteru bývania sa muži líšia jedine v oblasti bezdomovectva.

Vid'. tab. č. 4

Hypotéza 6 : *Závislí muži na alkohole a závislí na drogách sa nelíšia od žien v škále najvyššie dokončené vzdelanie.*

V našom porovnávaní rozdielov medzi závislými mužmi a ženami v škále najvyššie dokončené vzdelanie sa klienti nelíšia.

Vid'. tab. č.5

Hypotéza 7 : *Závislí muži na alkohole a závislí na drogách sa nelíšia od žien v škále charakteru zamestnania.*

V našom porovnávaní rozdielov medzi závislými mužmi a ženami v škále charakteru zamestnania sa muži líšia od žien v nezamestnanosti.

Vid'. tab. č.6

Tab.č.1

Veková skupina	ALKOHOL		OPIÁTY		KONOPNÉ LÁTKY		SEDATÍVA/ HYPNOTIKÁ	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
10-14	0	2	3	3	5	3	0	0
15-19	47	37	17	20	66	11	0	2
20-24	209	63	9	18	41	4	10	5
25-29	402	160	75	44	17	2	4	12
30-34	802	357	172	55	11	1	10	14
35-39	944	409	127	37	3	2	9	12
40-44	1050	415	42	21	2	1	14	23
45-49	997	534	11	1	2	0	5	28
50-54	951	464	5	4	0	1	14	23
55-59	761	399	8	5	0	1	5	29
60-64	414	207	0	2	1	0	11	24
65-69	196	89	1	1	0	0	4	19
70-74	44	30	1	4	0	0	2	5
75-79	25	8	0	1	0	0	2	6
80+	6	4	0	0	0	0	0	5

Veková skupina	KOKAIN		OSTATNÉ STIMULANCIA		HALUCINOGENY		PRCHAVÉ LÁTKY	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
10-14	0	0	1	9	0	0	13	0
15-19	0	0	123	232	3	0	9	1
20-24	0	0	261	158	1	0	17	9
25-29	0	2	252	108	0	0	7	0
30-34	0	2	163	46	1	0	6	0
35-39	1	0	57	15	0	0	8	0
40-44	0	0	32	5	0	0	0	0
45-49	0	0	16	5	0	0	0	0
50-54	0	0	5	0	0	0	0	0
55-59	0	0	0	0	0	0	0	0
60-64	0	0	0	0	0	0	0	0
65-69	0	0	0	0	0	0	0	0
70-74	0	0	0	0	0	0	0	0
75-79	0	0	0	0	0	0	0	0
80+	0	0	0	0	0	0	0	0

Hygienická stanice hl. m. Prahy 2010

Tab.č.2

Kto klienta odporučil		
	Muži	Ženy
Sám	437	271
Rodina	95	88
Iné liečebné centrum	96	92
Obvodný lekár	10	16
Lôžkové zdravotnícke oddelenie	42	34
Sociálna služba	42	67
Súd, polícia	71	32
Iná možnosť	50	36
Neznáme	76	34

Hygienická stanice hl. m. Prahy 2010

Tab.č.3

S kým klient žije		
	Muži	Ženy
Sám	198	66
S rodičmi	259	232
Sám s dieťaťom	5	41
S partnerom	99	106
S partnerom a deťmi	53	57
S priateľom	32	27
Iná možnosť	75	78
Neznáme	198	63
Celkom	919	670

Hygienická stanice hl. m. Prahy 2010

Tab.č.4

Charakter bývania		
	Muži	Ženy
Stále bydlisko	441	364
Prechodné bydlisko	105	122
V zariadení	65	66
Bezdomovec	139	55
Neznáme	169	63
Celkom	919	670

Hygienická stanice hl. m. Prahy 2010

Tab.č.5

Najvyššie dokončené vzdelanie		
	Muži	Ženy
Nedokončené základné	40	24
Základné	299	316
Stredné bez maturity	200	93
Stredné s maturitou	119	118
Vyššie- VOŠ	11	6
Vysokoškolské	18	6
Neznáme	232	107
Celkom	919	670

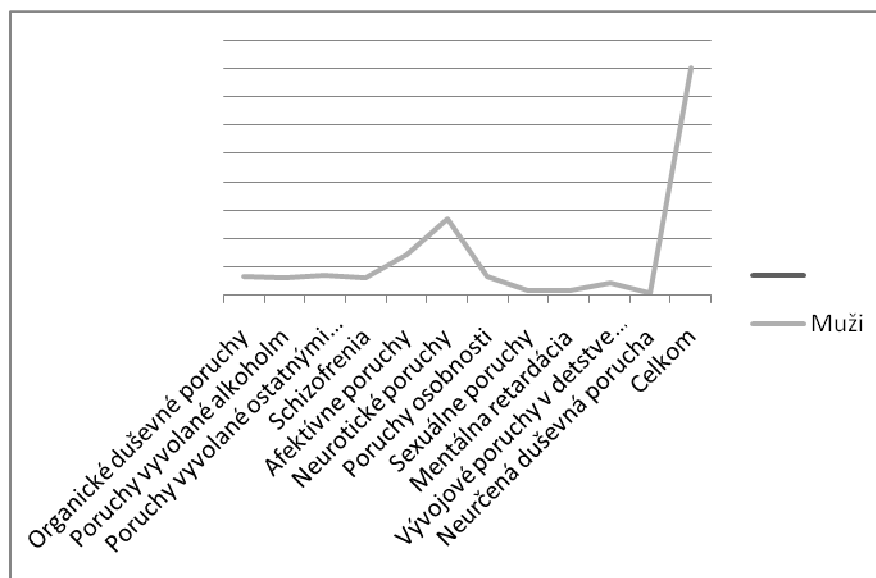
Hygienická stanice hl. m. Prahy 2010

Tab. č.6

Charakter zamestnania		
	Muži	Ženy
Pravidelné	140	84
Študent/žiak	128	139
Dôchodca v domácnosti	17	43
Nezamestnaný, príležitostná práca	454	289
Iná možnosť	17	55
Neznáme	163	60
Celkom	919	670

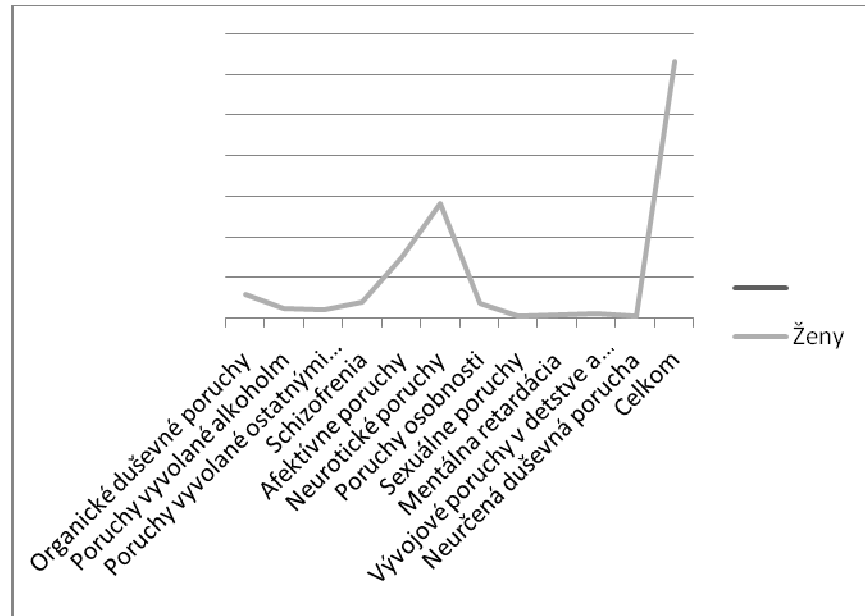
Hygienická stanice hl. m. Prahy 2010

Graf č.1



Hygienická stanice hl. m. Prahy 2010

Graf č.2



Hygienická stanice hl. m. Prahy 2010

Časť druhá:

Na náš dotazník odpovedalo 100 respondentov z toho bolo 52 mužov a 48 žien.

Hypotéza 1: *Muži užívajúci alkohol a drogy sa nelíšia od žien v škále užívania návykových látok podľa veku.*

V našom porovnávaní *užívania návykových látok podľa veku* muži začínajú užívať návykové látky v skoršom veku ako ženy.

Vid'. tab.č.1

Hypotéza 2: *Muži užívajúci alkohol a drogy sa nelíšia od žien v škále kto im odporučil liečbu.*

V našom porovnávaní *rozdielov medzi užívajúcimi mužmi a ženami v škále kto im odporučil liečbu* sa veľmi nelíšia väčšinou im ju neodporučili..

Vid'. tab. č.2

Hypotéza 3: *Muži užívajúci alkohol a drogy sa nelíšia od žien v škále s kým žijú.*

V našom porovnávaní *rozdielov medzi užívajúcimi mužmi a ženami v škále s kým žijú* sa muži líšia v samostatnom bývaní, ženy v bývaní s deťmi a v bývaní s partnerom a deťmi.

Vid'. tab. č.3

Hypotéza 4 : *Muži užívajúci alkohol a drogy sa nelíšia od žien v škále najvyššie dokončené vzdelanie.*

V našom porovnávaní rozdielov medzi užívajúcimi mužmi a ženami v škále najvyššie dokončené vzdelanie sa muži od žien viditeľne nelíšia.

Vid'. tab. č.4

Hypotéza 5 : *Muži užívajúci alkohol a drogy sa nelíšia od žien v škále charakteru zamestnania.*

V našom porovnávaní rozdielov medzi užívajúcimi mužmi a ženami v škále charakteru zamestnania sa muži líšia od žien v pravidelnej zamestnanosti.

Vid'. tab. č.5

Tab.č.1

Veková skupina	ALKOHOL		OPIÁTY		KONOPNÉ LÁTKY		SEDATÍVA/ HYPNOTIKÁ	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
10-14	5	2	0	0	2	1	0	0
15-19	19	17	2	1	6	3	0	0
20-24	9	12	5	3	10	5	1	0
25-29	8	6	7	11	4	0	3	1
30-34	3	6	11	4	4	1	5	1
35-39	6	4	13	2	1	0	0	0
40 a viac	2	1	3	0	0	0	1	2
Veková skupina	KOKAIN		OSTATNÉ STIMULANTY		HALUCINOGENY		PRCHAVÉ LÁTKY	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
10-14	0	0	1	0	0	0	1	0
15-19	0	1	7	4	3	0	2	1
20-24	3	1	5	1	6	2	5	3
25-29	0	0	9	3	1	0	0	0
30-34	1	0	3	0	1	0	0	0
35-39	0	0	0	1	0	0	0	0
40 a viac	0	0	1	0	0	0	0	0

Tab.č.2

Odporučil Vám niekto liečbu?		
	Muži	Ženy
Nie	26	31
Sám	5	6
Rodina	12	8
Obvodný lekár	7	3
Súd, polícia	2	0

Tab.č.3

S kým žijete		
	Muži	Ženy
Sám	15	7
S rodičmi	17	13
Sám s dieťaťom	0	6
S partnerom	5	3
S partnerom a deťmi	3	9
S priateľom	12	10

Tab.č.4

Najvyššie dokončené vzdelanie		
	Muži	Ženy
Nedokončené základné	3	1
Základné	8	2
Stredné bez maturity	18	15
Stredné s maturitou	14	21
Vyššie- VOŠ	2	0
Vysokoškolské	7	9

Tab.č.5

Aké máte zamestnanie		
	Muži	Ženy
Pravidelné	19	27
Študent/žiak	23	16
Dôchodca	2	0
Nezamestnaný, príležitostná práca	7	5
Iná možnosť	1	0

8. Záver

Osobnosť závislého človeka je pre mnohých veľkou neznámou, či osoba vhodná odsúdenia, čo ale často krát vyplýva práve z nedostatku informácií, resp. ich skreslením – predsudkami. Našou prácou sme sa aspoň z časti snažili poukázať na zložitosť problematiky osobnosti závislého a zároveň tiež na jej diferencie v jednotlivých typoch závislostí – v našom prípade: závislosť od alkoholu a závislosť od narkotík, resp. kombinovaná závislosť.

Zosúladenie liečebných zariadení, intervencií a služieb so zvláštnymi problémami a potrebami človeka je rozhodujúcim faktorom pre jeho navrátenie k produktívnemu životu v rodine, na pracovisku a v spoločnosti. Efektívna liečba by sa mala zaoberať viacerými potrebami jednotlivca nie iba jeho užívaním drog. Rozhodujúce je, aby liečebný postup zodpovedal veku človeka (ktorý, ako sme uviedli, je rozdielny pri závislostiach od alkoholu a závislostiach od narkotík), jeho pohlaviu, etniku a kultúre ako aj typu závislosti.

Abstinujúci závislí majú vo svojom živote okrem bežných ľudských problémov neustále pred sebou ťažkú úlohu – čeliť svojej minulosti, ktorá ich poznačila nevyliciteľnou, smrteľnou chorobou. Bohužiaľ ich súčasná spoločnosť v snahe uspieť nepodporuje – sú nielen doživotne sociálne stigmatizovaní, ale aj vystavovaní tlaku protidrogovej väčšiny. Abstinovať napríklad od alkoholu je ešte stále považované za „nenormálne“. Povedomie o význame doliečovania je však často nízke aj medzi odborníkmi. Nasýtiť potrebu abstinentov po sociálnom prijatí, ale i možnosť pracovať na sebe a zbavovať sa patologických návykov poskytuje práve doliečovanie – či už v svojpomocnej skupine, alebo pod vedením skúseného terapeuta. Bohužiaľ je však takýchto možností ešte stále málo, ako by sme zatvárali oči pred jasnými faktami.

Zoznam bibliografických odkazov

1. Csáder, Pavel: Fakty o následkoch nadmerného pitia, In: Čistý deň, 1/2004, str.10, ISSN 1336-4243
2. Dóci, Ivan; Kovářová, Mária; Pavlov, Peter: Zneužívanie alkoholu a nelegálnych psychotropných látok ako sociálny problém, In: Alkoholizmus a drogové závislosti, 39 – 2004, str. 237-248, ISSN 0862-0350
3. Galáš, Ján: Resocializácia – hľadanie cesty k sebe samému. In: Čistý deň 1/2004, str.14 – 15, ISBN 1336-4243.
4. Hall, Calvin S.; Lindzey, Gardner: Psychológia osobnosti, Slovenské pedagogické nakladateľstvo 1997, ISBN 80-08-00994-2
5. Hampl, Karel: Změna osobnosti uživatele návykových látek, In: Alkoholizmus a drogové závislosti, 38/2003, str.247-257, ISSN 0862-0350
6. Heller, Jiří; Pecinová, Olga a kolektív: Závislost známá neznámá, GRADA 1996, ISBN 80-7169-277-8.
7. Kolibáš, E., Novotný, V.: Alkoholizmus a drogové závislosti, BratislavaUK, 1996
8. Kredátus, Jozef: Rodina ako systém, rodina ako klient a pacient. In: Čistý deň 2/2004, str.6 – 7, ISBN 1336-4243.
9. Krug, E. Samuel; Cattell, B. Raymond: Dotazník klinickej analýzy, Psychodiagnostika, a. s. 1998, Bratislava
10. Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví, GRADA 2001, ISBN 80-6358-366-5
11. Nešpor, Karel: Návykové chování a závislost, Portál 2000, ISBN 80-7178-831-7
12. Nešpor, Karel; Csémy Ladislav: Alkohol, drogy a vaše deti, Portál 1997, ISBN 80-7178-085-3.

13. Nociar, Alojz: Alkohol a osobnosť, Veda 1991, ISBN 80-224-0281-8.
14. Nociar, Alojz: Alkohol, drogy a osobnosť, Asklepios Bratislava 2001, ISBN 80-7167-044-8
15. Skála, Jaroslav: ...až na dno?, Avicenum 1988.
16. Vacek, Jiří a kolektiv: Drogová pět'ročníka, Agentúra závislost' 1997, ISBN 80-967882-0-5

Internetové zdroje

1. www.drnespor.eu
2. www.hygp Praha.cz
3. www.info-drogy-cz
4. www.uzis.cz
5. www.vlada.cz

Príloha č.1 Dotazník

1 Ste muž alebo žena

1 muž

2 žena

2 Koľko máte rokov

1 10-14

2 15-19

3 20-24

4 25-29

5 30-34

6 35-39

7 40 a viac

3 Odporučil Vám niekto liečbu? Ak áno kto.

1 nie

2 sám som sa rozhodol

3 rodina

4 obvodný lekár

5 polícia, súd

4 S kým žijete

1 Sám

2 S rodičmi

3 S partnerom

4 Sám s dieťaťom

5 S partnerom a deťmi

6 Iná možnosť

5 Aké máte najvyššie dokončené vzdelanie

- 1 Nedokončené základné
- 2 Základné
- 3 Stredné bez maturity
- 4 stredné s maturitou
- 5 Vyššie- VOŠ
- 6 Vysokoškolské

6 Aké máte zamestnanie

- 1 Pravidelné
- 2 Študent/Žiak
- 3 Dôchodca
- 4 Nezamestnaný, príležitostná práca
- 5 Iné možnosti

7 Aké návykové látky užívate

- 1 Alkohol
- 2 Opiáty
- 3 Konopné látky
- 4 Sedatíva/hypnotiká
- 5 Kokaín
- 6 Ostatné stimulanty
- 7 Halucinogény
- 8 Prchavé látky