

# **DIPLOMOVÁ PRÁCA**

**Peter Cabánik**  
VI.ročník, 3.LF UK

školitel:  
**MUDr.Eva Vaničková, CSc.**  
Oddělení zdraví dětí a mládeže  
Centrum preventivního lékařství 3.LF UK

**TÉMA:**

**Prvé štádia vývoja závislosti na droge  
u študentov navštevujúcich odborné učilište**

***Pod'akovanie:***

Moje poďakovanie patrí cenným radám pani MUDr.Eve Vaníčkovej,CSc.;  
ďalej Občianskemu združeniu SANANIM, špeciálne pani Mgr. Pavle Makovskej  
Dolanskej, vedúcej Doliečovacieho centra Ovčí Hájek za poskytnutie možnosti  
vypracovania kazuistík  
a Úradu vlády ČR - sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky za  
zapožičanie literatúry

## OBSAH:

1	ÚVOD .....	5
1.1	CIEĽ PRÁCE .....	5
1.2	HYPOTÉZY .....	6
1.3	METODIKA .....	7
2	TEORETICKÁ ČASŤ .....	8
2.1	BIOPSYCHOSOCIOSPIRITUÁLNY MODEL ZÁVISLOSTI .....	8
2.1.1	NEUROBIOLÓGIA ZÁVISLOSTI .....	9
2.1.2	PSYCHOSOCIÁLNE ASPEKTY VZNIKU A ROZVOJA ZÁVISLOSTI ..	13
2.2	PREVENCIA DROGOVEJ ZÁVISLOSTI .....	17
2.3	EPIDEMIOLOGICKÉ PRIESKUMY .....	19
3	ROZBOR KAZUISTÍK .....	23
3.1	KAZUISTIKA Č.1 .....	23
3.2	KAZUISTIKA Č.2 .....	25
3.3	VÝSLEDKY .....	26
4	DISKUSIA .....	27
5	ZÁVER .....	28
	Citácie .....	29
	Literatúra .....	30

# 1 ÚVOD

Problematika drogovej závislosti je dnes široko diskutovanou témou a to jednak na úrovni odborných kruhov z radov lekárov, psychologov, sociológov, tak i medzi širšou verejnosťou. Otvorená diskusia o tomto probléme je významným faktorom, ktorý ovplyvňuje jeho postupné odtabuizovanie a tým vytvára podmienky pre ľahšie šírenie osvedy a v konečnom dôsledku efektivitu preventívnych opatrení.

Rozvoj drogovej závislosti u každého jedinca je multifaktoriálnou záležitosťou, kde sa vzájomným pôsobením a interakciou jednotlivých vplyvov vytvára komplex interferujúcich činiteľov, ktorý ako výsledný vektor smeruje človeka k závislosti. Je preto mnohokrát ťažké posúdiť situáciu a odhaliť príčinu u individuálnych prípadov. Stanovenie samostatných hypotéz je práve z tohto dôvodu veľmi náročné a ich vedecké overovanie pomocou štatistického aparátu nejednoznačné a z výsledkov overovania sa dá len na základe subjektívneho úsudku interpretujúceho povedať, či sa daná skutočnosť môže podieľať na vzniku závislosti. Aj preto je táto práca zameraná na rozbor konkrétnych kazuistík, kde sa uvažuje o stanovených hypotézach na základe vedomostí získaných z teoretickej oblasti.

Základné princípy vzniku a postupného rozvoja závislosti na droge u študentov odborných učilíšť sú vo svojej podstate rovnaké ako v normálnej populácii, čo vyplýva z biologických parametrov človeka, ale samozrejme táto skupina má svoje osobitné špecifiká, vyplývajúce zo spoločenského zaradenia, prostredia a podmienok, v ktorých sa daná skupina nachádza a vyvíja. Ťažisko teoretickej časti tejto práce je teda postavené na základnom uznávanom interdisciplinárnom *bio-psycho-socio-spirituálnom modele* vývoja závislosti, s tým že je poukázané a sú zvláštné zvláštnosti a osobitosti faktorov, ovplyvňujúcich prvé štádia vývoja závislosti u študentov stredných odborných učilíšť.

## 1.1 CIEĽ PRÁCE

V oblasti drogovej problematiky už bolo publikovanej mnoho literatúry zaoberajúcej sa pohľadom na drogovú závislosť z rozličných aspektov, či už medicínskych, psychologických, sociokultúrnych a v neposlednom rade i ekonomických. Táto práca

preto nemá snahu o prostý výčet doterajších znalostí všeobecného charakteru, ale je to pokus o aplikáciu interborových vedomostí a skúseností na špecifickú skupinu populácie študentov odborných učilíšť.

Informácie o drogovej situácii sú získavané a overované formou epidemiologických prieskumov v celej populácii a i špecifických skupinách populácie, ktoré sa na základe vypracovaných metodických smerníc a plánov pravidelne vykonávajú a spadajú do práce odborníkov príslušných oborov. Konkrétne prebraté štatistické prieskumy sú pre vytvorenie obrazu o drogovej situácii uvedené v teoretickej časti tejto práce, ale overovanie zadaných hypotéz nie je na tom postavené. Cieľom práce je priblížiť špecifitu problematiky závislostí u učňov spracovaním konkrétnych kazuistík závislých, čo názornejšie ukáže zvláštnosti vývoja závislosti v tejto špecifickej subpopulácii i na úkor postrádannej štatistickej významnosti a poukáže na možnosti uplatnenia preventívnych opatrení v podobných prípadoch v budúcnosti.

## 1.2 HYPOTÉZY

Špecifická sociálna situácia študentov odborných učilíšť je zaujímavá z viacerých pohľadov. Sú to jednak interpersonálne vzťahy v štruktúre učňovskej spoločnosti a na druhej strane vplyv sociálneho zaradenia na vývoj osobnosti v kontexte vlastného sebahodnotenia.

Komunita učňov má svoje vlastné pravidlá a je v istom smere odlišná od spoločností iných skupín mladých ľudí. ***Tendenčné chovanie k užívaniu drog v komunite by sa mohlo podieľať v spleti pravidiel komunity na smerovanie každého jednotlivého člena k siahnutiu po droge.***

Psychický vývoj jedinca je hlavne v období dospievania veľmi zložitý a krehký a ovplyvňuje ho mnoho faktorov. Nenaplnené ambície a následné nesprávne sebapojatie sú isto zaťažujúcimi okolnosťami pre mladého študenta učilíšť a z toho vyplývajúca ***znížená sebaúcta a negatívne sebahodnotenie by mohlo viesť k zvýšenej vulnerabilite a stať sa základom pre neskoršie zneužívanie drog.***

## 1.3 METODIKA

Metodika väčšiny doterajších prác s drogovou tematikou je založená na epidemiologických prieskumoch. Tie sa vykonávajú štandardnými sociologickými metódami (interview, štandardizovaný dotazník) na reprezentatívnom vzorku populácie. Hlavnou úlohou je zistiť rozsah (prevalenciu) a spôsob užívania drog vo všeobecnej populácii, charakteristiky a spôsoby chovania užívateľov a postoje rôznych spoločenských skupín k užívaniu drog. Špeciálnym prípadom sú tzv. školské štúdie, skúmajúce rozsah a spôsob užívania, postoje atď. v rizikových vekových kohortách, väčšinou 15 – 19 rokov. Vzhľadom k tomu, že odpovede na tieto citlivé otázky sú získavané priamymi metódami, je pri nich aj pri najspoľahlivejšom zabezpečení anonymity vysoké riziko skreslenia reálneho stavu. Miera spoľahlivosti a presnosti výsledkov je významne ovplyvnená jednak kvalitou metodiky – reprezentativita a veľkosť vzorku, korektnosť odberu, odfiltrovanie simulácií a disimulácií štatistickými a sociologickými metódami a jednak kultúrnymi podmienkami - spoločenskou atmosférou.

V tejto práci je vzhľadom k uvedeným skutočnostiam a určite nadbytočnosti v prípade vykonania prieskumu pomocou dotazníku, daná prednosť skutočným individuálnym príbehom dvoch náhodne vybraných bývalých študentov učilíšť, jedného mužského a jedného ženského pohlavia, ktorých rozborom a úvahou sa hľadajú momenty, ktoré ovplyvnili ich životné osudy a spojili ich životy s drogou

## 2 TEORETICKÁ ČASŤ

### 2.1 BIOPSYCHOSOCIOSPIRITUÁLNY MODEL ZÁVISLOSTI

Pohľad na problematiku drogovej závislosti sa dnes, na základe vedeckých výskumov na poli medicíny, farmakológie, psychológie a skúseností z klinickej praxe, výrazne zmenil. V minulosti sa väčšinou zdôrazňovali a vyzdvihovali určité faktory, podieľajúce sa na vzniku a rozvoji závislosti, nad tie ostatné a na základe toho vznikali rozličné modely popisujúce závislosť a z nich vyplývajúce riešenia problému. Tie však svojou úzkou zameranosťou v podstate popierali skutočnú komplexnosť javu a viedli často k neúspešným pokusom o liečbu a resocializáciu závislých a odrážalo sa to i v nie príliš účinných preventívnych opatreniach.

Po dlhé desaťročia bol v popredí *biomedicínsky model*, ktorý závislosť pokladal za chronickú nemoc (v zásade poruchu mozgových funkcií, v istej miere s genetickou predispozíciou) v podstate nevyliciteľnú, kde k zlepšeniu stavu dojde len pri trvalej abstinencii. V druhej polovici minulého storočia sa tento model začal považovať za redukcionistický a nedostačujúci, ale stal sa určite významným medzníkom nazerania na problém závislosti. Jeho rozšírením o rozmer psychických funkcií, medziľudských vzťahov, ich dynamického vývoja a vzájomného podmieňovania a o nazeranie na človeka ako duchovnú bytosť so spirituálnymi potrebami vznikol dnes používaný bio-psycho-socio-spirituálny (*d'alej BPSS*) model. Vychádza z toho, že drogová závislosť ako nemoc vzniká v priebehu vývoja osobnosti pôsobením psychologických a sociálnych faktorov v súčinnosti s neurobiologickými zákonitosťami. V tomto procese sa môže uplatňovať *dispozícia* (či už genetická, biologická, alebo psychologická získaná počas vývoja), *vulnerabilita* prejavujúca sa za istých nepriaznivých okolností a v neposlednom rade *spúšťače*, ktoré môžu viesť k naštartovaniu a manifestácii závislosti. Vytvára sa akýsi trojuholník medzi človekom, drogou a prostredím, v ktorom dochádza k ich vzájomnej interakcii. Na každom vrchole tohto trojuholníka stoja potom faktory rizikové a na druhej strane protektívne, ktoré ovplyňujú vo výslednom sumáre smerovanie človeka k závislosti, alebo ho posilňujú k vedeniu neaddiktívneho životného štýlu.

Posilňovanie ochranných faktorov, znižujúcich riziko a potlačovanie a obmedzovanie rizikových faktorov má za úlohu *prevencia*.

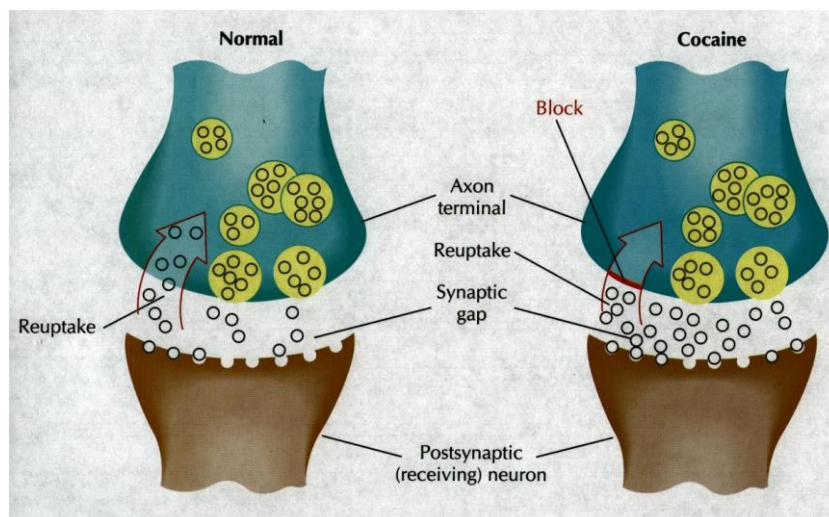


## 2.1.1 NEUROBIOLÓGIA ZÁVISLOSTI

Podľa súčasného medicínskeho pohľadu a vyplývajúc zo spomínaného BPSS modelu závislosť vzniká a postupne sa vyvíja procesmi odohrávajúcimi sa na neurobiologickom substráte, ktorý predstavuje *centrálny nervový systém* (ďalej CNS).Aj preto sa závislosť zaradila so svojou symptomatológiou, diagnostikou a terapiou do systému psychiatrických onemocnení. Definícia podľa Medzinárodnej klasifikácie nemocí (súčasne platnej MKN-10) znie<sup>1</sup>:“Syndróm závislosti je skupina fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, v ktorých užívanie nejakej látky alebo triedy látok má u daného jedinca omnoho väčšiu prednosť, než iné jednanie, ktorého si kedysi cenil viac.Centrálnou popisnou charakteristikou syndrómu závislosti je *túžba* (často silná, niekedy premáhajúca) brať psychoaktívne látky (ktoré môžu, ale nemusia byť lekárske predpísané), alkohol alebo tabak.Dôkazom môže byť to, že návrat k užívaniu látky po období abstinencie vedie k rýchlejšiemu znovuobjaveniu iných rysov syndrómu, než je tomu u jedincov, u ktorých sa závislosť nevyskytuje.“

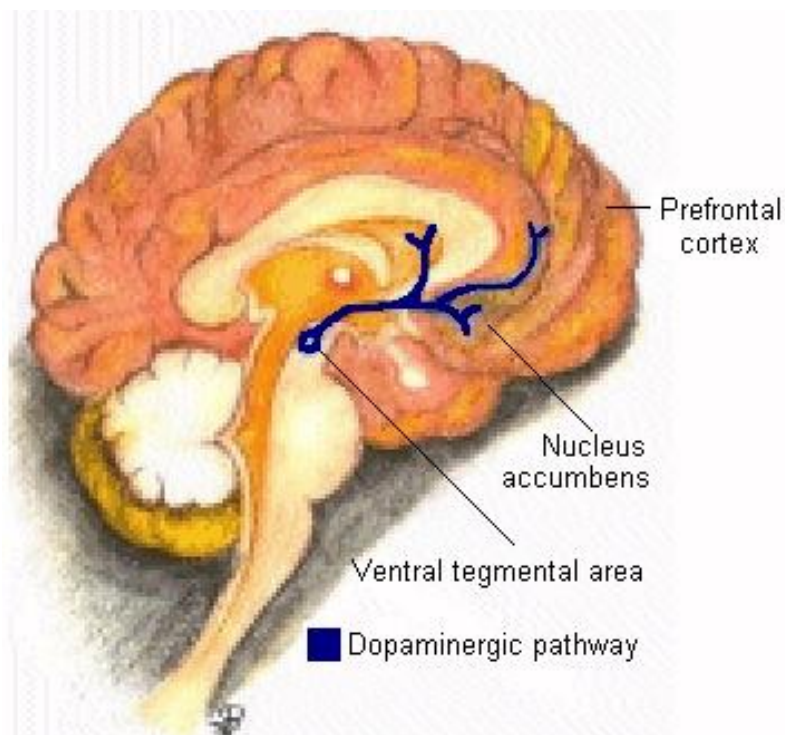
Štúdiom pôsobenia psychotropných látok na kľúčové procesy odohrávajúce sa v mozku sa zaoberá farmakológia. **Centrálny účinok** psychoaktívnych látok vyplýva z interferencie samotnej drogy alebo jej metabolitu (po biotransformácii) v neurotransmisii na mozgových synapsiách.Mechanizmus účinku je sprostredkovaný viacerými spôsobmi.Je to buď *väzba na špecifický receptor*, kde pôsobí agonisticky alebo antagonisticky s endogénnym ekvivalentom (príkladom je agonistické pôsobenie opiátov (morfín,heroín) na opioidné receptory), alebo *zásah do transportných mechanizmov prirodzených neuromediátorov* (napr. inhibícia reuptake - spätného vychytávania katecholamínov kokaínom )(obr.č.1).

Takéto pôsobenie látky na úrovni synaptického prenosu, kde dochádza k neurochemicky nerovovážnemu stavu má potom svoje odzrkadlenie na vyššej činnosti nervovej sústavy.Dochádza k zmene aktivity jednotlivých nervových dráh, či už v smere aktivácie alebo inhibície, čo sa v konečnom dôsledku prejaví zmenou vnímania, pocitov, chovania.



Obr.č.1

Významné miesto a jeden z kľúčových vplyvov na vznik a rozvoj závislosti má **mezokortikolimbická dráha**. Je to dráha dopaminergných neurónov spájajúca ventrálne tegmentálne oblasti mozgového kmeňa s limbickým systémom, štruktúrne zastúpeným *nucleus accumbens*, *amygdalou* a cez thalamus až prefrontálne oblasti mozgovej kôry (obr.č.2).



Obr.č.2

Jedná sa totiž o dráhu zakomponovanú do tzv. **reward procesu** (systému odmeny), ktorá je v podstate motivačným a dynamizujúcim prvkom každého jednanja človeka a podieľa sa na *pozitívnom posilňovaní* činnosti, čo vedie k jej opakovanému uskutočňovaniu. Umelým zásahom pôsobením drogy do tohto systému dochádza k posunu rovnováhy do oblasti nadmernej stimulácie a tým k silnému zážitku uspokojenia, čo vedie k vyvolaniu výraznej túžby po opätovnom vyvolaní tohto pocitu, ktorú nazývame **craving** (tzv. baženie, neodolateľná túžba po droge) a k postupnému odpútaniu sa od prevádzkovania normálnych činností zabezpečujúcich odmenu (akými sú jednak činnosti vedúce k pokrytiu základných potrieb života ako príjem potravy, sexuálne aktivity, tak i všetky aktivity podporujúce osobný rozvoj človeka) k opakovanému užívaniu návykovej látky. Systém odmeny nie je jediným spúšťačom závislosti. Do mechanizmov vzniku závislosti sú zakomponované aj ďalšie neuromediátorové systémy. Zaujímavé je pôsobenie serotonergného systému, ktorý sa podieľa na etiopatogenezi jednak afektívnych porúch, jednak neurotických porúch. Za stavu hyposerotonergie dochádza k prejavom depresie a úzkostných porúch, alebo obsedantne-kompulzívneho chovania. Väčšina drog dokáže ovplyvniť zvýšenie hladiny serotonínu na synapsii a tým vedie k opačnému účinku ako spomínané prejavy, je teda účinným antidepresívom. Zaujímavým je aj účinok opiátov na opioidných receptoroch, hlavne v *locus coeruleus*, kde je centrum noradrenergických neurónov, ktorých aktivita sa pôsobením týchto látok znižuje a to spôsobuje celkové zníženie napätia a vytvára stav úplnej spokojnosti.

Voči porušeniu rovnováhy, v rámci snahy o udržanie homeostázy, sa aktivujú **neuroadaptačné mechanizmy**, ktoré majú za cieľ znovu nastoliť ztratenú rovnováhu. Dochádza však k vytvoreniu patologickej rovnováhy, ktorá funguje len pod stálym prísunom látky, ktorá ju vyvolala. Po zastavení príjmu látky sa rovnováha prehupne v smere pôsobenia adaptačných mechanizmov, čo nesie so sebou typické negatívne prejavy známe ako *syndróm z odňatia drogy* (abstinenčný syndróm), čo je *negatívnym posilujúcim* faktorom a tiež vedie k upevňovaniu závislosti prostredníctvom už spomínaného *cravingu*, teraz povzbudzovaného nepríjemným zážitkom. Medzi neuroadaptačné procesy patria zmeny počtu receptorov na postsynaptických membránach a ich senzitivity, zníženie tvorby špecifických endogénnych mediátorov a iné. Po dlhodobom užívaní napríklad látok zvyšujúcich dopamín (kokaín, pervitín) sa v rámci adaptácie znižuje počet receptorov a ich

senzitivita a zvýšenou stratou dopamínu inhibíciou reuptake-u, pri náhlom prerušení prísunu látky dôjde k významnému stavu hypodopaminergie v systéme odmeny, čo vedie k opätovnému užitiu drogy.

Z mechanizmov vytvárajúcich novú rovnováhu vyplýva aj ďalší fenomén sprevádzajúci závislosť. **Tolerancia** je nutnosť podania vyššej dávky k vyvolaniu rovnakého účinku. Po vysadení látky pri odvykaní sa organizmus musí prispôbiť novej zmene v smere odbúravana adaptácie. Zmeny v nastavení citlivej neurobiochemickej rovnováhy v CNS sú však dlhodobé a prejavia sa aj po niekoľkoročnom období abstinencie. Dochádza k búrlivejším reakciám pri opätovnom podaní drogy, čo je prejavom **senzitivizácie** na danú látku a vedie k relapsom, čím dokresľuje zložitost' syndrómu závislosti a jeho liečby.

Ako platí aj u iných nemocí aj pri vzniku závislosti môžu stáť určité **predispozičné faktory**. Môže sa jednať o *genetické faktory* (napr. zvýšená prevalencia A1 alely pre D2 – dopamínový receptor) tak i *osobnostné dispozície*, u ľudí tvorivých, vyhľadávajúcich vzrušenie, risk a na druhej strane jedincov s depresívnym prežívaním, zvýšene úzkostných, poprípade s nutkavými rysmi chovania.

Je dôležité si uvedomiť, že vyvíjajúci sa organizmus mladého človeka ešte nemá vytvorenú ustálenú podobu všetkých fyziologických procesov a to ani na úrovni CNS a často dochádza k rôznym výkyvom, čo zvyrazňuje zvýšenú vulnabilitu na pôsobenie ostatných faktorov v tomto období a ľahšie vedie k vytvoreniu závislosti. Platí pravidlo, čím v nižšom veku dôjde k prvému kontaktu s drogou, tým skôr a ľahšie sa vytvorí návyk.

Všetky tieto neurobiologické mechanizmy a procesy odohrávajúce sa na úrovni CNS sú síce významným činiteľom a predstavujú vlastne zhmotnenie a skonkretizovanie predstáv o procese vývoja drogovej závislosti na biologickom podklade, ale podľa BPSS modelu sú len časťou komplexného systému, kde je priestor pre pôsobenie ďalších faktorov, či už psychologických, sociálnych alebo iných.

## 2.1.2 PSYCHOSOCIÁLNE ASPEKTY VZNIKU A ROZVOJA ZÁVISLOSTI

Vychádzajúc z BPSS modelu má problematika vzniku závislosti tri póly. Na prvom stojí *človek*, ktorého pozícia je hlavne v období dospievania špecifická a ovplyvňujú ju jednak samotné zložité procesy príznačné pre toto obdobie a jednak možné patologické fenomény v jeho priebehu, ďalej je to *prostredie* (rodina, spoločnosť), ktoré vplyva na človeka rozličnými podnetmi, či už pozitívnymi alebo negatívnymi, s ktorými sa musí jedinec vyrovnávať a zvládnuť. a napokon je to samotná droga, ktorá ponúka v prvom momente lákavé alternatívne riešenia.

Život človeka je rozdelený do určitých vývojových období. Vekové hranice týchto etáp sú interindividuálne veľmi rozdielne, preto sa nedá populácia jednoznačne rozdeliť na základe veku do určitých skupín, ale treba sa pozeráť na každého jedinca individuálne.

Každé obdobie je charakteristické a nesie svoje špecifické nároky na človeka. Už *prenatálne a perinatálne obdobie* a vyskytujúce sa stresové udalosti počas neho poznačujú plod a to sa môže prejaviť v rôznych podobách v jednotlivých následných fázach postnatálneho života. Napríklad ak žena prežíva tehotenstvo ako stresovú záležitosť, preniesie sa táto informácia na plod. Ak potom matka začne užívať tlmivé látky, vytvorí sa u plodu akýsi *imprint* (vtisk, kód) o efekte tlmivo pôsobiacich látok na stres. Po aplikácii rovnako pôsobiacej látky v budúcnosti sa poznanie účinku prejaví pozitívnym posilňovaním návyku.

Detstvo je charakteristické svojimi dosť nemennými a jednoduchými predstavami a názormi na okolitý svet, bez možnosti hlbšieho komplexného pochopenia javov, ktoré sa odohrávajú v bezprostrednom okolí. Ústredným motívom je **závislosť**. Hlavne na rodičoch, ktorých úlohou je saturovať všetky potreby dieťaťa, ale i na ostatných článkoch spoločnosti, s ktorými prichádza do styku. Pre harmonický vývoj v tomto období je preto dôležitý správny prístup dospelých. V určitých situáciách je treba reagovať ústretovo, v iných odmietavo a používať rozumne zvolených sankcií. Všetko treba hlavne správne načasovať a vyvážiť. Zaujímavým príkladom zlyhania na tejto úrovni môže byť neustále nadmerné kladenie nárokov na dieťa, čo potom neskôr pri zlyhaní, napr. tým že sa nedostane na zvolenú strednú školu a musí študovať "len" učilište, pôsobí nesmiernu

záťaž a frustráciu s pocitmi zníženého *sebahodnotenia a sebaúcty*, čo môže viesť v súčinnosti s ďalšími faktormi k siahnutiu po droge.

Z hľadiska budúcej celoživotnej perspektívy je však určite najdôležitejším *obdobie dospievania*, teda *puberty* (vek individuálne medzi 11.-16. rokom) a následnej *adolescencie* (ktoré by malo byť dovŕšené po 20.roku veku).Je obdobím mnohých výrazných zmien v štruktúre osobnosti i v sociálnom kontexte jednotlivca a preto určite aj obdobím najťažším.Na mladého človeka čakajú viaceré *vývojové úlohy*.Ocitá sa na pomedzí detského sveta a sveta dospelých. Musí sa dostať z pozície závislého, typickej pre detský vek, smerom k nezávislosti; postupne si upevniť svoju identitu; stabilizovať pozíciu v spoločnosti a to jednak medzi svojimi vrstevníkmi tak aj v konfrontácii s autoritami; ujasniť si životné ciele To všetko môže viesť k vážnym problémom<sup>2</sup> :“Popri tendenciách ku kolektivismu sú v puberte rovnako dôležité *snahy* adolescenta o *individualizmus*, o vytvorenie vlastnej identity, o presadenie vlastného ega.Druhou stránkou tejto mince je často až úzkostlivé *samopozorovanie*. Veľké množstvo zmien, ktorým podlieha organizmus adolescenta sa neraz prejaví aj prechodnými odlišnosťami alebo odchýlkami, ktorými sa dospievajúci líši od svojich rovesníkov. Adolescent môže hodnotiť tieto prirodzené rozdiely veľmi závažne a citovo ich ťažko prežívať. Ak sa mu nedostane včas trpezlivého a presvedčivého vysvetlenia, môže mať nevýznamná banalita trvalé následky v psychike, alebo viesť až k takým závažným činom, ako je napríklad pokus o samovraždu.“

Z procesu dospievania vyplývajú mnohé rozpory.Podľa Langmaiera je adolescencia charakterizovaná týmito základnými rozpormi:

- 1)*rozpor medzi fyzickou a psychickou zrelosťou*
- 2)*rozpor medzi rolami a štatútom, očakávaním a možnosťami*
- 3)*generačný rozpor*

Neurotizácia, ktorá je týmto neustále vyvolávaná na jednej strane pomáha v pokroku adolescenta, dynamizuje jeho vývoj, na druhej strane však nesie riziko patologického úniku.Na tomto poli sa potom môžu uplatniť rozličné individuálne charakteristiky, ktoré spustia závislosť

Pre všetky skupiny mladých ľudí bez rozdielu platí, že existujú dispozície nielen na biologickom podklade, ale aj isté *patopsychologické rysy osobnosti* sú predisponujúcim faktorom, ktoré sa však v rôznej miere môžu vyskytnúť pod vplyvom okolností u každého mladého jedinca,Rizikové sú osoby zvýšene úzkostné, citlivé, s

depresívnym ladením, zraniteľné, s pocitom neistoty; ďalej sú to osoby s anankastickými rysmi, teda s neustálym nutkaním (obsedantne - kompulzívny typ osobnosti), hraničné typy osobnosti, dissociálne typy. Z hľadiska *psychoanalitického pohľadu* majú všetky tieto poruchy osobnosti spoločného menovateľa. Je ním istým smerom zdeformované, pokryvené **Ja** (*Self, Ego*), ktoré sa v náročnom období vývoja, plnom prevratných zmien začne prejavovať v zvýšenej miere nefunkčne, v smere svojej patológie. K tomu prispieva aj vynáranie sa intrapsychických konfliktov medzi potlačenými nevyriešenými problémami hlavne z detstva a obrannými mechanizmami, ktoré doteraz účinne pôsobili na ich potlačovanie, čo zvyšuje úzkosť. Špecifickým a tiež významným psychologickým fenoménom, ktorý svedčí o narušenom vývoji *Ja*, je **ko-dependencia**<sup>3</sup>: "Kodependencia je poruchou zo straty sebahodnoty. Prejavuje sa potiažami psychickými, psychosomatickými, či fyzickými. Dá sa definovať ako akékoľvek trápenie alebo dysfunkcia, ktorá je spojená so zameraním, alebo výsledne vzniká zo zamerania na potreby a chovanie druhých." Kodependencia je základňou, na ktorej vyrastajú všetky naše závislosti. Vzniká *zraňovaním*, čo vytvára pocit hanby, že naše *Ja* je neadekvátne, chybné a vedie k mylnej domnienke, že niečo mimo nás nás môže urobiť šťastnými. Kodependencia sa môže maskovať v prevleku osobnosti. Delikventný študent učilišťa, ktorý sa neustále dostáva do problémov, porušuje školskú disciplínu (absencie, nevhodné chovanie), spoločenské pravidlá a dostáva sa do stretu so zákonom predstavuje *obeť*, ktorá si vyžaduje pomoc a ľútosť od ostatných, uteká pred zodpovednosťou za zlepšenie vlastného života. Rozpoznať poruchu kodependencie je teda nesmierne obtiažne, ale dôležité pre správny prístup k takejto osobe.

**.Obdobie dospievania** je najrizikovejším obdobím vôbec a takmer vždy sa práve v tejto dobe začínajú vyvíjať **prvé štádia drogovej závislosti**, čo samozrejme platí aj pre učňovskú mládež, u ktorej sa navyše uplatňuje súbor istých špecifik vyplývajúcich so sociálneho postavenia a životnej situácie. Väčšinou v tomto období dochádza k prvému kontaktu s drogou. Buď z prostej nudy, alebo experimentu, čo je typická črta tohto obdobia, podporená v dnešnej dobe ľahkou dostupnosťou jednak legálnych drog (alkohol, tabák) i nelegálnych, tak aj vplyvom spoločnosti vrstevníkov, pre ktorú je typické a moderné realizovať svoju revoltu a rebéliu práve prostredníctvom prevádzkovania nelegálnej činnosti, kam patrí hlavne abúzus drog. V prvých fázach sa jedná o užívanie alkoholu, neskôr sa pridá fajčenie marihuany a môže, ale tiež nemusí dôjsť k prechodu na tvrdé drogy (heroín, pervitín

atď).Dochádza k utužovaniu a upevňovaniu vzťahov v “parte” a vzájomnému pozitívnemu posilňovaniu v tejto činnosti, s tým že každá “čierna ovca”, ktorá sa nechová podľa pravidiel komunity je napokon vyradená.Takýto alebo podobný model komunit sa objavuje vo zvýšenej miere (na základe štatistík) v učňovskej populácii.Vyplýva to jednak z nižšej náročnosti štúdia, čím sa otvára väčší časový priestor pre voľné aktivity, ktorý nie je vyplnený vhodnou činnosťou, jednak nižším intelektuálnym potenciálom, pre ktorý nie je možné realizovanie sebareflexie v širšom kontexte, ale hlavne zo zníženej sebaúcty a sebahodnotenia vyplývajúcej zo zaradenia v spoločnosti a následnej rezignácie na túto skutočnosť. Problematika závislostí u učňov je však zložitejšia a nedá sa jednoducho generalizovať, často je práve naopak individuálnymi príbehmi, odvíjajúcimi sa na podobných základoch ako v celkovej populácii.

Pre správny vývoj jedinca je dôležité v akom **prostredí** k nemu dochádza.Primárny článok spoločnosti tvorí **rodina**.Často sa za dôvod všetkých problémov súvisiacich s mladým človekom a teda aj problému s drogami uvádza na prvom mieste *dysfunkčná rodina*.Nie je tomu však vždy tak, ale je pravdou, že stojí za vznikom mnohých nepriaznivých individuálnych osudov.Mnoho závislých má vo svojej anamnéze *nespracovanú skúsenosť* s opustením alebo smrťou rodiča.V rodinách vidíme často traumatizujúce prvky: samovraždy, úmrtia, duševné choroby, rozvody, partnerské konflikty.Často sa v rodinných vzťahoch závislých objavuje nadmerne ochraňujúca matka a chladný, neprítomný otec.Chaotické a neprehľadné generačné vzťahy.Napr. dieťa radí rodičom v rozvodovej situácii.Extrémnym narušením generačných hraníc je *sexuálne zneužívanie* či *incest* .Nedostatočne alebo nadmerne vyjadrený hnev v rodinných kruhoch spôsobuje zvýšené napätie.Závislosť člena rodiny veľmi výrazne vplýva na neskorší rozvoj závislostí u ďalšieho člena.Može nastať aj paradoxná situácia, že závislosť sa stane prvkom, ktorý udržuje rodinnú rovnováhu a je preto “s tichým súhlasom” prehliadaná.Dieťa, ktoré trpí partnerským konfliktom svoje napätie ventiluje v parte užívaním drog a pokiaľ sa nestrácajú veci z domácnosti, je navonok všetko v poriadku.

Širšia spoločnosť vplýva pochopiteľne tiež na vývoj jedinca a aj tu sa objavujú faktory, ktoré môžu v konečnom dôsledku viesť k závislosti.Medzi ne patrí rozličná rasová príslušnosť, spoločenské zaradenie rodiny, úroveň sociálnej zaistenosti.Špecifický vplyv má typ prostredia, kde sa človek vyvíja.Iná situácia je na kludnej dedine ako vo veľkomeste, ktoré ponúka viacero pokušení a nástrah.Jednu z



najvýznamnejších rolí v procese sociálneho učenia zohráva už spomínaný kolektív vrstovníkov.

V komplexe faktorov vplývajúcich na rozvoj závislosti majú svoje významné postavenie aj samotné **účinky drogy**. Droga v prvom momente umožňuje získanie väčšej kontroly, moci nad sebou alebo druhými. Urýchľuje a *skvalitňuje vlastný vývoj*. Psychedelický (z gr. psyché- duša, delein- odhaľovať) účinok určitých drog (napr. LSD) je známy už z histórie, keď napr. šamani pri rituáloch používali tieto látky, aby sa dostali do stavu "vyššieho vedomia". Spiritualita a rituály sa s človekom spájali odjakživa, Je to jedna z potrieb, poznať zmysel života, odhaľovať, čo nás presahuje, ktorá keď nie je uspokojená vedie k vnútornému nepokoju a nenaplnenosti. Droga tiež *zbavuje nepríjemného stavu* a naopak *vyvoláva slasť*, príjemný stav a zintenzívňuje zmyslové zážitky.. Antidepressívne a anxiolytické pôsobenie alkoholu môžu poslúžiť ako príklad. Pomocou drogy sa človek jednoduchšie *integruje do spoločnosti*. A v neposlednom rade droga umožňuje viesť *asociálny život*, ktorý v podstate znižuje napätie nerešpektovaním spoločenských pravidiel, dovolením neprimeranej ventilácie najnižších pudov.

## 2.2 PREVENCIA DROGOVEJ ZÁVISLOSTI

Prevenca sa rozdeľuje na *primárnu, sekundárnu a terciárnu*. Predmetom **primárnej prevencie** je predchádzanie užitiu drogy u populácie, ktorá s ňou dosiaľ nie je v kontakte. Úlohou **sekundárnej prevencie** je predchádzať vzniku , rozvoji a pretrvávaniu závislosti u osôb, ktoré sú už užívaním drogy zasiahnutí. Sem spadajú včasná intervencia, poradenstvo a liečenie. **Terciárna prevencia** zabraňuje vážnemu poškodeniu zdravia a sociálnemu poškodeniu z užívania drogy. Patrí sem sociálna rehabilitácia, doliečovanie. Často sa sem radí aj tzv. *harm reduction* (znižovanie poškodenia), ku ktorej patrí program výmeny ihiel a striekačiek, distribúcia kondómov, ktorá je ale špecifická tým, že je orientovaná na závislých, ktorí nemajú záujem sa liečiť.

Primárna prevencia (ďalej PP) si kladie za cieľ, aby k poruche zdravia vôbec nedošlo. Definícia zdravia podľa WHO znie<sup>4</sup>: "Zdravie je stav telesnej, duševnej

a sociálnej pohody, nielen neprítomnosť choroby, alebo vady.“ Tým sa odlišuje od sekundárnej a terciárnej prevencie, ktoré už počítajú s faktom zdravotnej poruchy.

Východiskom je ovplyvňovanie protektívnych a rizikových faktorov na troch úrovniach systému závislosti vyplývajúceho z BPSS modelu. V popredí záujmu je **človek**, so svojimi osobnostnými rysmi, ktorý sa vyvíja v určitom **prostredí** tvorenom jednak rodinou, skupinou vrstovníkov a potom celou spoločnosťou s jej názormi a pohľadmi na drogovú problematiku a samozrejme samotná **droga** s jej účinkami a dostupnosťou. Existujú dve možnosti realizácie PP. Jednak **nešpecificky**, všeobecnou podporou zdravia, zameraním sa na voľnočasové aktivity atď. a potom **špecificky** s konkrétnym zameraním sa na drogovú problematiku. Základným mechanizmom je znižovanie *ponuky a dopytu po droge*. Znižovanie ponuky sa deje pomocou represívnych opatrení a spadá pod činnosť kriminalistiky, justície. Znižovanie dopytu je potom cieľom osvetovej činnosti. Dôležité je formovať drogové uvedomenie. Základom je *KAB model* (Knowledge, Attitude, Behaviour- poznatky, postoje, chovanie) majúci za cieľ nielen zabezpečiť kvantitu informácií, ale aj ovplyvňovať človeka pri výbere svojich postojov. *Denormalizácia* je odstraňovanie neutrálneho alebo pozitívneho pohľadu na drogy v spoločnosti.

Cieľovými oblasťami pôsobenia PP sú rodina, škola, prostredie mimoškolskej činnosti, trávenia voľného času. *Primárna cieľová skupina* je časť populácie, na ktorú sa chceme zamerať a *sekundárna (intermediárna) cieľová skupina* je taká, ktorá má veľký vplyv na konečnú cieľovú skupinu. To sú rodičia, učitelia, vychovávateľia a v neposlednom rade aj špeciálne školení vrstovníci. Programy PP sú organizované buď na úrovni *makroprostredia*, s cieľom zaujať čo najširšie vrstvy populácie (napr. billboardy na celom území krajiny), *mezoprostredia* (určitá lokalita, napr. mestská časť) tak hlavne na úrovni *mikroprostredia* (žiaci 9. tried základných škôl, študenti 1. ročníkov odborných učilíšť). Na tejto najnižšej úrovni je činnosť organizovaná formou prednášky, besedy, alebo komponovaného vystúpenia. Najvýznamnejšie miesto tu však zastupujú **peer (vrstovnícke) programy**. Jedná sa o aktivitu školených mladých ľudí, kde sa predpokladá účinok vyplývajúci z pozície veku, v ktorom sa prihovárajú cieľovej skupine. Pre účinok všetkým foriem PP je v prvom rade dôležité dlhodobé pôsobenie, naopak jednorázové akcie pôsobia skôr negatívne.

Pre cieľovú skupinu študentov navštevujúcich odborné učilište je vhodná väčšina foriem preventívnych akcií, avšak s veľmi rozdielnou účinnosťou. Prednášky

a besedy nespĺňajú dostatočne svoje ciele.Vypĺva to z povahy uĎňovského prostredia, intelektuálnych a osobnostných dispozícií a tiež z primárneho konceptu tejto formy, ktorý nie je veľmi úĎinný ani v ostatných skupinách populácie.Naopak veľmi zaujímavou a perspektívnou sa javí použitie klasických peer programov.Preniknúť do systému uĎňovských komunit sa najlepšie podarí mladým z ich radov.Nesmierne dôležité je aj ovplyvňovanie intermediárnej skupiny, to jest rodičov, učiteľov, majstrov na praktickej časti výuky, ľuďom zaangažovaným vo voľnočasových aktivitách, ako napr. športovým trénerom.Dôležité je aby hneď spoznali a odhalili prejavy prvých štádií závislosti a vedeli ako sa k tomu postaviť.**Varovné signály** vznikajúcej závislosti sú:

-*zmeny nálad*

-*zmeny v oblasti rodinných vzťahov* - vzdorovitosť, nedodržiavanie rodinných pravidiel, nárast konfliktov, izolovanosť

-*zmenený okruh priateľov*

-*strata motivácie* - záujmu o obor, koníčky, šport, všeobecná pasivita, strata iniciatívy;

-*nízka sebadôvera* - pocit beznádeje, hanby a viny,

-*klamstvá*

-*neskoré príchody a absencie*

-*zmena stravovacích návykov a spánkovej hygieny*

-*zmena zovňajšku, reĎového prejavu,*

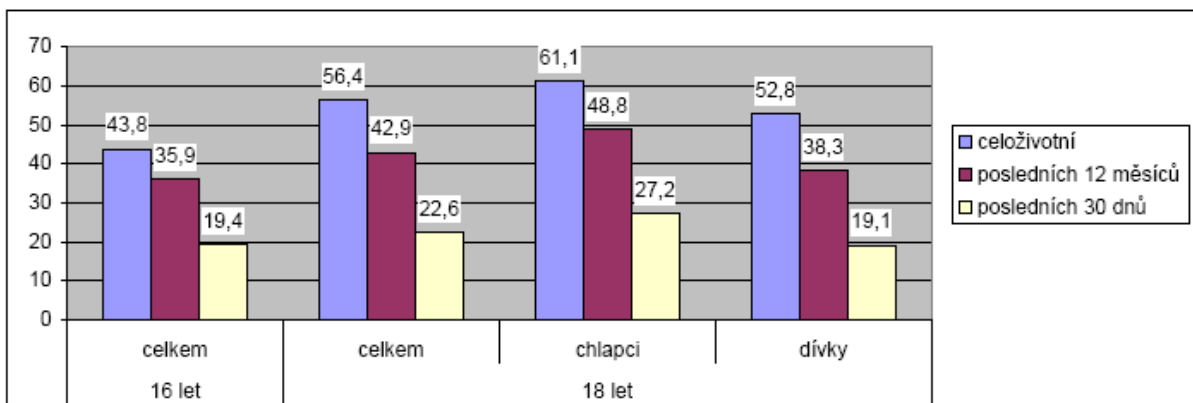
## 2.3 EPIDEMIOLOGICKÉ PRIESKUMY

1) Údaje z Výročnej správy o stave vo veciach drog v Českej republike v roku 2004:

**Európska školská štúdia o alkohole a iných drogách (ESPAD) - situácia medzi 18- roĎnými**

Do prieskumu sa v r. 2003 zapojilo celkom 3 388 študentov vo veku 17-18 rokov. Medzi študentami v tomto veku je takmer 32 % pravidelných (denných) fajčiarov a viac než 22 % pravidelných konzumentov alkoholu (Csémy et al. 2005). Ukázalo sa, že s užitím akejkoľvek nelegálnej drogy má celoživotnú skúsenosť 56,4 % 18ročných respondentov (61,1 % chlapcov a 52,8 % dievčat) oproti 44 % 16ročných (graf č.1) Vyššia prevalencia skúseností s nelegálnymi drogami v skupine 18ročných nie je prekvapujúcim zistením; naopak rovnaká úroveň prevalenčných hodnôt by upozorňovala na výrazný posun skúseností s drogami do nižších ročníkov stredných škôl.

Prevalence užití jakékoliv nelegální drogy - srovnání 16letých a 18letých studentů (celoživotní, v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech), v % (Csémy et al. 2005)



graf č.1

Najčastejšie užívanými nelegálnymi drogami sú konopné látky - v poslednom roku užilo marihuanu alebo hašiš 43 % dotázaných, v poslednom mesiaci 22 %. Jednorázovo užilo konopné látky v poslednom mesiaci 10 %, viac než 5krát potom 8,4 % 18ročných. Extázu v živote užilo 11,4 % (oproti 8,3 % 16ročných), LSD alebo iné halucinogény 9,2 % (oproti 5,6 %), pervitín 8,4 % (oproti 4,2 %). Rozdiely v skúsenostiach s heroínom alebo inými opiátmi medzi 16ročnými a 18ročnými nie sú významné. Varujúca je vysoká prevalencia súčasného užitia alkoholu a marihuany, a to aj v posledných 30 dňoch - viz tab.č.1.

Prevalence užívání návykových látek mezi 18 letými studenty (celoživotní, v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech), v % (Csémy et al. 2005)

Droga	Celoživotní	V posledních 12 měsících	V posledních 30 dnech
Konopné látky	56,2	43,0	22,3
Heroin, jiné opiáty	2,7	1,1	0,5
Pervitin, jiná stimulantia	8,4	5,4	2,7
Těkavé látky	6,4	2,0	0,6
Extáze	11,4	6,0	1,9
LSD, jiné halucinogeny	9,2	4,4	1,2
Sedativa, hypnotika	10,4	3,8	1,5
Alkohol a pilulky	13,9	5,0	1,5
Alkohol a marihuana	42,8	25,6	12,6

tab. č.1

### Medzinárodný projekt SAHA (Social and Health Assessment)

V r. 2004 boli poprvýkrát zverejnené výsledky českej časti medzinárodného projektu SAHA - Rizikové faktory školského, sociálneho a zdravotného vývoja mládeže. Hlavným realizátorom prieskumu v ČR na prelome r. 2003 a 2004 bol Psychologický ústav Akadémie vied ČR v Brne v spolupráci s Detskou psychiatrickou klinikou 2. LF UK v Prahe (Blatný et al. 2004). Celkom sa výzkumu účastnilo 4 876 študentov základných a stredných škôl v troch vekových skupinách - 12, 14 a 16 rokov. Výzkum bol prevedený len v krajských miestach ČR, pričom 42,5 % respondentov bolo z Prahy - nejedná sa teda o reprezentatívny prieskum na celorepublikovej úrovni. Prieskum umožňuje porovnať rozsah skúseností s užitím návykových látok a postoje k nim medzi menovanými skupinami - viz tab.č.2

Celoživotní prevalence užívání návykových látek u 12, 14 a 16letých, v % (Blatný et al. 2004)

Prevalence podle druhu drogy	12 let (N = 1 447)		14 let (N = 1 526)		16 let (N = 1 903)	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Celoživotní						
Pivo	56	38	73	61	93	79
Víno	62	53	80	81	91	91
Destiláty	43	31	71	63	90	88
Cigarety	56	54	70	71	80	82
Marihuana	12	10	34	28	58	52
Extáze	4	1	2	3	8	6
Lysohlávky	3	1	4	3	12	7
Rozpouštědla	8	5	4	5	4	3
<b>V posledních 30 dnech</b>						
Alkohol (5 a více sklenic, 3 a vícekrát)	3	1	9	6	34	18
Marihuana	8	6	17	16	34	27

tab.č.2

2) Údaje z **Prieskumu vybraných rizikových faktorov vzniku drogovej závislosti a postojov mladých ľudí k nelegálnym drogám na stredných školách a SOU v Petržalke:**

Z tab.č.3 vidíme, že z celého súboru (559) študentov stredoškóáci (SŠ) predstavujú početnejšiu časť (58,1%) ako učňovská mládež (SOU) (41,8%).Napriek tomu môžeme pozorovať, že **skúsenosť s drogou je u učňov väčšia** a naopak v skupine respondentov, ktorí drogu neužili je viac stredoškóakov ako učňov.Zo skúmaného súboru cca ¼ respondentov uviedla experiment s nelegálnou drogou.Je možné, že niektorí respondenti na otázku neodpovedali pravdivo a mali tendenciu zamlčať skúsenosť s drogou, vzhľadom na skutočnosť, že ide o jav spoločensky neakceptovaný, nelegálny a to mohlo vyvolať nepríjemné pocity alebo strach.V takom prípade môžeme predpokladať, že reálny počet experimentujúcich s nelegálnou drogou je vyšší.

	SŠ	%	SOU	%
Vyskúšali drogu	63	11,2	82	14,6
Nevyskúšali drogu	261	46,6	151	27,1
Neodpovedali	1		1	
Spolu	325	58,1	234	41,8

tab.č.3

## 3 ROZBOR KAZUISTÍK

Pre zachovanie anonymity, v rámci dodržania **zákona č.525/2004 Sb o ochraně osobních údajů** platného na území České republiky sú v nasledujúcom texte uvádzané len zmenené krstné mená osôb a nič, čo by bolo v rozpore so znením tohto zákona.

### 3.1 KAZUISTIKA Č.1

**Radim** má 34 rokov, je vyučený nástrojár, rozvedený, má dve deti, dvoch synov vo veku 11 a 13 rokov.Má vytvorenú kombinovanú závislosť na pervitíne a alkohole. Druhý rok abstínuje.Má 3-ročnú podmienku za krádež.Býva v podnájme v mestskom byte a pracuje v doliečovacom centre, kde si zároveň odpracováva aj verejnoprospešné práce.

Radim pochádza z kompletnej rodiny.Má oboch rodičov a staršieho brata.Jeho otec má 63 rokov, je to vyučený zámočník.Svojmu remeslu sa venoval len pár rokov, potom dlhé roky prakticky až do dôchodku pracoval väčšinou ako skladník.Je to introvertný typ, rázny, vládnucci rodine pevnou rukou, ktorý sa prejavoval v rodinných vzťahoch chladne ako vo vzťahu k manželke, tak aj k Radimovi.Zvýšenú pozornosť venoval len staršiemu synovi, do ktorého vkladal všetky nádeje.Vo svojom živote mal jedného času problémy s alkoholom, ale nikdy nebol na liečení a toto obdobie postupne prešlo.Bolo to v dobe vážnejšej partnerskej krízy, ktorá hrozila rozvodom, keď mal Radim 11 rokov.Matka má 61 rokov, celý život pracovala ako predavačka.Je úplným opakom otca, láskyplná, venuje všetkú pozornosť deťom a Radimovi sa zdá, že dokonca viac jemu.Všetko povoľuje, prehliada drobné prehrešky a odpúšťa bez príslušného potrestania.Radimov brat je o 3 roky starší, vyštudoval strednú priemyselnú školu elektrotechnickú, pracuje pre súkromnú firmu, ktorá zavádza internet, má vlastnú rodinu, jednu 15 ročnú dcéru.Bol vždy cieľavedomý a spíňal otcove predstavy.

Detstvo Radim prežil zväčša v opatere matky a určitú časť u starej mamy. Nespomína si na žiadne vážne okamihy okrem ťažkého obdobia počas manželskej krízy, keď mal 11 rokov. Vždy však pociťoval nezáujem z otcovej strany a naopak jeho pozitívny vzťah k jeho bratovi. Cítil sa menejcenný. Na základnej škole jeho výsledky boli mierne podpriemerné. Na strednú školu sa preto neodvážil. Nastupuje teda na odborné učilište. Radimova drogová kariéra má počiatky práve v tomto období. Začína popíjať alkohol v kruhu svojich priateľov, väčšinou spolužiakov z učilišťa, keď sa často po škole zastavujú na "jedno" pivo v krčme. Postupne sa množstvo skonzumovaného alkoholu a čas strávený v krčme zväčšuje, k tomu sa pridáva experimentovanie s marihuanou, ktorá je "in" a dostáva sa cez jeho kamarátov z party k nemu. Dochádza k menším prehreškom voči školskej disciplíne. Prichádzajú prvé absencie, konflikty s učiteľmi. Postupne sa vyhrocujú vzťahy medzi ním a otcom, matka nečinne prizerá. Problémy s alkoholom naberajú nekontrolované rozmery. Uvedomuje si to aj Radim. Marihuanu považuje a používa ako "liek" na vykúpenie z alkoholického jarma. Nie je ju však dostať počas celého roka a tak ostáva pri alkohole. Na jednej "párty" asi v 18 rokoch mu jeden kamarát dá vypiť flaštičku solutanu (prekursor pervitínu). Je to pre neho nový zážitok, ale je mu z toho napokon veľmi špatne a "zaprisahá sa", že nič podobné už v živote nevezme. V škole má neustále problémy. Absencie, zlý prospech, problémy s disciplínou. Napokon však učilište dokončí, s trojkou zo správania a pod hrozbou vylúčenia. V 19 rokoch sa musí ženiť, kvôli dieťaťu. Začína pracovať ako barman. Tam samozrejme pokračuje a ďalej sa rozvíja jeho vzťah k alkoholu. V podniku, ktorom pracuje mu šéf začína ponúkať pervitín. Dlhú dobu odmieta z dôvodu svojho zlého zážitku až si napokon raz "šňupne" asi v 23 rokoch. Začne brať a postupne sa rozpadá jeho manželstvo, čo končí rozvodom v 26 rokoch. S novou 16 ročnou priateľkou sa oddáva tvrdým drogám. Postupne vyskúša heroin, ketamín, exstázu, LSD, benzodiazepíny. Najskôr mu stačí príjem z práce, neskôr už nie je schopný pracovať, ale dostáva relatívne vysokú nemocenskú kvôli hepatitíde C, ktorú získa kontaminovanou ihlou, pri aplikácii drogy. Postupne to však nestačí a začínajú krádeže. Dostáva podmienku. Uvedomuje si vážnosť situácie, v ktorej sa nachádza síce počas celého obdobia závislosti, ale až pod hrozbou kriminálu sa odhodlá nastúpiť na odvykaciu liečbu. Po roku nastáva relaps, na liečbu sa vracia opäť v 32 rokoch.



## 3.2 KAZUISTIKA Č.2

**Jana** má 23 rokov, odevné učilište neskončila, lieči sa od závislosti na heroíne a pervitíne. Plynie jej 5-ročná podmienka za krádeže. Momentálne je v doliečovacom centre. Upratuje v jednom penzióne a popri tom sa stará o jeho majiteľku.

Má len matku a o 2 roky mladšiu sestru. Otec jej zahynul pri autohavárii, keď mala 6 rokov. Matka má 44 rokov. Pracuje ako pánska krajčírka Bola sama na výchovu dvoch detí po tragickej nehode jej manžela. Snažila sa však najlepšie ako mohla vychovávať svoje deti, bola starostlivá a zahrňovala obe veľkou láskou, ale vzhľadom k nutnosti zarábať peniaze, bola často donútená venovať sa práci i navyše, čím sa pochopiteľne zkracoval čas pre deti. Pár krát sa dokonca stalo, že ani nevedela, kde a ako práve Jana trávi čas. Finančná situácia rodiny stačila zabezpečiť iba základné potreby. Túto skutočnosť si Jana začína uvedomovať hlavne v období dospievania, keď sa dostane na učilište. Vidí rozdiely v porovnaní s rovesníčkami. Dievčatá nosia do školy často nové oblečenie, rozprávajú o zážitkoch z rôznych akcií (divadla, koncertov). Nič z toho si Jana nemôže dovoliť. Napriek tomu sa chce spolužiačkam akokoľvek vyrovnáť. Často strieda priateľov. Necháva si nimi platiť alkohol na zábavách. V 16 rokoch prvýkrát skúsi fajčiť marihuanu. Cíti príjemné stavy, uvoľnenie. V tomto období sa aj prvýkrát vážne zamiluje. Polročný vzťah s Romanom sa však končí potom ako zistí, že ju už dva mesiace podvádza s jej spolužiačkou. Jana je nesmierne sklamaná a nešťastná z rozchodu. Jej matka sa jej snaží pomôcť a ponúkne jej Diazepam, ktorý užíva sama na predpis. Jana pokračuje vo svojom nespútanom živote, strieda ďalej priateľov, pije alkohol a do toho fajčí marihuanu. Výsledky v škole sa zhoršujú, ale stále to ešte ako tak ide. Keď má 17 rokov stane sa tragická udalosť. Jedna z jej dobrých kamarátiek zo strednej školy, s ktorou sa pozná od detstva, spácha samovraždu. S týmto sa nesmierne ťažko vyrovnáva a uteká pred problémami v experimentovaní s tvrdými drogami. V podstate okamžite začína intravenózne užívať najskôr pervitín, potom heroín. Dostáva sa na ulicu. Zo školy ju vyhodili. Peniaze získava z trestnej činnosti. Krádeže napr. alkohol v potravinách. To však nestačí a vypomáha si prostitúciou. Nie je v kontakte ani s matkou ani sestrou, ktorá ju navyše odsudzuje a ignoruje. Dostáva 5-ročnú podmienku a súd navrhuje ústavnú liečbu, s ktorou napokon súhlasí.

### 3.3 VÝSLEDKY

Príbeh Radima je príkladom citlivého jedinca, ktorý sa ocitá v navonok fungujúcej rodine, ale v podstate klasickom *nevhodnom modele*, kde v popredí stojí emočne chladný otec, bez záujmu a na druhej strane je matka, protipól otca, s prehnaným emočným pôsobením, bez stanovenia hraníc. Radim nadobúda *nízke sebahodnotenie*, čo je spôsobené porovnávaním sa s bratom a podporené otcovou náklonnosťou k nemu. Takto mierne *narušený vývoj vlastnej identity* rezultuje v *zvýšenej vulnerabilite* k pôsobeniu ďalších faktorov, ktoré sa objavujú po nástupe na učilište. *Pôsobenie "party"*, s ktorou sa Radim identifikuje a nachádza v nej svoje nevyzreté Ja, postupne vedie k vytváraniu návyku na alkohol, ktorý sa stáva neovládateľný a spôsobuje vážne problémy v sociálnom fungovaní. *Náklonnosť k alkoholu* mohla byť ovplyvnená práve chovaním otca v čase rodinnej krízy ako *naučený vzorec* z tohto obdobia. Neskôr jeho neschopnosť povedať nie pervitínu i napriek negatívnej skúsenosti z minulosti, čo pramení z nedostatočne vybudovanej hierarchie hodnôt a tiež nízkej sebaúcty, ako prejavov nedokonalého vývoja, spustí kolotoč závislosti so všetkým, čo z toho vyplýva. Rozpad partnerského vzťahu a nakoniec hroziaci kriminál.

Do života Jany vryl významne svoju pečať osud. *Nespracovaná tragická udalosť z detstva*, smrť otca, ju poznačí na celý život. *Matka* je síce starostlivá, ale *nemôže suplovať úlohu otca* vo výchove. V snahe o zabezpečenie rodiny sa k tomu pridáva ešte *nie vždy dostatok času pre deti*. Sem tam uniká pozornosť, ako a s kým Jana vôbec trávi voľný čas. V období dospievania na Janu silne pôsobí jej *sociálny status v konfrontácii* so svojimi rovesníkami z učilišťa. Objavujú sa podobne ako v prípade Radima prvky *zníženého sebahodnotenia a sebaúcty*. Využíva akýkoľvek možný spôsob ako sa vyrovnáť spolužiackam a stať sa pre ne zaujímavou. To sa prejaví hlavne promiskuitou. Nešťastná láska potom trestá Janine vnútorné Ja. Užívanie alkoholu a hlavne marihuany na ňu vplýva upokojujúco, do čoho sa pridáva nešťastná reakcia matky s ponúknutím benzodiazepínu, čím sa *fixuje pozitívne tlmivo pôsobiaci účinok drogy*. Zhoršujú sa výsledky v škole, ale situácia nie je ešte kritická. Do tohto však opäť kruto zasahuje osud, samovraždou jej blízkej kamarátky. Znovu sa *vynorí nespracovaný tragický zážitok z detstva* a prejavuje sa konflikt medzi týmto zážitkom a proti nemu nedostatočne pôsobiaciou

psychologickou obranou, ktorá ho má potlačiť do nevedomia. Jana nezvláda túto situáciu a rieši ju útekou k drogám, kde sa snaží nájsť stratenú rovnovahu a pozitívny zážitok s tlmivým účinkom ju v tom len posilňuje. Rozvíja sa bludný kruh závislosti, čo nutne prináša fenomény ako trestná činnosť, prostitúcia.

## 4 DISKUSIA

Obidva popísané prípady vývoja závislosti u študentov učilíšť sú svojím spôsobom zaujímavé z viacerých pohľadov. Na jednej strane jedinečnosť príbehov vyplýva z konkrétnych životných osudov ľudí, ktorí sa ocitli vo víre špecifických udalostí. Na druhej strane potom stoja typické momenty a javy, ktoré vyplývajú z klasických procesov odohrávajúcich sa v človeku v jeho interakcii s prostredím a podnetmi a sú podložené teoretickými znalosťami

Konfrontácia kazuistík s teoretickými podkladmi ukazuje skutočne na pôsobenie definovaných faktorov v priebehu prvých štádií vývoja drogovej závislosti u týchto dvoch študentov navštevujúcich odborné učilište. Obe stanovené hypotézy sa určitým spôsobom prejavili vo vývoji závislosti u týchto dvoch učňov. *Pôsobenie komunity* je evidentné v príbehu Radima. Vzťah k alkoholu sa začína vyvíjať na základe spoločných posedení v krčme po škole, ktoré sa považuje za úplne samozrejmé a postupné narastanie času stráveného s alkoholom nikomu neprichádza zvláštne a v prípade, žeby sa niekto z komunity ozval proti, bol by s veľkou pravdepodobnosťou označený za nežiadúceho a v konečnom dôsledku vylúčený z "party". U Jany zohráva komunita spolužiačiek nepriamu úlohu. Snaha vyrovnať sa spolužiačkam okrem iného ju postupne privedie aj k vyskúšaniu drog. *Znížené sebahodnotenie* a z toho vyplývajúca znížená sebaúcta sa prejavuje u oboch jedincov. Radimov príbeh je spojený s neustálym pocitom nedostatočnosti v porovnaní so svojim bratom, ktorý v ňom vyvoláva otec jednostranným pozitívnym vzťahom k jeho bratovi. U Jany je nízke sebahodnotenie spôsobené uvedomovaním si sociálnej situácie rodiny. Na základe toho sa nemôže v tomto krehkom vývojovom období u oboch prípadov vytvoriť správny hodnotový rebríček a úcta k sebe a k vlastnému telu. Z toho pramení zvýšené riziko užívania drog.

Na podklade výsledkov hodnotenia týchto príbehov sa vynára mnoho otázok z oblasti možností predchádzania takýmto nepriaznivým osudom ovplyvnených drogou. Možnosti prevencie spomenuté v teoretickej časti práce majú na každom stupni zastúpenie konkrétnymi pracoviskami a projektami, ktoré fungujú vo vzájomnej kooperácii. Primárna prevencia je organizovaná formou informačných akcií, alebo formou poradenských aktivít väčšiny pracovísk zakomponovaných v terapii drogových závislostí. Sekundárna prevencia je zastúpená ambulantnými (denné stacionáre) alebo rezidenčnými (komunity) pracoviskami, ktoré majú za cieľ včasne intervenovať a priviesť k abstinencii. Terciárna sféra je potom zameraná na znižovanie zdravotných rizík, vyplývajúcich z dlhodobého užívania a postupnú resocializáciu. Sem patria doliečovacie a resocializačné zariadenia. Špeciálne miesto v preventívnych opatreniach majú terénne programy zamerané na tzv. harm reduction (zníženie zdravotného poškodenia) určené pre závislých, ktorí nemajú záujem sa liečiť.

## 5 ZÁVER

Problém drogovej závislosti a to nielen u študentov odborných učilíšť je zložitým fenoménom, ktorého sociálne, zdravotnícke a iné dopady zaťažujú spoločnosť. Jeho riešením v praxi sa zaoberajú mnohé inštitúcie, organizácie a pracoviská. Rozboru problému na teoretickej úrovni sa venuje veľa odborníkov z viacerých oborov a k dispozícii je vypracovaných mnoho prác a publikácií. Cieľom tejto práce preto bolo priblíženie problematiky drogovej závislosti u učňov spôsobom názornejším a konkrétnejším a to predstavením dvoch prípadov závislých. Výsledky hodnotenia týchto kazuistík v konfrontácii s teoretickými znalosťami ukázali na skutočný vplyv zadaných faktorov a závery sa dajú čiastočne určitým spôsobom generalizovať na celú populáciu učňov. Tieto skutočnosti poukazujú na jednoznačne pozitívny prínos možných preventívnych opatrení, ktoré sa môžu v budúcnosti aplikovať v učňovskej populácii. Najvhodnejším spôsobom primárnej prevencie budú určite peer programy, pri ktorých by sa školení uční snažili preniknúť do učňovských komunít a korigovať tak rizikové správanie a určite povzbudzovať pozitívne sebahodnotenie možnosťami neskoršieho uplatnenia.

## **Citácie:**

- <sup>1</sup> “Syndróm závislosti...“ Strana 9, časť 2.1.1 NEUROBIOLÓGIA DROGOVEJ ZÁVISLOSTI  
citované z: PSYCHIATRIE, Editoři: Cyril Höschl, Jan Libiger, Jaromír Švestka, Tígis, spol s.r.o 2002  
strana 559, kapitola 17 Návykové nemoci, podkapitola 17.1. Duševní poruchy a poruchy chování  
vyvolané účinkem psychoaktivních látek, podkapitola 17.1.4 Syndrom závislosti, autor Karel Nešpor
- <sup>2</sup> “Popri tendenciách...“ Strana 14, časť 2.1.2 PSYCHOSOCIÁLNE ASPEKTY VZNIKU A ROZVOJA ZÁVISLOSTI  
citované z: PEDIATRIA, zostavovatelia M.Šašinka, T.Šagát, Satus s.r.o Košice 1998  
strana 76, kapitola 1 Všeobecná pediatria, podkapitola 1.3.4 Neuropsychické a psychosociálne zmeny, časť 1.3.4.2. Psychosociálne vzťahy, autor M.Šašinka
- <sup>3</sup> “Kodependencia je poruchou...“ Strana 15, časť 2.1.2 PSYCHOSOCIÁLNE ASPEKTY VZNIKU A ROZVOJA ZÁVISLOSTI  
citované z monografie: Drogy a drogové závislosti, Mezioborový přístup, Kamil Kalina a kolektiv  
Úřad vlády České republiky, 2003, 1.vydání  
strana 109, kapitola 2 Bio-psycho-sociální model, podkapitola 2/3 Psychopatologie závislosti  
a kodependence, autor Stanislav Kudrle
- <sup>4</sup> “Zdravie je stav telesne...“ Strana 17, časť 2.2 PREVENCIA DROGOVEJ ZÁVISLOSTI  
citovaná definícia zdravia podľa WHO

### **Literatúra:**

- 1) DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI, Mezioborový prístup, Kamil Kalina a kolektiv, 1.vydání, vydavateľ Úřad vlády České republiky, rok vydania 2003,
- 2) PSYCHIATRIE, Editoři:Cyril Höschl, Jan Libiger, Jaromír Švestka, vydavateľ Tigis, spol s.r.o, rok vydania 2002
- 3) PEDIATRIA, zostavovatelia M.Šašinka,T.Šagát , vydavateľ Satus s.r.o Košice, rok vydania 1998
- 4) ALKOHOL,DROGY A OSOBNOSŤ,vydavateľ Asklepios, vydané Bratislava 2001

### **Ostatné materiály**

- 5) PREVENTÍVNE PROGRAMY PRE III.TISÍCROČIE, I.Primárna prevencia sociálno-patologických javov s akcentom na drogovú závislosť na Slovensku, Okresné centrum výchovnej a psychologickéj prevencie Bratislava V – Petržalka, 21.-22. máj 1998
- 6) VÝROČNÍ ZPRÁVA O STAVU VE VĚCECH DROG V ČESKÉ REPUBLICE V ROCE 2004, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti odbor pro koordinaci protidrogové politiky,úřad Vlády České republiky, Praha září 2005
- 7) ČISTÝ DEŇ, periodikum (štvrtročník), vydavateľ Čistý deň, n.o. , Galanta, SR
- 8) internetové stránky: <http://www.drogy-info.cz/>  
<http://www.sananim.cz/>  
<http://www.dropin.cz/>

