



ZÁVISLOSŤ

príručka pre odbornú verejnosť



ODBORNÝ LIEČEBNÝ ÚSTAV PSYCHIATRICKÝ, n. o.
PREDNÁ HORA

Obsah

Definícia a rozdelenie závislostí, prevencia závislostí	4
Rozdelenie závislostí podľa vyvolávajúcich príčin:	4
Rozdelenie závislostí podľa typu psychoaktívnej látky:.....	4
Rozdelenie podľa spôsobu konzumácie návykovej látky:	4
Látkové závislosti – definícia, liečba látkových závislostí	5
Liečba látkových závislostí (Kolibáš, Novotný)	6
Fázy terapie	6
1. Farmakoterapia alkoholizmu:.....	7
2. Nefarmakologická liečba	8
Dizajnérske drogy	8
1. Syntetické kanabinoidy	9
2. Syntetické katinóny.....	9
3. Fenyletylamíny.....	10
4. Tryptamíny	10
5. Piperazíny	10
6. Látky rastlinného pôvodu.....	10
Laboratórna diagnostika markerov látkových závislostí.....	11
Nelátkové závislosti	14
Patologické hráčstvo	14
Liečba patologického hráčstva	15
Niektoré ďalšie, tzv. „novodobé nelátkové závislosti“	16
1. PC hry , video hry, online virtuálny svet	16
2. Nadmerné používanie internetu („patologické používanie internetu“ PPI).....	16
3. Oniománia („chorobné nakupovanie“)	17
4. Workaholizmus („závislosť na práci“).....	17
Liečba novodobých nelátkových závislostí	19
Doliečovanie – následná starostlivosť a sociálna rehabilitácia ..	19
Následná starostlivosť a doliečovanie	19
Ciele následnej starostlivosti a doliečovacích programov	20
Efektívnosť následnej starostlivosti a doliečovania	20
Cieľová skupina a indikácia.....	21
Indikácia do doliečovacích programov	21
Typy služieb následnej starostlivosti na doliečovacích programov.....	21
Prax doliečovania na Slovensku	24
Postup pri záujme o ústavnú liečbu v OLÚP, n. o. Predná Hora ..	24

Definícia a rozdelenie závislostí, prevencia závislostí

Závislosť od psychoaktívnych látok je psychická porucha, ktorá sa prejavuje silnou túžbou po psychoaktívnej látke, opakovaným užívaním tejto látky a ďalšími pridruženými znakmi (Kolibáš, Novotný).

Rozdelenie (klasifikácia) závislostí:

Závislosti rozdeľujeme podľa príčin ich vzniku, alebo podľa typu psychoaktívnej látky.

ROZDELENIE ZÁVISLOSTÍ PODĽA VYVOLÁVAJÚCICH PRÍČIN:

Primárny typ závislosti, pri ktorom je návyková látka od začiatku užívaná pre príjemné účinky.

Sekundárny typ závislosti – kde návyková látka je na začiatku užívaná ako liek pre zmiernenie ťažkostí (nespavosti, psychického napätia, úzkosti, bolesti) neskôr sa stane drogou. Obvykle vzniká u dobre integrovaných ľudí stredného, až vyššieho veku.

ROZDELENIE ZÁVISLOSTÍ PODĽA TYPU PSYCHOAKTÍVNEJ LÁTKY:

- závislosť od alkoholu
- závislosť od opioidov
- závislosť od kanabinoïdov
- závislosť od sedatív a hypnotík
- závislosť od kokaínu
- závislosť od iných psychostimulancií
- závislosť od halucinogénov
- závislosť od nikotínu
- závislosť od prchavých látok a od iných návykových látok, atypické a kombinované závislosti.

ROZDELENIE PODĽA SPÔSOBU KONZUMÁCIE NÁVYKOVEJ LÁTKY:

Akútna intoxikácia ako prechodný stav po užití látky, vedúci k poruchám vedomia, poznávania, vnímania, emotivity alebo chovania, alebo iných psychofyziologických funkcií a reakcií.

Škodlivé užívanie už poškodzuje telesné alebo duševné zdravie (napr. pitie pacienta s hepatitídou, pitie vyvolávajúce následné epizódy depresie).

Syndróm závislosti (F10.2 pre alkohol) zahrňuje skupinu fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, kde užívanie nejakej látky je daným jedincom oveľa viac uprednostňované, než akékoľvek konanie, ktoré si predtým cenil. Kritériom pre túto diagnózu je výskyt aspoň troch z nasledujúcich príznakov v priebehu posledného roka:

- silná túžba alebo nutkavosť užívať látku
- ťažkosti s kontrolovaným užívaním látky
- telesný odvykací stav, ak je látka užívaná na zmiernenie jeho príznakov
- rastúca tolerancia dávok
- postupné zanedbávanie iných záujmov
- pokračovanie užívania napriek jasnému dôkazu o zjavne škodlivých dôsledkoch.

Odvykací stav (syndróm odňatia návykovej látky, abstinenčný syndróm) tvorí kombinácia príznakov, ktoré sa objavujú pri úplnom, alebo čiastočnom vysadení látky, ktorá bola opakovane a obvyčajne dlhodobo užívaná.

Pri **prevencii** závislosti prostredníctvom zapojenia príbuzných je treba **odtabuizovať recidívu**, včas rozpoznať a spoločne **zvládať rizikové situácie, či recidívu**.

Závislého možno cielene podporovať v abstinencii vtedy, ak životný partner dokáže v pravý čas rozpoznať individuálne, relevantne rizikové situácie pre recidívu.

Látkové závislosti – definícia, liečba látkových závislostí

Každé užitie psychoaktívnej látky v dávke, ktorá vyvoláva zmeny psychických a telesných funkcií sa označuje ako **intoxikácia**. **Závislosť od psychoaktívnych látok** je psychická porucha. V popredí je craving, silná túžba po dávke.

Príznaky závislosti

Podľa Kolibáša a Novotného, je závislosť od psychoaktívnych látok charakterizovaná skupinou telesných príznakov a zmenami správania sa:

- 1) Základným príznakom je túžba po alkohole/droge, ktorá subjektívne býva prežívaná ako nutkanie užiť drogu. Dokáže ovládať myslenie postihnutého, môže byť veľmi silná, býva jedným z najťažšie ovplyvniteľných príznakov závislosti.
- 2) Zmena tolerancie vzniká v priebehu opakovaného užívania návykovej látky. K dosiahnutiu žiaducich účinkov potrebuje závislý užívať stále vyššie dávky.
- 3) Abstinenčné príznaky sú subjektívne neprijemné a niekedy aj nebezpečné zmeny psychických a telesných funkcií po vynechaní návykovej látky. Typ, intenzita, dynamika abstinenčných príznakov sú pri rôznych drogách rozdielne.
- 4) Zmiernenie až ústup abstinenčných príznakov dosiahne závislý užitím návykovej látky.

5) V myslení závislých dominuje problematika alkoholu/drog -závislý sa stále zaobrá tým, ako získať návykovú látku, značný čas trávi hľadaním prostriedkov na jej zakúpenie a jej užívanie. Strácajú sa iné záujmy a pôžitky, rúcajú sa životné plány a perspektívy, závislý stráca priateľov, partnera (výrazne sa znižuje záujem o sexuálny život a znižuje sa potencia).

Napriek evidentným negatívnym následkom závislý pokračuje v užívaní návykovej látky, ktorá sa stáva zdrojom najcennejších zážitkov, preceňujú sa subjektívne príjemné účinky, skotomizujú sa negatívne dôsledky. Závislí si obvykle uvedomujú poruchu kontroly užívania drogy (Alkoholik vie, že ľahšie je nepiť, ako piť kontrolovane, s mierou. Pervitinista nedokáže „šetriť“ heroín, ak sa dostane k väčšiemu množstvu.). Vytvoril sa vlastne chorobne zmenený vzťah k droge, závislosť, ktorá trvá po celý život.

LIEČBA LÁTKOVÝCH ZÁVISLOSTÍ (KOLIBÁŠ, NOVOTNÝ)

Neexistuje zatiaľ žiadna kauzálna liečba závislosti, ochorenie má multikondicionálnu genézu (Feuerlein). Liečba musí byť komplexná:

- kompenzovať telesné a psychické poruchy v dôsledku dlhodobého pitia/drogovania
- zmeniť postoj pacienta voči alkoholu/drogám
- zvýšiť afektívnu a frustračnú toleranciu pacienta, ako možné dôvody relapsu
- zlepšiť sociálnu a profesionálnu integráciu, vybudovať nové (ak boli zničené) personálne väzby
- reštituovať pôvodne autonómnu osobnosť s ucelenou hierarchiou hodnôt.

Všetkým týmto cieľom má byť nadradený cieľ trvalej abstinencie. Pre názor, že 5 až 10% závislých je po liečbe schopných kontrolovane piť, neexistuje žiaden hodnoverný ukazovateľ. Ponúknuť tento cieľ závislému je rizikom pre možnú progresiu ochorenia.

Trvalá abstinencia nie je konečným cieľom liečby závislosti. Je však nevyhnutným a dôležitým prostriedkom k dosiahnutiu životných cieľov závislého jedinca a to aj zmenou jeho životného štýlu.

FÁZY TERAPIE

1. **Kontaktná fáza:** ozrejmuje sa diagnóza závislosti a prípadných komplikácií a sociálna situácia pacienta. To predurčuje motiváciu pacienta k liečbe a možnosti terapeuta. Pacient sa musí stotožniť s tým, že liečba je potrebná a bude si vyžadovať dlhodobú a dôslednú abstinenciu.
2. **Detoxikačná fáza:** si v prvých dňoch až týždňoch neraz vyžaduje liekmi zvládnuť abstinenné príznaky a pridružené komplikácie, prípadne až konziliárne vyšetrenia.

3. **Odvykacia fáza** trvá týždne, až mesiace, je treba vytvoriť nové behaviorálne reakcie voči návykovej látke, podávajú sa farmaká s averzívnymi účinkami, alebo substitučná liečba. Popri individuálnej a skupinovej psychoterapie je potrebná aj socioterapia a psychoterapia s príbuznými.
4. **Rehabilitačná fáza** má rehabilitovať pacienta vo všetkých jeho pôvodných funkciách, resocializovať ho.

1. FARMAKOTERAPIA ALKOHOLIZMU:

- Farmaká znižujúce túžbu po alkohole. Najúčinnnejšie sú serotoninerčné látky - inhibítory spätného vychytávania serotonínu (SSRI), antidepresívne pôsobiace látky, ktoré nepotencujú tlmivý efekt alkoholu. Výhodou je potlačenie depresívnej symptomatiky, ktorá je u alkoholikov častá. (Kolibáš, Novotný).
- Znížiť až potlačiť craving pomáha akamprosát (acetylhomotaurinát), druhou skupinou sú lieky obsahujúce účinnú látku naltrexon, antagonistu opioidných receptorov, ktorý je použiteľný vďaka čiastočne skríženej tolerancii medzi alkoholom a opioidmi.
- Farmaká s averzívnymi účinkami, vyvolávajú nepríjemné telesné prejavy pri súčasnom podávaní malých dd. alkoholu (apomorfín, emetin). Sem patria aj tzv. senzitivizujúce látky, vyvolávajúce v spojitosti s alkoholom nepríjemné prejavy (Antabus, Entizol).
- Farmaká zmierňujúce abstinénčné príznaky. Najvhodnejšie sú benzodiazepínové anxiolytiká (diazepam).
- Farmaká pre liečbu psychiatrických komplikácií alkoholizmu, ako širokospektrálne neuroleptiká, antidepresíva.

Podľa Nešpora sa medikamentózna liečba pri liečbe závislosti uplatňuje najmä v nasledujúcich situáciách:

- liečba odvykacích syndrómov
- liečba alkoholických alebo toxických psychóz.

Farmaká zaraďuje Nešpor z pohľadu ich uplatnenia do nasledujúcich skupín:

- **Senzitivizujúce preparáty** zhoršujú znášanlivosť návykovej látky. Najčastejšie používaným preparátom tejto skupiny pri liečbe alkoholizmu je disulfiram (Antabus). Zmyslom podávania disulfiramu je zablokovať automatické vzorce správania vo vzťahu k alkoholu a uľahčiť vytvorenie nových návykov. Kontraindikáciami k liečbe sú vysoký krvný tlak, epilepsia, cukrovka, vredová choroba gastroduodena, ťažké poruchy pečene a obličiek, srdcové ochorenia, gravidita a laktácia.
- **Antagonisty opioidných látok**, kam patrí naltrexon, ktorý pôsobí podstatne dlhšie ako naloxon a okrem toho výhodou je jeho podávanie per os. Naltrexon zmierňuje prahuntie po alkohole.

- **Anticravingové lieky** znižujú túžbu po návykovej látke. Patrí sem najmä acamprosát (Campral) zmiernujúci craving po alkohole. Nemá sa podávať chorým s ťažkým poškodením pečene a obličkovým zlyhávaním, ako ani precitlivelým na tento preparát.

Novým liekom zameraným na zvládanie problémového pitia je na slovenskej scéne selincro (Nalmefen tbl.), určený na redukciu dávok alkoholu. Cieľovou skupinou na liečbu sú z nášho pohľadu skôr jedinci, ktorí majú sklony v určitých situáciách (napr. spoločenské podujatia, rokovania...) piť viac, ako je v danej situácii únosné. Liek má obmedziť/zredukovať množstvo vypitého alkoholu. V kombinácii s alkoholom nevyvoláva nevoľnosť, ale **pitie už neprináša očakávaný pôžitok** a tak po prvom poháriku nemá pijúci dôvod v pití pokračovať.

Pri závislosti od opiátových drog je možná substitučná liečba metadonom alebo suboxonom. Poruchy správania, nálad, psychotické príznaky a ťažkosti pri iných drogách sa zvládajú podávaním neuroleptík, antidepresív, anxiolytík či hypnotík.

2. NEFARMAKOLOGICKÁ LIEČBA

Nešpor, zdôrazňuje, že pri liečbe závislosti je dôležité zaoberať sa motiváciou. V technike posilňovania motivácie vyjadrovať empatiu, vytvoriť rozpor (čo chce klient v budúcnosti a ako sa správa v súčasnosti), vyhýbať sa neproduktívnym sporom a pracovať s odporom. Uvedené sa spája so stratégiami, ako preberanie typického dňa / sedenia, dôsledky užívania návykových látok, preberanie a riešenie problémov, osvojenie si „drobných“ spôsobilostí (kladenie otvorených otázok, načúvanie, potvrdenie a zhrnutie). Autor poukazuje na význam terapeutickkej komunity, potrebu rodinnej terapie, doliečovacích svojpomocných organizácií a socioterapeutických klubov.

Dizajnérske drogy

V poslednom čase prechádza drogová scéna výraznými zmenami. Dôvodom je výskyt nového fenoménu v podobe nových psychoaktívnych látok (NPL) nazývaných taktiež dizajnérske drogy.

Dizajnérske drogy predstavujú látky napodobňujúce účinky nelegálnych drog, ktoré nie sú kontrolované v rámci medzinárodných dohôd o kontrole drog. Pokiaľ sú v niektorých štátoch tieto látky pod kontrolou, dochádza k obchádzaniu zákona predajom týchto látok pod zavádzajúcimi názvami ako napr. „Výživa pre rastliny“ alebo „Soľ do kúpeľa“ s dôsledným varovaním na obale o zákaze konzumácie. Predávajú sa v kamenných predajniach v tzv. „Crazy shops“ alebo „Smart shops“. Okrem toho sa za posledné roky rozmohol predaj online, či už prostredníctvom klasickej internetovej siete, alebo prostredníctvom deep webu, resp. dark webu za pomoci ťažko vystopovateľných kryptomien, ako napr. Bitcoin.

Systém včasného varovania (EWS) monitoruje nové psychoaktívne látky a umožňuje medzinárodnú výmenu informácií o týchto látkach, ktoré sú väčšinou syntetického pôvodu ale môže ísť aj o látky rastlinného pôvodu, ako napr. produkty zo šalvie, durmanu, kratomu či khatu.

Nové psychoaktívne látky môžeme zatriediť do týchto kategórii:

1. Syntetické kanabinoidy
2. Syntetické katinóny
3. Fenyletylamíny
4. Tryptamíny
5. Piperazíny
6. Látky rastlinného pôvodu.

1. SYNTETICKÉ KANABINOIDY

Syntetické kanabinoidy sú syntetické látky pôsobiace ako agonisti kanabinoidných receptorov a predstavujú reakciu na legislatívne obmedzovanie marihuany. Nakoľko ide o látky s vyššou mimetickou aktivitou a vyššou afinitou k receptorom, účinok látok je silnejší ako má hlavná psychoaktívna zložka marihuany - delta-9-tetrahydrokanabinol (THC). Predstavujú najväčšiu skupinu dizajnerských drog. Svetovo najznámejšie označenia sú „spice“, „K2“ alebo regionálne významný „mocarz“.

Chemicky možno rozlíšiť niekoľko skupín. Najpočetnejšiu skupinu syntetických kanabinooidov predstavujú deriváty indol 3-karbonylu. Ďalšie chemické skupiny predstavujú 3-karbonylové deriváty pyrolu a indazolu, 3-karbonylamidové a 3-karbonylesterové deriváty indolu, prípadne indazolu. Skupiny syntetických kanabinooidov sa taktiež označujú podľa vedcov, ktorí príslušnú zlúčeninu syntetizovali (napr. JWH- John William Huffman, Clemson University alebo AM- Alexandros Makriyannis, Northeastern University). Nakoľko sa syntetické kanabinoidy od prírodných chemicky líšia, toxikologické analytické testy nemusia byť spoľahlivé.

Účinok syntetických kanabinooidov je podobný kanabinoidom z prírodného kope, avšak účinok je silnejší. Predávkovanie môže byť somnolentné alebo euforické. Verbálny prejav intoxikovaného môže byť inkoherentný, objavujú sa poruchy pamäte, halucinácie a bludy, obzvlášť paranoidné. Často je prítomná nauzea a vomitus. Ďalšími prejavmi môžu byť bolesť na hrudi, palpitácie, artériová hypertenzia. Môže sa objaviť proteinúria a oligúria, pričom zmeny v obličkách môžu vyústiť do tubulárnej nekrózy a ARI. Okrem toho sa môže objaviť svalová slabosť, tremor a kŕče, ktoré môžu viesť až k status epilepticus.

Pokiaľ je potrebná terapia, je predovšetkým symptomatická. Pokiaľ TK dosiahne kritických hodnôt, nie je vhodné znižovať ho betablokátormi, vhodnejšie je navodiť periférnu vazodilatáciu. Benzodiazepíny sú liekom prvej voľby pokiaľ sa objavia kŕče alebo status epilepticus.

2. SYNTETICKÉ KATINÓNY

Syntetické katinóny predstavujú analógy, resp. deriváty medzinárodne kontrolovanej látky katinón, ktorá je jednou z aktívnych látok rastliny khat. Majú prevažne stimulačné účinky a patria medzi najčastejšie hlásené NPL spolu s mefedrónom alebo

MDPV (metyléndioxypyrovalerón). Používajú sa ako náhrada za amfetamín, kokain či MDMA. Mefedrón (4-metylmekatinón) slangovo nazývaný „subkoka“, „syntetický kokain“ či „mňau-mňau“ predstavuje obľúbenú drogu predovšetkým vo Veľkej Británii, kde sa v roku 2009 stal štvrtou najpopulárnejšou pouličnou drogou po marihuane, kokaíne a extáze.

3. FENYLETYLAMÍNY

Medzi fenyletylamíny patria látky, ktoré majú blízko k amfetamínu a metamfetamínu a vo všeobecnosti majú stimulujúce účinky. Ich modifikáciou vznikajú silné halucinogény. Medzi najsilnejšie halucinogény fenyletylamínov patria DOM (2,5-dimetoxy-4-metylamfetamín) a DOB (2,5-dimetoxy-4-brómamfetamín) ktoré vo vyšších dávkach vedú k smrti a majú výrazne oneskorený nástup účinku, s proťahovaným, až niekoľkodňovým trvaním. Ďalšími látkami z tejto skupiny sú napr. TMA-2 (2,4,5-trimetoxyamfetamín) alebo tzv. Bromo DragonFly, ktoré majú podobné účinky ako meskalín, avšak niekoľkonásobne účinnejšie. Doba účinku môže predstavovať až niekoľko dní, predávkovanie vedie k vazokonstrikcii, gangréne až následnej smrti.

4. TRYPTAMÍNY

Ide o veľkú skupinu látok s predovšetkým halucinogénnymi účinkami. Medzi najčastejšie sa vyskytujúce nové syntetické tryptamíny patrí 5-MeO-DMT (5-metoxy-dimetytryptamín). Vyskytuje sa aj voľne v prírode, napr. v jede niektorých severoamerických ropúch. Typický je výrazne krátky účinok halucinogénu v trvaní približne 15–30 minút.

5. PIPERAZÍNY

Do tejto skupiny patria niektoré látky s psychoaktívnym účinkom podobným extáze, pričom vo vyšších dávkach môžu mať halucinogénne účinky. Patria sem napríklad TFMP (3-trifluorometylfenylpiperazín), BZP (1-benzylpiperazín), mCPP (m-chlorofenylpiperazín) a MeOPP (4-metoxyfenylpiperazín).

6. LÁTKY RASTLINNÉHO PÔVODU

Patria sem rastliny s psychoaktívnymi vlastnosťami ako napr. khat, kratom, durman či šalvia. Khat (Kata jedlá) je tropická rastlina pochádzajúca z východnej Afriky a Arabského polostrova. Obsahuje katinón, účinkom sa podobá metamfetamínu. Kratom (*Mitragyna speciosa*) je tropická rastlina pochádzajúca z juhovýchodnej Ázie, ktorá obsahuje alkaloid mitragynín. Ten má v nízkych dávkach stimulačný účinok. Vo vyšších dávkach je skôr podobný opioidom a má sedatívne účinky. Šalvia divotvorná (*Salvia divinorum*) je rastlina z čeľade hluchavkovitých. Pre jej psychoaktívne účinky sa používajú listy obsahujúce aktívnu zložku savinorin A, ktorá má halucinogénne účinky.

Laboratórna diagnostika markerov látkových závislostí

Marker látkovej závislosti je chemická substancja, ktorá vzniká v organizme priamo zabudovaním alkoholu alebo inej návykovej látky do molekuly markera (**priamy marker**) alebo ovplyvnením funkcie určitého orgánu bez toho, aby bola návyková látka súčasťou molekuly markera (**nepriamy marker**). Požadovanou vlastnosťou markera je vysoká senzitivita a vysoká špecificita. **Senzitivita** je zjednodušene percentuálne vyjadrená úspešnosť testu, t.j. schopnosť označiť ako pozitívnych všetkých jedincov, ktorí látku užíli a **špecificita** je percentuálnym vyjadrením schopnosti testu označiť ako negatívnych všetkých jedincov v prípade, že látku neužíli. Senzitivitu a špecificitu testu určíme výpočtom:

senzitivita = počet skutočne pozitívnych : (počet skutočne pozitívnych + počet falošne negatívnych) x 100%,

špecificita = počet skutočne negatívnych : (počet skutočne negatívnych + počet falošne pozitívnych) x 100%.

Klasickým markerom požitia alkoholu je samotný **alkohol**. Dokazuje sa rôznymi metódami vo vydychovanom vzduchu, v krvi, v moči a v telesných tekutinách. Jeho prítomnosť dokazuje nedávnu konzumáciu alkoholu, ale nedáva informáciu škodlivom užívaní alkoholu, prípadne o závislosti. Na dôkaz nadmernej a dlhodobej konzumácie alkoholu sa využívajú nepriame markery ako aspartátaminotransferáza (AST), alanínaminotransferáza (ALT), gamaglutamyltransferáza (GMT), štandardizovaný protrombínový čas (INR) a stredný objem erytrocytu (MCV). Sú to markery s nízkou senzitivitou a špecificitou. Oveľa cennejšie, avšak málo používané, pretože sú málo dostupné, sú markery karbohydrát deficičný transferín (CDT), etylglukuronid (EtG) a fosfatidyletanol (PEth).

Karbohydrát deficičný transferín (CDT) je derivát transferínu, ktorý vzniká v organizme po konzumácii cca 40-60 g alkoholu denne počas 7-10 dní (pozn.: cca 20 g alkoholu obsahuje 50 ml destilátu, 200 ml vína, 500 ml piva). Za prítomnosti alkoholu sa v pečeni netvorí normálny transferín s naviazanými 3-5 molekulami kyseliny sialovej (trisialo-, tetrasialo- a pentasialotransferín), ale transferín s nižším počtom molekúl kyseliny sialovej, t.j. asialo- monosialo- a disialotransferín, súhrnne nazývaný karbohydrát deficičný transferín alebo bezsacharidový transferín. Referenčnou metódou pre stanovenie CDT je vysokoúčinná kvapalinová chromatografia (HPLC). Stanovuje sa % CDT z celkového transferínu, nie jeho absolútna hodnota, lebo hodnota CDT je síce úmerná množstvu skonsumovaného alkoholu, ale je ovplyvnená aj inými faktormi (pohlavie, hormonálny status, metabolizmus železa...). Hladina CDT sa vracia do referenčného rozmedzia po 3-5 týždňoch abstinencie (dĺžka času do po-

klesu na normálnu hladinu závisí od výšky východiskovej hladiny CDT na začiatku abstinencie).

Vyšetrenie CDT je užitočné pri diagnostike závislosti od alkoholu, pri zisťovaní kauzálneho podielu alkoholu na vzniku niektorých ochorení (napr. interných a neurologických), pri posudzovaní spôsobilosti vodičov, ktorí viedli vozidlo pod vplyvom alkoholu a rozhodovaní o vrátení vodičského preukazu, v pracovnom lekárstve pri posudzovaní spôsobilosti na rizikové práce, pri predikcii rizika abstinénčného syndrómu po operácii a pooperačných komplikácií (pooperačná pnemónia, sepsa a podobne).

Etylglukuronid (EtG) je priamy marker recentnej (nedávnej) konzumácie alkoholu, ktorý vzniká v pečeni za prítomnosti alkoholu jeho konjugáciou s kyselinou glukurónovou. Nachádza sa v telesných tekutinách, ale aj vo vlasoch. Vylučuje sa do moču. Jeho hladina stúpa aj po konzumácii nápojov s nízkym obsahom alkoholu (kvasené mušty a iné). Pozitívny výsledok pri vyšetrení tohto markeru znamená, že vyšetrovaný konzumoval alkohol v období 3-5 dní dozadu pred vyšetrením.

Vyšetrenie EtG je v praxi využívané na spätný dôkaz konzumácie alkoholu po probatórnych priepustkách u pacientov, ktorí absolvujú ústavnú liečbu závislosti od alkoholu, ako dôkaz porušenia abstinencie medzi kontrolami pri ambulantnej liečbe závislosti od alkoholu, pri súdom nariadenom zákaze konzumácie alkoholu, pri kontrole pre podozrenie na binge drinking (nárazové opíjanie sa) u mladistvých, pri vyšetrení zo smolky novorodenca je pozitívny výsledok EtG dôkazom, že matka konzumovala alkohol počas gravidity a podobne.

Fosfatidyletanol (PEth) je priamy marker konzumácie alkoholu s takmer 100 percentnou senzitivitou a špecifitou, ktorý vzniká v membránach buniek cicavcov z fosfatidylcholínu za prítomnosti etanolu. U človeka sa vyšetruje z membrány erytrocytov metódou kvapalinovej chromatografie a hmotnostnej spektrometrie. Je to výborný marker s veľkou výpovednou hodnotou, ktorý dokáže rozlíšiť abstinenciu od príležitostnej konzumácie alkoholu, opíjanie sa, binge drinking, škodlivé pitie a závislosť. Nie je ovplyvnený vekom, pohlavím ani sprievodnými chorobami – je späť jedine s konzumáciou alkoholu. Bol využitý na monitorovanie rizikových vodičov, ktorí opakovane jazdili pod vplyvom alkoholu v kombinácii so zavedením blokovačieho programu. Výška jeho hladiny významne korelovala s percentom neúspešných pokusov o naštartovanie (štartovanie je zablokované, ak vodič „nafúkal“) a s mierou rizikovosti vodiča (t.j. pravdepodobnosťou, že si pod vplyvom alkoholu opakovane sadne za volant).

Využitie PEth vychádza zo skutočnosti, že ide o mnohostranne užitočný marker. Je veľmi vhodný na posudzovanie spôsobilosti vodičov v súvislosti so závislosťou od alkoholu, môže byť využitý na monitorovanie abstinencie, dôkaz konzumácie alkoholu vo včasných štádiách gravidity kvôli prevencii fetálneho alkoholového syndrómu, monitorovanie konzumácie alkoholu počas antivírusovej liečby pri HIV pozitivite,

interferónovej liečbe pri hepatitíde C, pri kontrole abstinencie po zaradení do čakacej listiny na transplantáciu pečene a podobne. Vďaka možnosti jeho vyšetrenia zo suchej kvapky sa ukazuje ako perspektívny marker pre odber krvi na toxikologické vyšetrenie počas cestnej kontroly, nakoľko ide o veľmi jednoduchý spôsob odberu v teréne bez nároku na špeciálne zdravotnícke vzdelanie, materiál a pomôcky. Vyšetrenie zo suchej kvapky je realizované metódou kvapalinovej chromatografie a hmotnostnej spektrometrie (LC/MS), čo zaručuje spoľahlivé kvantitatívne výsledky, použiteľné aj pre forenzné účely.

Na diagnostiku závislosti od drog sú najčastejšie využívané rýchle jedнокrokové kvalitatívne testy, založené na imunochromatografickom princípe vyšetrenia. Sú dodávané výrobcom vo forme kaziet alebo prúžkov na vyšetrenie jedného, prípadne viacerých parametrov. Na vhodnom nosiči prebehne po nanosení biologického materiálu reakcia antigénu a protilátky, ktorá je farebne zviditeľnená. Takýmto spôsobom je možné stanoviť prítomnosť drogy v slinách, moči, krvnom sére, v plnej krvi a telesných tekutinách. V spolupráci so špecializovanými laboratóriami je možné vyšetriť prítomnosť drogy i vo vlasoch. Pre forenzné účely je nutné vyšetriť kvantitatívny obsah drogy v biologickom materiáli, čo je možné len v špecializovaných laboratóriách metódou chromatografie a hmotnostnej spektrometrie.

Veľkým diagnostickým problémom je dôkaz tzv. novodobých syntetických drog v biologickom materiáli. Ich producenti jednoduchými chemickými reakciami rýchlo menia ich zloženie, na čo výrobcovia diagnostického materiálu nedokážu z rôznych príčin rýchlo reagovať, preto na trhu chýbajú rýchle testy na stanovenie novodobých syntetických drog. Možno ich stanoviť metódou LC/MS, ktorá je zatiaľ pre bežnú prax málo dostupná.

Veľmi dôležitou súčasťou toxikologického vyšetrenia je dohľad nad odberom biologického materiálu, aby nemohlo dochádzať k pokusom o ovplyvnenie výsledku. Falošne negatívne výsledky pri vyšetrení moču možno dosiahnuť zriedením moču vodou, použitím syntetického moču, pridaním aditív do moču, ktoré zablokujú enzymatickú reakciu pri toxikologickom vyšetrení a podobne. Nadmerným pitím tekutín pred vyšetrením je množné zriediť moč natoľko, že hodnoty drogy alebo ich metabolitov v moči sú nízke a nedosahujú hranicu detekcie daného testu.

Výsledky laboratórneho vyšetrenia markerov závislosti nie sú sami o sebe dôkazom závislosti, ale sú významným pomocníkom v prípadoch rozhodovania, či sa jedná o závislosť, alebo „iba“ škodlivé užívanie (napr. pri posudzovaní spôsobilosti vodičov, spôsobilosti na rizikové práce a pod.), sú objektívnym podkladom pre obhájenie rozhodnutia lekára a dôležitou súčasťou dokumentácie.

Nelátkové závislosti

Patologické hráčstvo

MKCH-10 zaraďuje patologické hráčstvo medzi poruchy návykov a impulzov, dg: F:63.0.

Podľa MKCH-10: Patologické hráčstvo sú časté a opakované epizódy hráčstva, ktoré v živote jedinca dominujú a vedú k poškodeniu sociálnych, pracovných, materiálnych a rodinných hodnôt a k zadĺženiu jedinca. Postihnutý jedinec popisuje silné pudenie ku hre, ktoré vie len ťažko ovládať.

Hráč:

- neustále premýšľa o hre, má potrebu hrať so stále vyššími finančnými čiastkami za účelom dosiahnutia vzrušenia,
- opakovane a neúspešne sa snaží svoju hru prerušiť, kontrolovať,
- hrá hazardné hry aj napriek ich škodlivým účinkom,
- klame členom rodiny aj blízkym o problémoch, spôsobených hráčstvom,
- pácha často nelegálne trestné činy, za účelom získania financií na hru,
- spolieha sa na svojich blízkych, že mu poskytnú financie a napravia jeho zlú finančnú situáciu.

DIFERENCIÁLNA DIAGNÓZA

Od patologického hráča treba odlíšiť **hráčstvo a stávkovanie** (Dg:Z:72.6) u jedincov, ktorí hrajú hlavne kvôli vzrušeniu, ale svoju hru ešte dokážu kontrolovať, hráčstvo u manických pacientov a u špecifických porúch osobností (hlavne sociopatických), s horšou prognózou liečby.

- výskyt kolíše od 0,5-5%, muži hrajú častejšie ako ženy, u mužov sa začína rozvíjať vo včasnej adolescencii, u žien o niečo neskôr a vyúsťuje do dlhodobého a progresívneho priebehu, so striedaním období abstinencie a recidív.

KARIÉRA PATOLOGICKÉHO HRÁČA

- **štádium výhier** – hráč ešte nemá vážnejšie problémy, zo zvedavosti sa postupne rozvíjajú fantázie o veľkej výhre a ak príde, túži ju opakovať a vyhrať ešte viac, preto zvyšuje stávky, hráva frekventne a preferuje sólo hru.
- **štádium prehiev (straty kontroly)** – tu sa už jedná o **patologické hráčstvo**, hráč myslí hlavne na hru, s ktorou už nedokáže prestať. Striedajú sa dlhšie obdobia prehiev s neúspešnými pokusmi hru kontrolovať, zastaviť. Hru financuje z narastajúcich pôžičiek, skrýva pred okolím, manipuluje a klame, splácanie dlhov odkladá a finančne sa prepadá. Pri odhalení problému pred rodinou sľubuje nápravu, nie je však schopný prestať hrať, stáva sa nepokojný, podráždený, uzavretý.
- **štádium zúfalstva** – povest' hráča je poškodená, prichádzajú súdne predvolania, exekúcie, nepodmienených trestov. Odsudzuje sa rodine, skutočným priateľom, nie je schopný realizovať zmenu. V hre pokračuje, rodina sa mu rozpadá, prichá-

dza aj o prácu, stáva sa tulákom, bezdomovcom, uniká k návykovým látkam, ľutuje sa, prepadá beznádeji, depresiám, pokúša sa o samovraždu alebo suiciduje.

NAJČASTEJŠIE DÔSLEDKY GAMBLINGU:

- negatívne vplyva na fyzické a psychické zdravie gambléra, jeho chaotický život, spojený s nadmerným stresom, ho psychicky aj fyzicky vyčerpáva,
- spôsobuje prehlbovanie chorôb, súvisiacich so stresom, ako sú bolesti hlavy, poruchy spánku, napätie, nervozita, úzkosti, depresie,
- pridružujú sa tiež látkové závislosti, hlavne alkoholizmus, či problémy s drogami,
- vážnym spôsobom narúša finančnú stránku gambléra, ruína majetok rodiny, spôsobuje dlho trvajúcu chudobu, exekúcie, dlžoby, či finančný bankrot,
- narúša vzťahy s rodinou, rodinu zanedbáva, časté je i domáce násilie, až sa mu rodina rozpadne, narúša tiež vzťahy s nerizikovými priateľmi,
- privádza gambléra do častých kriminálnych dôsledkov, najmä krádeží, podvodov, sprenevier, či násilných trestných činov,
- narúša pracovný výkon aj pracovnú motiváciu gambléra.

LIEČBA PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVA

KRÁTKA INTERVENCIA

Prvá pomoc pre neliečeného gambléra, kde je potrebné:

- vyhýbať sa všetkým formám a miestam hazardu (hracím automatom, internetovému gamblingu, stávkovaniu, kasínam, rulete, Niké, Keno, stieraniu lósov..),
- zabezpečiť si svoje spúšťače ku hre, hlavne finančné prostriedky (kontrolované financie, účty) a dodržiavať finančnú disciplínu (plán splácania dlhov veriteľom),
- zabezpečiť si aj ďalšie spúšťače (abstinencia od alkoholu, drog), obmedzovať pracovné stresy a vyhýbať sa rýchlemu splácaniu dlhov, pre riziko stresov a recidív,
- v prípade veľkej nervozity, napätia a depresí (v dôsledku vysokých dlhov), pre možné samovražedné tendencie, okamžite navštíviť psychiatra.

FARMAKOTERAPIA

Je zacielená na zníženie impulzívneho správania hráča hlavne liekmi typu SSRI, či stabilizáciu nálady (thymoprofylaktikami).

PSYCHOTERAPIA

Účinný je kognitívno-behaviorálny prístup, zameraný na zmenu jeho myslenia a správania. Analyzujú sa spúšťače ku hre, ich kontrola, zvládanie cravingu, pracuje sa so zmenami rizikového myslenia, zvládaním kríz, hodnotovým rebríčkom, riešia sa finančné problémy gambléra (finančný rozpočet..). V režimovej ústavnej liečbe sa gamblér učí systému, poriadku a dodržiavaniu pravidiel abstinenta a je už počas liečby smerovaný **do procesu doliečovania**, klubov abstinentov, krátkej posilňovacej liečby. Realizuje sa **rodinná terapia**, kde priama účasť rodiny v terapii patologického hráča zvýši schopnosť fungovania v jeho abstinencnom programe.

KRÁTKY DOTAZNÍK NA VYHLADÁVANIE PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVA

- cítite niekedy potrebu vyhrávať viac a viac peňazí ?
- museli ste niekedy ľuďom, ktorí sú pre vás dôležití kvôli hazardnej hre klamať? (2 kladné odpovede môžu svedčiť pre problém patologického hráčstva).

Niektoré ďalšie, tzv. „novodobé nelátkové závislosti“

S rozvojom nových technológií a možností sa stále viac stretávame s problémami **nadmerného používania internetu, počítačových hier, nadmerného nakupovania, zaujatia prácou** a ďalších. O ich diagnostickom zaradení sa stále vedú odborné diskusie. Najviac sa väčšina z nich približuje charakteristike diagnostických kritérií F:63.8, podľa MKCH-10, t.j. **Iné návykové a impulzívne poruchy**. V DSM-V sa už objavil problém s video-hrami, avšak zatiaľ nezaradený ako diagnostická jednotka.

1. PC HRY , VIDEO HRY, ONLINE VIRTUÁLNY SVET

- je príťažlivý hlavne pre mladšiu generáciu pre svoju hravosť, tvorivosť, fantáziu, súťaživosť a vysokú technickú dokonalosť a je v ňom možné bez zábran si vybiť svoje negatívne emócie,
- zlepšuje logické myslenie, priestorovú orientáciu, pomáha zdokonaľovať sa v cudzom jazyku,
- násilné PC hry desenzitizujú voči násiliu a znižujú empatiu a sedavý spôsob života spôsobuje množstvo zdravotných rizík (telesných, spánkových, stravovacích, hygienických...),
- zhoršuje interpersonálne vzťahy, redukuje voľnočasové aktivity, školský prospech,
- excesívne hrávanie PC hier slúži ako neprimeraný spôsob zvládania stresu, kde dospievajúci online hráči hrajú nielen pre príjemné pocity vzrušenia, ale aj útek pred problémami,
- pri hraní PC hier, hlavne pri víťazstvách, dochádza k zvýšenému vyplavovaniu dopamínu,
- najviac hrajú PC a video hry deti vo veku 8–12 rokov 72%.

2. NADMERNÉ POUŽÍVANIE INTERNETU („PATOLOGICKÉ POUŽÍVANIE INTERNETU“ PPI)

- koncept tzv. „závislosti od internetu“ (IAD) je ešte vo vývoji a o jeho diagnostickom zaradení sa stále vedú odborné diskusie,
- až 72% respondentov považuje internet za návykový a 47% máva aj problémy psychické (napr. poruchy spánku),
- mladší jedinci a ženy sa viac venujú internetovému gamblingu, online vzťahom a porno - stránkam, starší jedinci a muži viac chatovaniu,
- virtuálny svet internetu je prostredím bez zábran (ilúzia anonymity), čo podporuje flaming-agresívne správanie, je tiež prostredím virtuálnych vzťahov a experimentovania so svojou identitou.

NAJČASTEJŠIE PRÍZNAKY PPI

- nutkavé myšlienky o internete, silná túžba používať internet a zmeny nálad pri používaní internetu,
- zvýšená psychická dráždivosť pri obmedzovaní používania internetu,
- neschopnosť zastaviť nadmerné používanie internetu a rozmyšľanie o internete, aj keď nie je pripojený,
- klamstvá rodine a blízkym o čase, trávenom na internete,
- pocit viny, z nadmerného používania internetu a zlyhávanie pri plnení si domácich, či pracovných povinností, míňanie veľkých financií, za služby, súvisiace s internetom.

PREVENCIA PPI

- stanoviť jasné pravidlá práce s PC (časový limit, vylúčiť návykové, aktivity na internete) a umiestniť PC na miesto, kde má dostup celá rodina,
- zablokovať návykové stránky (internet. gambling, sieťové online hry, pornografiu..),
- rozvíjať nerizikové aktivity, záujmy, koníčky a nový spôsob trávenia voľného času.

3. ONIOMÁNIA („CHOROBNÉ NAKUPOVANIE“)

- podrobnejšie popísaná už v minulom storočí psychiatrami Kraepelinom a Bleulerom, nie je však zaradená ako samostatná dg. jednotka v MKCH-10, býva zaradovaná k impulzívno-kompulzívnym poruchám,
- v západnej Európe sa odhaduje jej výskyt od 1,1%-5,9%, týmto problémom trpia rovnako muži, ako ženy,
- jej príčiny najčastejšie súvisia s prežívaním negatívnych emócií ako sú smútok, nuda, životné sklamanie, depresia,
- je to chronický stav s vážnymi vzťahovými, finančnými, profesijnými, psychickými a sociálno-právnymi dôsledkami,
- nadužívaním, či závislosťou na alkohole, kofeíne, nikotíne, či väčšinou jedincov sa zadŕži a problémy vo vzťahoch často končia ich rozpadom, až 8% jedincov má aj problém so zákonom,
- ženy viac nakupujú šperky, kozmetiku, oblečenie, obuv a oceňujú pri nákupoch viac emocionálne a symbolické predmety, muži viac nakupujú športové veci, značkovú elektroniku, oblečenie, pracovné náradie a viacfunkčné a rekreačné tovary.

4. WORKAHOLIZMUS („ZÁVISLOSŤ NA PRÁCI“)

- nie je zaradený ako samostatná diagnostická jednotka v MKCH-10, podľa J.P.Kahna je považovaný za príznak obsedantno - kompulzívnej poruchy u perfekcionista so snahou o kontrolu na úkor flexibility, otvorenosti a efektivity,

- k príčinám patria frustrácie, neuspokojené túžby a potreby, kde práca môže jedin- covi poskytnúť dočasný únik z reality a nepretržitá pracovná aktivita môže zakryť úzkosť, nízku sebaúctu a sebavedomie,
- častejšími workaholikmi sú muži, v myslení a jednaní týchto jedincov prevažuje orientácia na prácu, pri súčasnom obmedzení iných záujmov a aktivít (v rodine, vo voľno-časových aktivitách, oddychu..),
- ak nemôže pracovať, je jedinec nervózny, podráždený, depresívny, podlieha pa- nike, a je spoločensky izolovaný, trpí stavmi fyzického aj psychického vyčerpania, s množstvom psychosomatických ochorení a následným návykových farmakách,
- jeho spolupráca je problémová, lebo nevie delegovať prácu na okolie,
- žije na okraji svojej rodiny, workaholik (manžel) je tichý, mlčanlivý, premýšľajúci, obsesívny, neprístupný
- v jeho mozgu sa jedná o významné uvoľňovanie epinefrínu a norepinefrínu, spô- sobované epi /norepinefrínovou extázou, tzv. manickou pracovnou zaujatosťou a ich zvýšená prítomnosť v organizme prispieva k vzniku psychosomatických chorôb, t.j. hypertenzie, žalúdočných vredov, IM, NCMP..., v oblasti psychiky trpia viacerými poruchami, súvisiacimi so stresom, hlavne úzkostnými a fobickými, depresiami, nespavosťou...

PRIEBEH WORKAHOLIZMU

– je pomalý, D. Fasselová, uvádza 3 vývojové štádiá workaholizmu:

- **včasné štádium** – jedinec neustále myslí na prácu, plánuje ju, pracuje v nadča- soch, odmieta si vyberať voľno,
- **stredné štádium** – zanedbáva osobné a sociálne vzťahy, pridružujú sa poruchy spánku, upadá fyzicky, objavujú sa periódy tzv. okien (pozerania sa do prázdna),
- **neskoré štádium** – nastupujú fyzické (bolesti hlavy, chrbta, svalov, hypertenzia, žal. vredy, IM..) a psychické (emočné vyhasínanie, pokles libida, depresie, úzkosti..) dôsledky workaholizmu.

ZVLÁDANIE WORKAHOLIZMU - ODPORÚČANIA

- ak vás nutká nadmerne pracovať, dajte si čas na rozmyslenie robiť niečo iné,
- znížte kvantitu práce a venujte sa hlavne kvalite práce,
- ak potrebujete pomoc, požiadajte o ňu,
- odmeňte sa za dobrú prácu, športujte a relaxujte,
- znížte príjem kofeínu, nikotínu a cukru, ak jete, vychutnajte si jedlo a nerobte pri tom nič iné,
- sústreďte sa len na jednu prácu, nerobte viac vecí naraz, každú hodinu si urobte 5 minút prestávku.

LIEČBA NOVODOBÝCH NELÁTKOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

- v jednotlivých postupoch je podobná liečbe patologického hráčstva,
- u patologického používania internetu aj workaholizmu je zameraná najmä na radikálnu zmenu životného štýlu, záujmovej sféry, nerizikových koníčkov, kontrolu spúšťačov, prísnu časovú kontrolu používania internetu (maximálne 1 hod. denne, nad 24 hod. týždenne - excesívne používanie internetu- riziko návyku),
- v liečbe PPI sa používa kombinácia KBT a harm reduction therapy, postupné znižovanie času tráveného online, s narúšaním starých vzorcov návykového správania,
- v prípade somatických komplikácií workaholizmu – liečba príslušného somatického ochorenia a prípadných psychických dôsledkov,
- u oniománie je potrebná prísna finančná kontrola s postupným splácaním dlhov,
- v prípade depresívnych nálad u oniománie, či workaholizmu je indikovaná anti-depresívna farmakoterapia,
- hlavným cieľom je naučiť sa kontrolované používať internet, nakupovať aj pracovať, u PC hier vyžadujeme trvalú abstinenciu.

Doliečovanie – následná starostlivosť a sociálna rehabilitácia

Doliečovanie je štandardne neoddeliteľnou súčasťou procesu liečby a resocializácia závislých na návykových látkach. Ak vychádzame z kruhového modelu zmeny podľa Nocrosa a Procházky, môžeme povedať, že doliečovanie tvorí poslednú fázu procesu zmeny. Zahrňuje všetky služby a intervencie, ktoré nadväzujú na liečbu závislosti a ktoré sú zamerané na udržanie dosiahnutých zmien správania.

Následná starostlivosť a doliečovanie

Je založená na predpoklade, že pokračujúca podpora po strednodobej liečbe môže odstrániť alebo zmierniť faktory, ktoré sú spojené s relapsom (napr. absencia vzťahových osôb, nezamestnanosť, nedostatočné zapojenie do voľno časových aktivít) a naopak posilňovať faktory spojené s udržaním abstinencie. Doliečovanie môže mať rôzne formy. V našich podmienkach sem patria hlavne tzv. posilňovacie liečby a doliečovacie programy formou klubov A,G,N (www.olup-prednahora.sk/Doliečovanie), ale tiež môže prebiehať aj formou individuálne motivačných a podporných pohovorov v ambulantných podmienkach.

CIELE NÁSLEDNEJ STAROSTLIVOSTI A DOLIEČOVACÍCH PROGRAMOV

Spoločným cieľom služieb následnej starostlivosti a doliečovania je pomôcť pacientovi po ukončení strednodobej liečby preklenúť obdobie prechodu späť do normálneho života a pripraviť ho na problémy s tým spojené, udržať zmeny v životnom štýle a správaní dosiahnuté v liečbe a stabilizovať jeho stav tak, aby bol schopný fungovať v spoločnosti normálnym spôsobom. Cieľom teda je naplnenie terminológie „integrácia“. Ďalšie ciele zahrňujú podporu a udržanie abstinencie pacienta, získavanie a prehlbovanie schopnosti, ako predchádzať relapsu, podpora osobného rastu a zmien schopností v sebaopatii, stabilizácia v oblasti sociálnych istôt (bývanie, zamestnanie). Dôležitým aspektom v doliečovaní sú aj sociálne role pacienta. Konkrétne ciele pre každého pacienta sa nastavujú individuálne podľa jeho aktuálnych potrieb.

Pojmy následná starostlivosť a doliečovanie sa niekedy zamieňajú. Doliečovanie spočíva skôr v posilňovaní a podpore abstinencie po strednodobej liečbe a vymedzuje tak len časť následnej starostlivosti. Kalina (2015) vymedzuje ešte pojem „sociálna rehabilitácia“, ktorým označuje zvládnutie aspektov bývania a zamestnania. Cieľom sociálnej rehabilitácie je (re)integrácia závislého do spoločnosti prostredníctvom (znova) nabitých sociálnych a profesných schopností a podpora sociálneho prostredia a vzťahov. V podmienkach SR ide toho času o 18 akreditovaných resocializačných zariadení (viď kapitola Zoznam resocializačných zariadení a svojpomocných združení).

EFEKTIVITA NÁSLEDNEJ STAROSTLIVOSTI A DOLIEČOVANIA

Následná starostlivosť a doliečovanie je kľúčovým faktorom konečnej efektivity liečby závislosti. Platí, že výsledky následnej starostlivosti a doliečovacích programov závisia na stupni, do akého programu spárovať služby s klientovými potrebami. Pravidelná dochádzka do doliečovacích programov bola v štúdiách spojená s nižšou mierou užívania drog a štúdie dopĺňajú, že pacienti, ktorí dochádzali do liečebných programov, relabovali o 134 dní neskôr, ako tí, ktorí žiadne doliečovanie nevyužívali.

Kritéria pre úspešné ukončenie doliečovania nie je ľahké definovať. Všeobecné sem patrí sociálna stabilizácia pacienta – zaistenie pravidelného príjmu zo zamestnania, bývanie a pod. Ako istú hranicu je možné stanoviť doporučenú dobu doliečovania je zvyčajne minimálne 1 rok. Podľa skúsenosti niektorých autorov sa za úspešného pacienta považuje ten, ktorí si je vedomý vlastnej zodpovednosti za riešenie životných situácií a výziev. Prijíma fakt, že jeho cesta práce na sebe nie je konečná a získal náhľad na problematiku zatiaľ nevyriešené témy. Dokáže tiež prijímať skutočnosť, že kedykoľvek v budúcnosti nebude schopný sám vlastnými silami niektoré problémy zvládať a že je v poriadku ak vyhľadá odbornú pomoc. Úspešný pacient má náhľad na riziká spojené s užívaním návykových látok, je si vedomý toho, aké pozitíva a negatíva mu v minulosti prinášalo užívanie drog a má náhľad na spôsoby, ako tieto účinky dosiahnuť iným efektívnejším spôsobom.

CIEĽOVÁ SKUPINA A INDIKÁCIA

Cieľovou skupinou pre programy následnej starostlivosti a doliečovania sú abstinujúce osoby s anamnézou závislosti na návykových látkach (legálnych a nelegálnych) alebo s problematikou patologického hráčstva s doporučenou minimálnou abstinenciou 3 mesiace (po absolvovaní strednodobej liečby). Je preferované aj to, že ak má klient absolvovanú detoxifikačnú liečbu a aspoň krátkodobú liečbu na akútnej psychiatrii a má čiastočný náhľad a motiváciu abstinovať, nie je to však podmienkou. Prijatí môžu byť aj pacienti, ktorí liečbu neabsolvovali, ale abstinujú aspoň nejaký čas. Richterová Temínová za jednu s cieľových skupín označuje tiež rodičov, príbuzných a partnerov užívateľov návykových látok.

INDIKÁCIA DO DOLIEČOVACÍCH PROGRAMOV

V systéme adiktologických služieb na Slovensku existuje variabilita typov liečby závislosti (ambulantná liečba – ústavná liečba – krátkodobá – dlhodobá), ktorá umožňuje sa zamerať na špecifickú skupinu osôb z hľadiska ich indikácie (podľa veku, dĺžky drogovej kariéry, rodinne a sociálnej anamnézy, zdravotných problémov a pod.). Oproti tomu doliečovacie programy prílišnú variabilitu na Slovensku nevykazujú (snáď okrem delenia na stacionárne, pobytové zariadenia – resocializácie a chránené bývanie a kluby). Hlavným prvkom indikácie pacienta pre vstup do doliečovacieho programu je absolvovanie nejakého typu liečby závislosti. Štruktúra programov by mala odrážať potrebu podpory menej stabilizovaných pacientov ešte v iných oblastiach, ako je skupinová terapia. Ďalšími oblasťami vo vzťahu k indikácii môže byť napr. vek, pacientov pohľad na motiváciu alebo jeho vzťah k abstinencii.

TYPY SLUŽIEB NÁSLEDNEJ STAROSTLIVOSTI NA DOLIEČOVACÍCH PROGRAMOV

Kombinácia poradenských a vzdelávacích aktivít v doliečovacom programe dopĺňajú na Slovensku sociálne podporné služby, ktoré sa tykajú rozvoja profesných schopností, spôsoby trávenia voľného času (socioterapeutické kluby – vid' kapitola Zoznam resocializačných zariadení a svojpomocných združení) alebo dočasné sociálne zabezpečenie v podobe chráneného bývania. Doliečovacie programy sa ponúkajú na Slovensku formou pobytu v resocializačných zariadeniach, domovoch na pol ceste, chránené bývanie, ale taktiež v denných stacionároch, socioterapeutických kluboch alebo skupinách AA, NA, GA.

RESOCIALIZAČNÉ ZARIADENIA

- proces odstraňovania nevhodného správania, noriem a sociálnych rol jednotlivca a ich nahrádzanie vhodnejšími, sociálne žiaducimi,
- dlhodobá činnosť zameraná na uzdravovanie závislého jedinca,
- ovplyvňovanie a usmerňovanie závislého jedinca,
- zameraná na zmenu životného štýlu prostredníctvom zmeny myslenia s cieľom dosiahnutia plného zaradenia jedinca do spoločnosti,
- cieľom je dôsledná abstinencia.

Aktuálna situácia: 18 akreditovaných resocializačných zariadení na Slovensku (viď. kapitola Zoznam resocializačných zariadení).

KLUBY A ICH POSLANIE

(viď kapitola svojpomocné združenia)

- zabezpečovať kontinuálny doliečovací proces,
- informovať, ozrejmiť charakter ochorenia, zásady a princípy abstinencie,
- posilňovať proabstinenčné postoje a motiváciu abstinovať,
- vedenie k zdravému životnému štýlu,
- emočne podporovať abstínujúcich pri zvládaní negatívnych emocionálnych stavov, krízových situácií a pocitov izolácie a „škatuľkovania“,
- nácvik sociálnych zručností, riešenie medziľudských problémov,
- zefektívnenie realizácie, sociálnych rol – zvyšovanie pocitu kompetencie, sebaúcty a zodpovednosti,
- zmena a posilnenie siete sociálnych vzťahov.

PORADENSTVO A PSYCHOTERAPIA PRE SPOLUZÁVISLÝCH

(pre rodinu závislého)

Poradenstvo je zamerané na poskytovanie praktických informácií o návykových látkach a o možnostiach liečby závislosti. Hlavnou témou sú:

- základné poznatky o závislostiach,
- predchádzanie manipuláciám zo strany závislého,
- zásady pravidiel v domácnosti, v ktorej sa závislý nachádza,
- ako podporiť závislého člena rodiny v abstinencii,
- na čo byť vopred pripravený,
- ako zvládať stresové situácie.

Cieľom je kompenzovať spoluzávislých a pomôcť im vyrovnať sa s existujúcou situáciou, utlmiť tie dočasné aktivity, ktoré boli zamerané na podporu závislého, pretože v takomto prípade bývajú kontraproduktívne. Poradenstvo zamerané na spoluzávislých ich usmerňuje v tom, ako majú zvládať samých seba. Spoluzávislí niekedy potrebujú aj krátkodobú podpornú medikamentóznou liečbu. Je vhodné, ak súčasne so závislým chodia k spoločnému sociálnemu pracovníkovi alebo psychoterapeutovi. V procese uzdravovania je nevyhnutné podporovať celú rodinu (viď. kapitola Zoznam resocializačných zariadení a svojpomocných združení).

ZLOŽKY DOLIEČOVACÍCH PROGRAMOV

Každé zariadenie individuálne vytvára program doliečovania podľa svojich skúseností prevažne v pracovnej rehabilitácii, ale základné zložky sú vymedzené v zákone 305/2005 Z.z O sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov § 12, §18, §45, §63.

PODPORNÁ PSYCHOTERAPIA

Služby následnej starostlivosti a doliečovania využívajú pacienti s rozmanitou symptomatológiou. Objavujú sa aj nové témy, ktoré vyvstávajú až pri konfrontácii s realitou mimo liečebného zariadenia. V doliečovacích programoch ide predovšetkým o stabilizáciu abstinencie a podporu navodených zmien, preto je potrebné zvažovať, ktoré témy sú v danom čase v doliečovaní spracovateľné. Nehovoríme o „hlbkovej“ psychoterapii, skôr ide o suportívnu (podpornú) psychoterapiu zameranú na stabilizáciu pacienta. Po ukončení doliečovania môže pacient potrebovať riešiť ďalšie témy, kde hľadá pomoc u dynamických psychoterapeutov a psychiatrov. V doliečovaní sa využívajú zložky individuálnej ale predovšetkým skupinovej psychoterapie.

PREVENCIA RELAPSU

Podľa autorov (Kalina, 2015) je obava z relapsu kľúčovým motivačným faktorom pre vstup do doliečovacích programov. Prevencia relapsu je preto jeho neoddeliteľnou a zásadnou zložkou.

SOCIÁLNA PRÁCA

U užívateľov návykových látok sa objavuje celá škála sociálne-právnych problémov (dlhy, sociálne dávky, dávky v hmotnej núdzi, trestné stíhanie a pod.). Sociálna práca má „nezastupiteľnú rolu pri intervenciách zameraných na stabilizáciu životného štýlu závislých“. Platí, že pomoc v tejto oblasti by mala byť predovšetkým praktická a sociálny pracovník je neopomenuteľným členom terapeutického tímu.

LEKÁRSKA STAROSTLIVOSŤ

Medicínska stránka závislosti by nemala byť opomenutá ani v programoch následnej starostlivosti a doliečovania. Je dôležitou súčasťou pomoci pacientovi najšť adekvátnu lekársku (psychiatrickú) starostlivosť, ale tiež zaistenie v rôznych oblastiach napr. praktický lekár, hepatológ a pod.

PRÁCA S RODINAMI

Práca s rodinou pacienta je taktiež neoddeliteľnou súčasťou doliečovania a má napomáhať celkovému zotavovaniu sa v abstinencii. Zo skúsenosti z praxe však vyplýva, že v niektorých prípadoch je obnova rodinných vzťahov kontraindikáciou a pacient smeruje skôr k odpútaniu sa v zmysle, že prestane považovať urovnávanie týchto vzťahov za potrebné. Skupiny pre príbuzných umožňujú získať viac informácií a výmenu skúsenosti s ľuďmi, ktorí riešia rovnaké problémy. Rodinní príslušníci môžu tiež využiť poradenské služby v programe alebo absolvovať skupiny Al-Anon. Rodinné skupiny Al-Anon sú spoločenstvom príbuzných a priateľov závislých, ktorí sa navzájom delia o svoje skúsenosti, silu a nádej, aby riešili svoje spoločné problémy. Sú presvedčení, že závislosť je choroba, ktorá postihuje celú rodinu, a že zmena postoju môže pomáhať v uzdravovaní (vid. zoznam zariadení a svojpomocných združení).

VOLENOČASOVÉ AKTIVITY

Dôležitým cieľom doliečovania ja naučiť závislých tráviť voľný čas bez drogy a užívať si to. Pacienti si zaplňujú deň maximom povinnosti, často nevedia, čo iného by mohli okrem práce v doliečovaní robiť. Je preto zásadné, aby doliečovacie programy ponúkali rôzne alternatívne trávenie voľného času zmysle integrácie do normálneho života a podporovať ich svojpomoc aj v tejto oblasti.

PRAX DOLIEČOVANIA NA SLOVENSKU

Ťažisko doliečovacích programov na Slovensku tvorí skupinový program v kombinácii s individuálnou prácou s pacientom. Každé doliečovacie zariadenie využíva kombináciu rôznych typov skupín. Okrem štandardných skupinových programov je možné realizovať aj stretnutia pacientov priamo v liečebniach, kde boli pacienti odliečení vid' www.olup-prednahora.sk/Doliečovanie. Celý doliečovací program musí byť natoľko pestrý, aby oslovil všetkých pacientov a tak ponúkol priestor pre riešenie ich tém s ktorými prichádzajú do doliečovania a napomáhal ich rozvoja a rastu.

NADVÄZNOŠŤ V SYSTÉME ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽIEB NA SLOVENSKU

Programy následnej starostlivosti a doliečovanie zvyčajne nadväzujú na základnú liečbu, či už strednodobú v špecializovaných liečebniach alebo ambulanciách alebo na akútnych psychiatriách.

Z praxe vyplýva neoddeliteľná spolupráca s doliečovacimi zariadeniami a ďalšími inštitúciami, pretože vzhľadom ku komplexnosti problému pacienta nemusia liečebne byť schopné zaistiť kvalifikovanú starostlivosť vo všetkých oblastiach.

Postup pri záujme o ústavnú liečbu v OLÚP, n. o. Predná Hora

PRI ZÁUJME O ÚSTAVNÚ LIEČBU JE POTREBNÉ SPLNIŤ NASLEDUJÚCE PODMIENKY PRIJATIA:

- dovŕšený vek pacienta – 18 rokov,
- pacient by mal byť motivovaný liečiť sa, vhodné je absolvovanie detoxifikačnej liečby (nie je podmienkou),
- vypísanie návrhu na liečbu psychiatrom (prístupný na webovej stránke OLÚP, n. o. Predná Hora) a jeho odoslanie do OLÚP, n. o. Predná Hora (*v osobitnom prípade možno návrh vypísať v ambulancii OLÚP, n.o. Predná Hora po telefonickom dohovore*),
- schválenie návrhu na liečbu riaditeľom OLÚP, n. o. Predná Hora (vybaví OLÚP, n. o. Predná Hora),
- odoslanie návrhu na liečbu na schválenie revíznym lekárom príslušnej zdravotnej poisťovne (vybaví OLÚP, n.o. Predná Hora) – *výnimkou sú pacienti zdravotnej poisťovne Dôvera, a.s., ktorí nemusia čakať na schválenie návrhu a ich prijatie závisí len od aktuálnej obsadenosti lôžok.*

Po splnení podmienok nasleduje písomné, telefonické alebo e-mailové predvolanie pacienta na liečbu formou pozvánky s presnými inštrukciami pre pacienta.

MOŽNOSŤ URÝCHLENIA PRIJATIA NA LIEČBU ZO STRANY PACIENTA:

- uvedenie telefonického alebo e-mailového kontaktu pacienta alebo príbuzných na návrhu na liečbu,
- v prípade poistenca Všeobecnej zdravotnej poisťovne potvrdenie, že zdravotná poisťovňa neeviduje voči pacientovi pohľadávku na zdravotnom poistení (aj minimálny dlh môže byť príčinou neschválenia návrhu na liečbu revíznym lekárom zdravotnej poisťovne) a potvrdenie pripojiť k návrhu,
- v prípade problémov s vystavením návrhu na liečbu vystaví bezplatne návrh naša ambulacia OLÚP, n.o. Predná Hora po dohovore s lekárom OLÚP, n.o.

K NÁSTUPU NA LIEČBU JE POTREBNÉ, ABY SI PACIENT PRINIESOL:

- osobné doklady (občiansky preukaz, preukaz poistenca),
- vhodné je dať pacientovi výpis alebo zdravotnú dokumentáciu (nie je podmienkou),
- predpísané lieky v prípade ich pravidelného užívania a výskytu pridružených ochorení (OLÚP, n.o. Predná Hora nedrží zásoby všetkých liekov, na ktoré pacienti môžu byť nastavení).

Liečba závislostí je plne hrazená zdravotnou poisťovňou pacienta. Pacientov na liečenie pozývame kontinuálne podľa voľnej lôžkovej kapacity.

Komplexná liečba trvá u látkových aj nelátkových závislostí 3 mesiace.

Posilňovacia liečba je plne hrazená zdravotnou poisťovňou pacienta. Je určená na posilnenie abstinencie u abstínujúcich pacientov alebo prevenciu recidívy, ak má pacient obavy z porušenia abstinencie, pociťuje baženie (craving) a podobne.

Posilňovacia liečba trvá u látkových aj nelátkových závislostí 14 dní. Pacient má na ňu nárok pol roka po skončení liečby a jedenkrát každý rok, ak abstínuje.

Zastavenie ťahu je forma ústavnej liečby plne hrazená zdravotnou poisťovňou pacienta. Je určená pre pacientov, u ktorých po absolvovaní komplexnej liečby do roka došlo k recidíve. Dĺžku liečby (2-4 týždne) schvaľuje zdravotná poisťovňa.

ODPORÚČAME:

- pripomenúť pacientovi vhodnosť ošetrovania chrupu u jeho stomatológa pred nástupom na liečbu,
- pacientov po úrazoch a operáciách, akútnych somatických ochoreniach posilať na liečenie až po rehabilitácii, resp. zotavení.

Súčasťou komplexnej liečby v OLÚP, n. o. Predná Hora je aj možnosť využitia vzdelávacieho pobytu pre rodinných príslušníkov pacienta pod názvom **Rodinná terapia**.

PRIMÁRNA PREVENCIA
počet účastníkov prednášok



TERCIÁRNA PREVENCIA
počet účastníkov doliečovania v rámci
ambulantnej liečby
(doliečovanie, rodinná terapia,
individuálna terapia, skupinová terapia)

SEKUNDÁRNA PREVENCIA
počet odliečených pacientov

4034

ĽUĐOM SME V ROKU 2016 POMOHLI SKVALITNIŤ ICH ŽIVOT.
TO JE NÁŠ CIEĽ.

S VAŠÍM PRIČINENÍM ICH MÔŽE BYŤ VIAC.

Spracoval:
kolektív terapeutov OLÚP, n. o. Predná Hora



HERBACOS RECORDATI



Kontaktné údaje:
OLÚP, n. o. Predná Hora
Muránska Huta časť Predná Hora č. 126, 049 01 Muráň
Tel.: 058/4866111, Fax: 058/4866200
olup@olup-prednahora.sk
www.olup-prednahora.sk