



**KAŠTIEĽ,
KTORÝ
LIEČI**

METODICKÁ PRÍRUČKA O DROGOVEJ ZÁVISLOSTI PRE PEDAGÓGOV

**Primárna prevencia rizikového správania
v škole**

**PhDr. Vladimír Stanislav PhD., MPH
MUDr. Mária Martinove, PhD.**

PhDr. Vladimír Stanislav PhD., MPH
MUDr. Mária Martinove, PhD.

METODICKÁ PRÍRUČKA O DROGOVEJ ZÁVISLOSTI PRE PEDAGÓGOV

Primárna prevencia rizikového správania v škole

Edukačný materiál vznikol ako výstup projektu „*Nové trendy a výzvy - Účinná komunikácia, výmena informácií a názorov na podporu cieľov protidrogovej politiky, diskusia a analýza vývoja v oblasti zneužívania drog na národnej a medzinárodnej úrovni prostredníctvom telemedicíny a videokonferencie*“, ktorý je realizovaný s finančnou podporou Ministerstva Zdravotníctva SR – v rámci účelovej dotácie na podporu protidrogových aktivít pre rok 2020.

Text neprešiel jazykovou korektúrou.

Vydal: © BIANKO 2020

ISBN: 978-80-973787-0-7

EAN: 9788097378707

Obsah

Predhovor	4
1. Úvod.....	5
2. Závislosť.....	5
2.1 Závislosť od psychoaktívnych látok	5
2.2 Teórie závislosti	7
2.3 Bio-psycho-sociálny model.....	7
3. Prístupy používané pri liečbe závislostí	10
3.1 Štandardný terapeutický postup pre liečbu drogovej závislosti v OLÚP n.o. Predná Hora a situácia v zahraničí	10
3.1.1 Psychodynamický prístup	19
3.1.2 Behaviorálny prístup	20
3.1.3 Kognitívny prístup a prístup individuálnej psychológie	22
3.1.4 Kognitívne behaviorálna terapia	26
3.1.5 Špecifické terapeutické prístupy používané pri liečbe závislostí	26
4. Teoretické východiská primárnej prevencie	28
4.1 Cieľové skupiny primárne - preventívnych programov	28
5. Doporučené postupy pre oblasť návykových látok.....	29
6. Záver.....	30
7. Použitá literatúra.....	31

Predhovor

Každú pravidelne sa opakujúcu činnosť človeka sprevádza všeobecná zákonitosť - vznik návyku. Návyk na drogy je veľmi pevný a ťažko sa ruší. Droga totiž spôsobuje nanajvýš príjemné stavy s prechodným uvoľnením starostí, „zabudnutím“ na ne. Skutočnosť je však taká, že človeku pribudne ďalší nepriaznivý činiteľ s ktorým nepočítal - závislosť. Najčastejšou príčinou, prečo mladí jedinici začínajú skúšať drogy, je túžba získať nové zážitky a zvedavosť dospelých detí.

Ako zistíme, či niekto užíva drogu?

Na Slovensku sú špecializované pracoviská na toxikologické vyšetrenie moču, kde sa prítomnosť drog preukáže. Ďalším prejavom užívania drog môžu byť zmeny v správaní závislého od drog, zmena životného štýlu (prebdené noci, nechut' do jedla, úbytok hmotnosti, zmeny v nálade, pocity bezstarostnosti alebo sklon k brutalite, vpichy po injekciách...). Mení sa osobnosť jedinca (stráca záujmy, zanechá školu či zamestnanie, predáva cennosti, kradne, klame, pácha násilnú trestnú činnosť, prostituuje, aby mal na dávku drogy). Niekedy okolie narkomana ani nezaregistruje výraznejšiu zmenu v jeho životnom štýle. Závislosť od ilegálnych drog vzniká veľmi rýchlo, v priebehu niekoľkých týždňov. Pritom každá jednotlivá dávka drogy môže byť smrteľná!

Drogová závislosť je ochorenie, ktoré sa nedá riešiť trestami, treba ho liečiť.

Prestať užívať drogy iba pomocou vôle prakticky nie je možné, nakoľko aj tá je u narkomanov výrazne narušená, keďže u nich zlyháva pud sebazáchovy. Liečba je dlhodobá, aj niekoľkoročná, s mnohými sklamaniami a problémami, nevedie k úplnému vyliečeniu závislosti. Závislosť je celoživotné ochorenie a liečbou sa dá dosiahnuť ústup príznakov ochorenia (remisia). Zámer je dosiahnuť čo najdlhšiu abstinenciu (podľa možnosti do konca života závislého). Liečba drogových závislých sa realizuje v špecializovaných zariadeniach (ústavná) či ambulanciách. Doliečovanie je neodmysliteľnou súčasťou liečby, či už ambulatnou formou, v resocializačných zariadeniach (špecializované zariadenie komunitného charakteru), denných stacionároch a pod. Musia byť prijaté pevné pravidlá a metódy na účinnú pomoc, nie je možné robiť ústupky. Uzdravenie vyžaduje zmenu vo všetkých oblastiach života závislého (zmeniť sebaovládanie, obozretnosť, dosiahnuť emočné zdravie, nácvik zvládania a riešenia problémov, účasť na aktivitách, ktoré neobsahujú drogy, vytváranie nových záujmov a disciplinované dodržiavanie účinných prijatých zásad).

Závislosť je bohužiaľ aj fenoménom dnešných dní, s ktorým sa pedagóg opakovane stretáva.

MUDr. Mária Martinove, PhD. – odborný garant

1. Úvod

Závislosť od návykových látok je celosvetový problém. Návyku prepadajú jedinici bez ohľadu na národnosť či rasu, sociálnu situáciu, vzdelanie, vek, pohlavie, či iné faktory. Odborníci uvádzajú, že presný počet ľudí, závislých od návykových látok vo svete nie je známy. Ich celkový počet sa odhaduje na viac ako 50 miliónov ľudí. Počet evidovaných a diagnostikovaných závislých je niekoľkonásobne nižší. Problematika súvisiaca s pitím alkoholu sa sleduje z rôznych aspektov. Odhadujú sa a vyčíslujú napr. finančné náklady a to jednak na samotný alkohol, ale i náklady vzniknuté v dôsledku zneschopenia pre rôzne ochorenia, či úrazy v dôsledku alkoholu. Celosvetové ekonomické náklady v dôsledku psychických zdravotných porúch sa pohybujú v miliardách dolárov. V roku 1990 WHO uverejnila náklady za medicínske ochorenia na celom svete. Výsledky boli sumarizované v knihe *The Global Burden of Disease*. Veľa ľudí odhaduje, že najvyššie náklady sú spojené s rakovinou a kardiovaskulárnymi chorobami. Omyl. Duševné ochorenia nás stoja omnoho viac, ako iné ochorenia. Predmetom záujmu odborníkov sú aj psychické komplikácie u závislých (psychózy). Poukazuje sa aj na iné celospoločenské dôsledky pitia, akými sú rozvodovosť, trestná činnosť, ale aj sociálna a vývojová prosperita detí z rodín závislých rodičov.

2. Závislosť

2.1 Závislosť od psychoaktívnych látok

V nasledujúcich podkapitolách sa pokúsime priblížiť problematiku závislosti, s ktorou sa v súčasnosti u ľudí často stretávame, avšak nie vždy na ňu správne a adekvátne reagujeme. Naším cieľom je priblížiť závislosť v jej zákonitých vývojových štádiách a príznakoch, poukázať na možnosti jej rozpoznania a tak včas dokázať uskutočniť diferenciálnu diagnostiku.

Z hľadiska jednotlivca problematiku závislosti na návykových látkach výstižne opisujú Heller a Pecinovská (1996) ako opojenie a slasť. Uvádzajú, že návykové látky svojimi vlastnosťami prinášajú mnohým úľavu, eufóriu, odstránenie bolesti a nepríjemných tlakov, prispievajú k zblíženiu ľudí, pomáhajú pri komunikácii, „rozpúšťajú“ zábrany v sexuálnych kontaktoch. Toto všetko môže návyková látka ponúknuť. Zostáva však na jedincovi, či to prijme ako doplnok k jeho vlastným schopnostiam a možnostiam, alebo ako potrebu, ktorá nahrádza jeho

schopnosti a možnosti. Túto situáciu spomínajú autori (Heller, Pecinovská a kol., 1996) označujú pojmom opojenie. Pokiaľ však jedinec siahne po návykovej látke ako po niečom, čo mu nahrádza jeho chýbajúce možnosti a schopnosti, je to cesta mimo jeho možnosti a nie je sa kam vrátiť, ba postupne nie je sa ani prečo vracieť. Tento spôsob vývoja autori označili ako princíp slasti.

Karel Nešpor (1999, 2000, 2006) sa vo svojich publikáciách zmieňuje o tom, že definícia závislosti z hľadiska formálneho je jasná: „Závislosť je to, čo zodpovedá definícii závislosti podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10). Je ale veľmi komplikovaná, čo nie je chyba autora, ale expertov Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorí ju vytvorili“ (cit. K. Nešpor, 2000, s. 14).

Syndróm závislosti je skupina fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, pričom užívanie nejakej látky alebo triedy látok má u daného jedinca oveľa väčšiu prednosť ako jeho konanie, ktoré si pred tým viac cenil. Centrálnou popisnou charakteristikou syndrómu závislosti je túžba užívať psychoaktívnu látku, alkohol alebo tabak. Definitívna diagnóza závislosti by sa obvykle mala stanoviť vtedy, ak v priebehu roka došlo k trom alebo viacerým z nasledujúcich javov:

- **silná túžba alebo pocit užít látku,**
- **ťažkosti v sebaovládaní** pri užití látky (aj pokiaľ ide o začiatok alebo koniec užívania určitého množstva látky),
- **telesný odvykací stav** – látka je užívaná s úmyslom zmenšiť príznaky vyvolané predchádzajúcim užívaním látky, prípadne dochádza k odvykaciemu stavu, ktorý je typický pre tú ktorú látku; k zmierneniu odvykacieho stavu sa niekedy používa príbuzná látka s podobnými účinkami,
- **tolerancia k účinku látky** – vyžadovanie vyšších dávok látky, aby sa dosiahol účinok pôvodne vyvolaný nižšími dávkami (jasný príklad môžeme nájsť u jedincov závislých na alkohole alebo opiátoch, ktorí môžu brať denne také množstvo látky, ktoré by zneschopnilo alebo usmrtilo užívateľa bez tolerancie), pokračovanie v užívaní aj napriek tomu, že sú zjavné dôkazy škodlivých následkov – organické poškodenie, depresívne stavy alebo toxické poškodenie myslenia.

Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH – 10) špecifikuje 9 psychoaktívnych látok (nedefinuje samotný pojem): alkohol, opioidy (napr. heroín), kanabinoidy (marihuana), sedatíva a hypnotiká (psychofarmaká), kokaín, psychostimulanty (napr. kofeín, amfetamíny, extáza a iné), halucinogény (napr. LSD, psylocybin obsiahnutý v lyso hlávkach a iné), tabak (nikotín) a organické rozpúšťadlá.

Diagnóza závislosti podľa Diagnostického a štatistického manuálu Americkej asociácie (DSM-IV) sa stanovuje nasledovne:

Pre diagnózu závislosti by mal jedinec vykazovať minimálne tri zo siedmich uvedených príznakov v rovnakom období 12 mesiacov:

- nárast tolerancie,
- odvykacie príznaky po vysadení látky,

- prijímanie látky vo väčšom množstve alebo dlhšiu dobu, ako mal jedinec v úmysle,
- dlhodobá snaha alebo jeden i viac pokusov obmedziť a ovládať prijímanie látky,
- trávenie veľkého množstva času užívaním a obstarávaním látky, alebo zotavovaním z jej účinku, zanechanie sociálnych, pracovných, rekreačných aktivít v dôsledku užívania látky,
- pokračujúce užívanie látky napriek dlhodobému alebo opakujúcemu sa sociálnemu, psychologickému alebo telesnému problému, o ktorom jedinec vie a ktorý je zhoršovaný užívaním látky.

Uvedené kritériá závislosti majú podľa nášho stanoviska evidentne veľmi blízko ku kritériám Svetovej zdravotníckej organizácie v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH-10). Zisťujeme, že 1., 2. a 7. známka DSM-IV sú prakticky totožné so známkami MKCH-10. Ostatné známky sa týkajú zhoršeného sebaovládania a zanedbávania iných záujmov, čo sme zistili z MKCH-10. Prekvapivým sa nám javí, že medzi známkami závislosti v DSM-IV sa neobjavuje túžba (craving).

V tejto kapitole sa nebudeme zaoberať patologickým hráčstvom (gamblingom), ktoré je v klasifikácii zaradené medzi návykové a impulzívne poruchy (F63.0). V praxi sa stretávame i s inými formami návykového správania, ako je „závislosť“ na sexe, nakupovaní (shopaholizmus), práci (workoholizmus) alebo počítačoch (v anglosaskej literatúre patologické užívanie internetu a iné). Ide o impulzívne a návykové poruchy, nie závislosť v zmysle klasifikácie MKCH-10.

2.2 Teórie závislosti

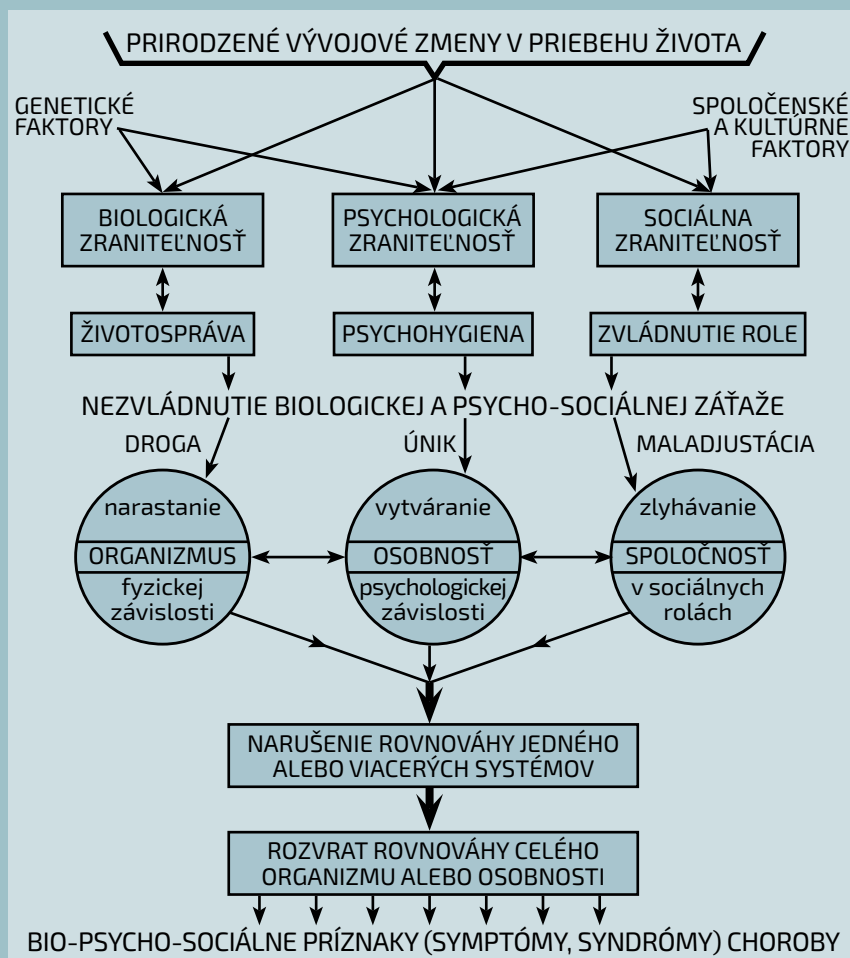
Doterajšie modely, ktoré sa pokúšajú vysvetliť vznik a udržiavanie alkoholového zneužívania a syndrómu závislosti, nedospeli zatiaľ k jednoznačnému výsledku, ktorý by viedol k označeniu jedného alebo viacerých príčinných faktorov. Ukazuje sa však, že bio-psycho-sociálny model podáva zatiaľ najviac akceptovateľnú a najširšiu zahrňujúcu bázu možného vysvetlenia. Veľa otázok stále zostáva nezodpovedaných hlavne na úrovni biologickej (Lowinson, 2005).

2.3 Bio-psycho-sociálny model

V rámci bio - psycho - sociálneho modelu vzniku závislosti sa uvažuje o genetickom komponente, zodpovednom za ľahší vznik a udržiavanie závislosti. Ukazuje sa, že sú isté rozdiely v populácii, pretože východné a orientálne národy sú menej náchylné k vzniku závislosti. Napr. pri alkoholovej závislosti pre pomalé

odbúravanie acetaldehydu, ktorý vo vyšších koncentráciách v krvi vyvoláva aj nepríjemné telesné pocity (antabus resp. disulfiram blokuje odbúravanie acetaldehydu v krvi, čo sa využívalo pri averzívnej liečbe) (Lowinson, 2005; First a Tasman, 2006).

Vo všeobecnosti sú psychologické komponenty osobnosti považované za hlavný zdroj vzniku a rozvoja závislosti. Avšak tento náhľad sa ukazuje ako neudržateľný, pretože doteraz sa nepodarilo jasne preukázať, že niečo ako závislá osobnosť existuje. Predsa však existujú isté osobnostné faktory závislého človeka, ktoré ho odlišujú od ostatnej populácie.



Obrázok 1. Bio-psycho-sociálny model vzniku závislosti (Nociar, 2009)

Tieto východiskové faktory sa postupne spracovávajú do komplexnej socio-biologickej hypotézy na podklade evolučnej teórie. Teória sa využíva na porozumenie fenotypu a genotypu vo vzťahu k vonkajšiemu prostrediu (Nociar, 2001). Z vyššie uvedeného vyplýva, že fenotyp je vytvorený vývinom a genotyp je združený s dedičnosťou a s adaptačnými schopnosťami organizmu reagovať na pôsobenie vonkajšieho prostredia. Potom môžeme odvodiť hypotézu o abúze ako o určitom druhu sociálneho správania s biologickým podkladom.

Dôležitou súčasťou a podmienkou pre vývoj návyku a závislosti je motivácia vedúca k abúze drog. Heller, Pecinovská a kol. (1996) sa pokúsili vystihnúť motivačné činitele:

- **Motivácia fyzická** – pranie fyzického uspokojenia, fyzického uvoľnenia, odstránenia fyzických problémov alebo ťažkostí, pranie získať viac energie, udržať si fyzickú kondíciu a pod.
- **Motivácia senzorická** – pranie stimulovať zrak, sluch, hmat, chuť, potreba zmyslovej sexuálnej stimulácie a pod.
- **Motivácia emocionálna** – uvoľnenie od psychickej bolesti, pokus riešiť osobné komplikácie, uvoľnenie od zlej nálady, zníženie úzkosti, emocionálna relaxácia.
- **Motivácia interpersonálna** – pranie preniknúť interpersonálnymi bariérami, získať uznanie od vrstovníkov, komunikovať s nimi, predovšetkým neverbálne, vzdorovať autorite, posilniť väzbu s druhou osobou, uvoľniť interpersonálne blokády, rozpustiť interpersonálnu závislosť.
- **Motivácia sociálna** – potreba presadiť si sociálne zmeny, identifikovať sa s určitou subkultúrou, unikať z ťažkých až neznesiteľných podmienok prostredia, meniť spoločenské vedomie vrstovníkov.
- **Motivácia politická** – identifikovať sa so skupinou alebo skupinami protestujúcimi proti establishmentu, meniť drogovú legislatívu, nedodržiavať spoločenské pravidlá a pod.
- **Motivácia intelektuálna** – uniknúť nude, dosiahnuť intelektuálnu kurióznosť, riešiť umelé problémy, produkovať originálne svetové idey, skúmať svoje vlastné vedomie a podvedomie a pod.
- **Motivácia kreatívne estetická** – vylepšiť umeleckú tvorbu, zvýšiť pôžitok z umenia, ovplyvniť a rozšíriť predstavivosť a pod.
- **Motivácia filozofická** – objavovať významné hodnoty, hľadať zmysel života, nájsť osobnú identifikáciu, objavovať nové pohľady na svet a pod.
- **Motivácia spirituálna mystická** – vyznávať ortodoxnú vieru, presadzovať spirituálny náhľad, získať božie vízie, komunikovať s bohom, získať spirituálnu moc a pod.
- **Motivácia špecifická** – osobná potreba prežiť dobrodružstvo, inak nevyjadrené prežívanie, získať ocenenie u určitých osôb a pod.

Možno teda zhrnúť, že konzumácia drog predstavuje odlišné správanie sa u jedincov, ktoré je charakteristické odchýlkou od bežného konvenčného správania. Hlavnou myšlienkou vývojového procesu je prepojenosť medzi genetickou determinantou jedinca a premenlivosťou jeho životného prostredia, medzi fyziogenézou a psychogenézou, medzi zrením osobnosti, ranými skúsenosťami a zmenou správania sa v sociálnom prostredí. V podstate ide o syntézu prístupov biologických, psychologických a sociálnych.

3. Liečba - prístupy používané pri liečbe závislostí

3.1 Štandardný terapeutický postup pre liečbu drogovej závislosti v OLÚP n.o. Predná Hora a situácia v zahraničí

Definícia a základné charakteristiky: Porucha spočíva v častých opakovaných epizódach užívania psychoaktívnych látok, ktoré v živote jedinca dominujú na úkor sociálnych, materiálnych, rodinných a pracovných hodnôt a záväzkov. Jediniec popisuje intenzívne pudenie užiť psychoaktívnu látku, ktoré môže len ťažko ovládnuť, spolu so zaujatými myšlienkami a predstavami užívať psychoaktívnu látku a myšlienkami a predstavami o okolnostiach, ktoré túto činnosť sprevádzajú. Porucha sa typicky prejavuje stratenou sebakontrolou užívať psychoaktívnu látku, hlavne pokiaľ ide o začiatok, ukončenie užívania alebo o množstvo psychoaktívnej látky. Chorý potrebuje postupne na dosiahnutie rovnakého stavu (eufória) stále väčšie množstvo drogy. Pri vysadení alebo znížení dávky drogy dochádza k somatickému a psychickému abstinenčnému stavu, ktorého prejavy sú charakteristické pre jednotlivé psychoaktívne látky.

Prevalencia a trendy: Odhaduje sa, že vyše 96 miliónov alebo 29 % dospelých (vo veku od 15 až 64 rokov) v Európskej únii vyskúšalo v priebehu svojho života nelegálne drogy. Skúsenosti s užívaním drog častejšie uvádzajú muži (57,8 milióna) než ženy (38,3 milióna). Najčastejšie skúšanou drogou je kanabis (55,4 milióna mužov a 36,1 milióna žien), pričom oveľa nižšie odhady sa uvádzajú v prípade celoživotného užívania kokaínu (12,4 milióna mužov a 5,7 milióna žien), MDMA (9,3 milióna mužov a 4,6 milióna žien) a amfetamínov (8,3 milióna

mužov a 4,1 milióna žien). Úroveň takéhoto užívania kanabisu sa medzi jednotlivými krajinami výrazne líši; od približne 4 % dospelých na Malte až po 45 % vo Francúzsku. Užívanie drog v minulom roku je meradlom užívania drog v poslednom období a zväčša sa koncentruje medzi mladými dospelými. Odhaduje sa, že 19,1 milióna mladých ľudí (vo veku 15 až 34 rokov) užilo drogy v minulom roku (16 %), pričom užitie uviedlo dvakrát viac mužov (20 %) než žien (11 %), (EMCDDA 2019).

Etiológia: Poruchy psychiky a správania vyvolané užívaním psychoaktívnych látok majú viacero známych a navzájom súvisiacich etiopatogenetických činiteľov (jedinec, droga, prostredie, porucha neurotransmitterovej rovnováhy v CNS, urýchľujúce faktory), presná etiológia čo sa týka patofyziológie jedinca však nie je známa.

Diagnostika závislosti sa stanovuje na základe:

- a) anamnestických údajov o závislosti od psychoaktívnych látok a celkového vyšetrenia pacienta (lekár)
- b) základných diagnostických kritérií závislosti od psychoaktívnych látok podľa MKCH-10 revízie (lekár)
(príloha č. 2, algoritmus diagnostiky závislosti od psychoaktívnych látok podľa Hollandera)

Pomocná diagnostika závislosti od psychoaktívnych látok:

- a) laboratórne vyšetrenie,
- b) psychologické vyšetrenie,
- c) vyšetrenie pomocou dotazníkov (dotazník cravingu CBQ-príloha č.1, CRAFT, DAST, Dotazník závislosti, EuropASI – európsky index závažnosti návykového správania, Anamnestický list, Orientačný dotazník (klient, rodič, terapeut), Orientačná detekovateľnosť v moči, Škála závažnosti závislosti (SDS), CMRS).

Diferenciálna diagnostika závislosti od psychoaktívnych látok:

- a) škodlivé užívanie jednej či viacerých psychoaktívnych látok – experimentovanie s drogami (F1x.1)
- b) nadmerné užívanie drog u manických pacientov (F:30.x)
- c) užívanie drog ako autosanačný mechanizmus pri schizofrénnom ochorení a iných psychotických ochoreniach (hlavne kanabinoidy, nikotín, alkohol)
- d) užívanie drog u špecifických porúch osobnosti (najmä hraničná, emočne nestabilná porucha osobnosti)
- e) sekundárne užívanie drog pri iných psychických poruchách (depresia, úzkostné poruchy, gambling, lieková závislosť a pod.).

Terapia závislosti od psychoaktívnych látok -

- algoritmus liečebného plánu závislosti od drog (podľa E. Hollandera, 1998 o Patologickom hrani)

Farmakologická liečba: je zameraná na zvládnutie abstinčných ťažkostí (tu aj substitučná liečba), zníženie hladiny impulzivity cestou zvýšenej neurotransmitterovej produkcie serotonínu (napr. psychofarmaká zo skupiny SSRI (lekár), na zníženie baživosti (cravingu) anticravingovými liekmi (acamprosát pri alkoholovej závislosti, neuroleptiká a stabilizátory nálad pri závislosti od iných psychoaktívnych látok), na liečbu zistených komorbidných ochorení (poruchy osobnosti, depresia, psychotická tranzitórna porucha, úzkostná porucha, somatické dôsledky drogovania a pod.).

Nefarmakologická liečba: jej základom je psychoterapia (skupinová, individuálne - motivačná). K najúčinnjším psychoterapeutickým smerom v liečbe závislosti patrí dynamická - kognitívne - behaviorálna terapia, ktorej podstatou je pracovať na zmene myslenia a správania závislého jedinca. Základnými cieľmi terapie u závislých je dosiahnuť dlhodobú abstinenciu resp. Harm reduction formy, v maximálne možnej miere zlepšiť sociálne zručnosti a spôsobilosti závislého a pomôcť mu získať zručnosti na zvládanie kríz a recidív (terapeuti - lekár, psychológ, psychoterapeut, zdravotná sestra a sociálny pracovník).

Terapeutické postupy

A. Režimový proces

Každý pacient je podľa svojho aktuálneho zdravotného stavu zaradovaný do režimového terapeutického procesu na oddelení – do **pracovnej rehabilitácie** (lekár) a do voľnočasových aktivít (šport, skupinové vychádzky pod dozorom, spoločenské hry, kvízy a súťaže, kultúrne podujatia, práca s počítačom, svojpomocné skupiny a pod.). Odvykací program v liečebni nestojí len na slovách, ale pacient musí participovať aj svojimi činmi. Cieľom zodpovednosti v pracovnej rehabilitácii by mala pacientovi pomôcť prevziať zodpovednosť za svoj život do vlastných rúk – pacient v liečbe nie je v pasívnej roli a je v režimovej liečbe motivovaný k spoluzodpovednosti.

Motivačný proces: Od začiatku liečby pacienta motivujeme k abstinencii s cieľom nadviazať kvalitný terapeutický vzťah počnúc jeho adaptáciou na liečebný proces (2 týždne), až po riadne ukončenie ústavnej liečby.

Súčasťou adaptačného procesu je **motivačná skupina**, kde sú pacienti zaradení v prvých dvoch týždňoch liečby, prípadne aj dlhšie, ak si to vyžadujú individuálne

charakteristiky pacienta. Účelom motivačnej skupiny je zabezpečiť pacientom vhodné podmienky na adaptáciu s tolerantnejším prístupom terapeutického tímu pri bodovaní pacienta pri menších priestupkoch. Následne po uplynutí dvoch týždňov terapeutický tím zhodnotí pripravenosť pacienta k preradeniu do terapeutickej skupiny na základe viacerých kritérií (štádium kontemplácie v procese zmeny, záujem o riešenie svojich problémov, rešpektovanie liečebného poriadku). **Obsahom** motivačnej skupiny sú edukácie o úvodných témach do závislosti formou skupinového brainstormingu (spúšťače, emócie, dôsledky závislosti, motivačné faktory).

B. Psychoterapeutický proces

je základným procesom v liečbe návykových ochorení:

Práca v skupine

Edukačné skupinové programy zahŕňajú podľa určeného harmonogramu racionálnu terapiu (spolu 13x), ktorej obsahom sú základné informácie o závislosti (diagnostika závislosti, príčiny vzniku závislosti, fyzické/psychické/sociálne dôsledky závislosti, terapia závislosti, formy doliečovania, nelátkové závislosti, ciele liečby a úprava osobnosti).

Interakčné skupinové psychoterapie (minimálne 4 x týždenne, spolu počas 3-mesačnej liečby): Interakčná skupinová terapia tvorí základ psychoterapeutického pôsobenia. Pacient je zaradený do skupiny hneď po nástupe na liečenie. Skupinu tvorí priemerne 6 až 12 pacientov, v porovnaní s priemerným počtom členov inej skupiny je počet nižší z dôvodu špecificity pacientov so závislosťou od drog a častou poruchou osobnosti ako pridruženým ochorením.

Edukačno - nácvikové skupiny so štruktúrovaným programom založeným na princípoch dynamicko-kognitívne-behaviorálnej terapie. Sedenia pozostávajú z teoretickej a praktickej nácvikovej časti.

Pozostávajú z:

- **Protistresová skupina:** charakteristika stresovej reakcie, spúšťače stresu, vzťah stresu s užívaním psychoaktívnych látok, dlhodobé dôsledky stresu, copingové zručnosti zamerané na kontrolu myšlienok, emócií, telesných pocitov a správania, zvládanie stresu, prevencia stresu.
- **Asertívna skupina:** základné komunikačné zručnosti, charakteristika asertívneho správania, základné asertívne práva, praktický nácvik asertívnych techník, závislosť a asertivita.
- **Anticravingová skupina:** charakteristika cravingu, spúšťače cravingu, intervencie zamerané na prácu s myšlienkami, telesnými reakciami, emóciami a správaním, zvládanie kríz, protikrízové opatrenia.

Svojpomocné skupiny (denne) sú za účelom riešiť v komunite problémy týkajúce sa najmä režimu oddelenia a plánovania programu pre komunitu na nasledujúci deň.

Životopisná komunita je zameraná na etiológiu vzniku závislosti, vývin osobnosti, možné predispozície k rozvoju závislosti a drogovej kariéry.

Protiúzkostná skupina (po diagnostikovaní úzkostne fobickej a depresívnej poruchy, podľa MKCH-10) absolvovanie protiúzkostných skupín, s kognitívne-behaviorálnym psychoterapeutickým prístupom k úzkostným poruchám, čo pozostáva hlavne z edukácie o charaktere úzkosti a strachu, expozičnej liečby a riešenia problémov.

Na zvládanie depresie zamerané skupiny (antidepresívne skupiny): cyklus šiestich prednášok, pre pacientov s depresívnymi poruchami, na ktorý sa môžu prihlásiť dobrovoľne, alebo sú do cyklu zaradení po indikácii lekára. Stretnutia sú viac edukačného charakteru, pacientom sú poskytnuté základné informácie o depresii ako chorobe, jej súvislosti so závislosťami a o spôsoboch liečenia. Pacienti sú oboznámení aj s konkrétnymi praktickými spôsobmi, ktoré môžu použiť na samostatné pozitívne ovplyvnenie svojho psychického stavu a myslenia.

Spirituálna skupina: Spiritualita si vyžaduje pozornosť najmä tým, že je usadená v ontologickom základe, v najhlbších štruktúrach ľudského bytia. Spiritualita sa zameriava na záležitosti hlboko zakorenené v bytí človeka. Je to dimenzia osobnosti a má mnohodimenzionálny psychologický konštrukt. Znamená hľadanie osobného spojenia s transcendentnom (s tým čo nás presahuje, je vyššie ako my) ako aj uznanie určitej závislosti od tejto transcendentnej skutočnosti, jej prežívanie v bežnom živote. Zväčša je to niečo nemateriálne niekedy označovaná ako: Boh, vyššia sila, božstvo, príroda, vesmír. Spirituálna skupina sa zameriava na vzťahy jednotlivca k ľuďom a ich činnosti, či vzťahy medzi ľuďmi navzájom ako aj na vzťahy k predmetom, alebo hľadanie spojenia s transcendentnom. Spirituálna skupina sa snaží nájsť aj posvätné vzťahy, miesta, veci, ale aj to posvätné v nás samých. Spirituálna skupina sa spája so subjektívnym zážitkom posvätna, a to prostredníctvom zaoberanie sa s "poslednými záležitosťami", hľadanie zmyslu, istoty, súvislosti, výšin ľudských možností. Tento subjektívny zážitok vzniká na spirituálnej skupine prostredníctvom preberaných existenciálnych tém ako je zmysel života, sloboda, zodpovednosť odpustenie atď. a ich **dopad na liečbu závislosti a rozvoj osobnosti**. Spirituálna skupina na jednej strane zisťuje kam jednotliví členovia skupiny majú svoje životy zamerané a zároveň sa tu poukazuje na možnosť prehodnotiť svoje zameranie života s **dôrazom na abstinenciu a proabstinentský život** a spokojnosťou svojho súčasného života so zameraním na budúcnosť.

Arteterapia: Úlohou arteterapie je doprevádzať pacientov z teritória disharmónie, chaosu, z prostredia ohrozujúceho ich telesné a duševné zdravie, ktoré môže byť nielen v ich okolí, ale aj v nich samých. Kreslenie a maľovanie je proces sebapoznávania, spôsob, ako byť sám so sebou v kontakte, ako vyniesť skryté obsahy nevedomia do vedomého procesu. Skupina prežíva svoje formovanie a skupinový dej veľmi podobne ako všetky terapeutické skupiny. Spolužijanie výpovedí jednotlivých členov skupiny, empatia a zdieľanie pocitov pri spoločných témach je tiež veľmi významnou zložkou života skupiny. Arteterapia využíva u závislých výtvorný prejav, ako hlavný prostriedok poznávania a ovplyvňovania ľudskej psychiky v smere redukcie psychických či psychosomatických ťažkostí a redukcie konfliktov v medziľudských vzťahoch.

Liečebná telesná výchova: Liečebno-telovýchovný proces prebieha 2x do týždňa formou povinnej terapeutickkej aktivity. Pacienti so záujmom o rozšírené hodiny LTV majú možnosť, sa dodatočne prihlásiť na dobrovoľnú skupinu LTV/FMS (1x týždne). *FMS (Functional Movement Screen) – Každý účastník dobrovoľnej LTV, podstúpi vstupný a výstupný diagnostický screening.

Pri liečbe závislosti v OLÚP n.o. Predná Hora, je popri hlavnom terapeutickom procese psychoterapii, zaradený aj podporný terapeutický proces liečebná telesná výchova. Zámerom LTV je starostlivosť o funkčnú a fyzickú stránku pacienta (zlepšenie mobility, stability, motorickej kontroly a kĺbovej pohyblivosti, s dôrazom na správnu techniku prevedenia jednotlivých pohybových štruktúr). LTV je jedným z modelov, ako naučiť pacientov predchádzať nudnému/stereotypnému spôsobu života a zamerať sa na efektívne trávenie voľného času. Vytvoriť si pozitívny vzťah k pohybovým aktivitám a športu. Odoberáme závislosť od drog, ale ponúkame kvalitnú náhradu vo forme športu.

Protifajčiarska skupina (1 x týždenne, cyklus šiestich stretnutí) je zaradená medzi dobrovoľné skupiny pre pacientov, ktorí sa rozhodnú svoj problém s fajčením riešiť, prípadne pre abstinentov s upevnením abstinencie. Skupina je zameraná na podporu v motivácií pre dosiahnutie abstinencie od nikotínovej závislosti. Sedenia sú sústredené na edukáciu o zdravotných dôsledkoch fajčenia, prevenciu, na hľadanie príčin začatia a udržiavania závislosti, ako aj spôsobov, postupov začatia a udržania si abstinencie. Spôsob realizácie prebieha skupinovo- edukáčnou formou s využitím motivačných videí o danej problematike.

Relaxačné techniky: Autogénny tréning je psychoterapeutická metóda, ktorá patrí do skupiny metód relaxačno-koncentračných a vypracoval ju nemecký lekár – psychiater I.H. Schulz (1884–1970). Preto sa označuje aj ako **Schultzov autogénny tréning**. Podstatou autogénneho tréningu je naučiť sa **uvolňovať kostrové svalstvo** i hladké svalstvo **vnútorných orgánov a ciev**. Autogénny tréning pozostáva zo **šiestich uvolňovacích cvikov**. Je to nácvik pocitu tiaže, tepla, uvedomenia si pokojného dýchania, pokojného tepu srdca, navodzovania po-

citu tepla v brušnej dutine a pocitu chladu na čele. Jednotlivé cviky sa nacvičujú v uvedenom poradí postupne za sebou. Cvičiť sa má 2-3 krát denne, v nerušenej miestnosti, minimálne 5 minút. V stave uvoľnenia je veľmi vhodné používať ešte **vlastné autosugestívne formulky**. **Jacobsonova progresívna svalová relaxácia - Jacobsonova progresívna relaxácia** bola vytvorená v 20-tych rokoch 20. storočia. Je založená na systematickom napínaní a uvoľňovaní kostrového svalstva, pomocou ktorého je možné odstrániť svalové napätie. Spolu s tým vznikajú príjemné telesné pocity, ktoré následne prispievajú i k psychickému uvoľneniu. Jacobson vychádzal z predpokladu, že je nemožné pociťovať nervozitu alebo napätie ak sú naše svaly úplne uvoľnené.

Motivačná skupina pre pacientov so súdnym nariadením liečby: Podľa EMC-CDA (2007) ide o:

- I. Psychofarmakologicky podmienenú trestnú činnosť
- II. Ekonomicky motivovanú trestnú činnosť
- III. Systémovú trestnú činnosť
- IV. Trestné činy porušovania drogových zákonov. (Carpentier, 2007).

Motivačná skupina je realizovaná 1x týždenne pod vedením psychológov, poskytuje pomoc pre pacientov, ktorí spáchali trestný čin pod vplyvom návykovej látky. Terapia je zameraná na ich dočasnú izoláciu v ústavnom zariadení, pričom tak pacienti umožňujú liečiť sa poskytnutím odbornej psychoterapeutickej starostlivosti. Účelom a cieľom psychoterapeutickej starostlivosti je:

- motivovať pacienta k abstinencii a získať objektívny náhľad na svoju situáciu,
- pochopiť vplyv závislosti na osobnosť jedinca a následné páchanie trestnej činnosti,
- preventívne pôsobiť voči prípadnému opakovanému porušovaniu zákona a nerešpektovaniu súdneho nariadenia.

Resocializačná skupina: (1x týždenne, dobrovoľná) je zameraná na doliečovací proces pobytovou formou v resocializačných zariadeniach, kde základ tvoria tri „pilieri“ resocializácie (1) bývanie, (2) vzdelávanie a (3) zamestnanie (vrátane odbornej prípravy). Zámerom resocializačnej skupiny je oboznámenie pacientov z resocializačným procesom, fázami a pravidlami resocializácie. Cieľom je poskytovanie informácií o konkrétnych zariadeniach, motivácia pacienta do resocializačného procesu.

Individuálne - motivačné psychoterapeutické pohovory: Slúžia ako intervencie pre naliehavé a neodkladné psychické stavy a problémy, prevažne osobného - intímneho charakteru (počet podľa naliehavosti) (psychológ – psychoterapeut).

Motivačný pohovor (1x v úvode liečby) informuje pacienta o pravidlách skupinovej terapie, liečebných faktoroch skupinovej terapie, motivuje pacienta k práci v skupine. Od prijatia pacienta na oddelenie ho motivujeme k abstinencii s cieľom nadviazať kvalitný terapeutický vzťah, a to od začiatkov adaptácie pacienta na liečebný program (prvé 2 týždne), až po riadne ukončenie ústavnej liečby.

Práca s denníkmi je dôležitá terapeutická pomôcka pri liečbe závislostí. Pacient v denníku má možnosť sa zamyslieť nad sebou samým a prehodnotiť svoje postoje a doterajší život. Pacient môže v denníku popisovať vnímanie vzťahov voči pacientom v komunite, vzťahu voči sebe a vzťahu voči terapeutovi. Pacient si prostredníctvom denných zápiskov môže reflektovať svoje prežívanie, znovu spracovávať, čo prežil na skupine, môže sa vracieť vo svojich úvahách do minulosti a plánovať budúcnosť po liečbe. Denník môže byť ponímaný ako dôverný prostredník medzi pacientom a terapeutom. Terapeut má možnosť sledovať, ako pacient premýšľa, čo prežíva, napovedá mu to, v akej fáze liečby sa pacient nachádza, v prípade krízových situácií môže promptne reagovať na rôzne zmeny prežívania. Terapeut podáva pacientovi priebežne spätnú väzbu, čo môže podnecovať k ďalším úvahám pacienta. Denník môže slúžiť aj ako podnet pre individuálny pohovor.

Rodinná terapia: (doporučujeme min. 1x) počas liečby ponúkame **pre rodinných príslušníkov** terapeutické aktivity pod názvom **Rodinná terapia**. Je to príležitosť pre blízkych nahliadnuť do možností liečby závislostí, aby vedeli byť nápomocní po návrate domov pri začlenení sa do bežného každodenného života. Závislosť je choroba, ktorá si vyžaduje liečenie a následné dlhodobé doliečovanie. Jej dôležitou súčasťou je aj pomoc, pochopenie a podpora rodiny. Blízki sa môžu od odborníkov dozvedieť čo najviac o tom, čo pomáha liečenému závislému úspešne zotrvať v abstinencii.

Formy rodinnej terapie:

- rodinný príslušník má možnosť zúčastniť sa rodinnej terapie vo forme terapeutických aktivít počas celého dňa alebo v podobe individuálnej rodinnej terapie:

A. Plán terapeutických aktivít počas rodinnej terapie:

Rodinný príslušník je zaradený do terapeutického programu podľa dohody s terapeutom (lekárom, psychológom). Program začína rannou komunitou na oddelení, kde zodpovedný terapeut poinformuje rodinných príslušníkov o terapeutických aktivitách, ktoré v ten deň počas rodinnej terapie absolvujú.

B. Individuálna rodinná terapia:

Rodinný príslušník si môže zvoliť aj formu individuálnej rodinnej terapie. Po dohode s terapeutom (lekárom, psychológom) sa v stanovený čas dostaví na rodinnú terapiu, kde absolvuje rozhovor s terapeutom. Počas tohto rozhovoru je informovaný o základných faktoch týkajúcich sa závislosti, spoluzávislosti a doliečovania. Za účasti terapeuta i pacienta (lekára, psychológa) je možnosť rozobrať fungovanie pacienta po jeho návrate z liečby.

Doliečovanie:

A - kluby: Povinné absolvovanie A - klubu ešte počas liečby (1 až 2x) má pacientov motivovať k doliečovaniu (psychológ – psychoterapeut).

Prínosy doliečovania:

- aktívny prístup k dosiahnutiu a udržaniu zdravia
- proces vytvárania nových sociálnych kontaktov s nerizikovými ľuďmi v nerizikovom prostredí
- najdôležitejšia úloha – ustáliť zmeny v životnom štýle, udržať, príp. obnoviť motiváciu k trvalej a dôslednej abstinencii.

Resocializácia

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

Spolupráca s Organizáciou AA, NA, GA, Al-Anon: účasť dobrovoľná, ide o pravidelné stretnutia vo forme Doliečovacieho programu 12 krokov (1 nedľa v mesiaci). Anonymní alkoholici, narkomani a gambleri sú spoločenstvo žien a mužov, ktorí sa navzájom delia o svoje skúsenosti, silu a nádej, aby mohli riešiť svoj spoločný problém a pomáhať ostatným uzdraviť sa zo závislosti. Prvoradým cieľom tejto dobrovoľnej skupiny je ostať triezvym a pomáhať k triezvosti ostatným závislým.

Situácia v zahraničí

Liečba závislosti v zahraničí podľa Rotgersa (1999) ešte v šesťdesiatich rokoch 20. storočia mala často unifikovanú podobu mesačnej hospitalizácie – detoxifikácie, zahŕňala poradenstvo, edukáciu a svojpomocné skupiny. Pri opiatových závislostiach bola pre klientov doporučená substitučná liečba metadonového programu alebo zaradenie do dlhodobej terapeutickej komunity. Podobný stav bol podľa Newcombeho (2004) i vo Veľkej Británii. Od tej doby liečba klientov s problematikou závislosti sa viac diferencuje a snaží sa o špecifický prístup podľa potrieb jednotlivých klientov.

V súčasnej podobe liečby závislostí Rotgers (1999, s. 13) uvádza päť najdôležitejších teoretických a praktických prístupov, ktoré sa používajú. Sú to:

- a) 12 krokový program,
- b) psychodynamický prístup,
- c) manželská/rodinná terapia,
- d) behaviorálny prístup,
- e) posilňovanie motivácie.

Teraz si každý z týchto prístupov bližšie predstavíme. Rozdielny priestor, ktorý každému smeru alebo prístupu venujeme, vychádza z reálneho vplyvu každého z týchto prístupov v našej republike. Behaviorálny (alebo novší kognitívne behaviorálny model) má najdlhšiu tradíciu pri liečbe závislostí a jeho vplyv v liečbe závislosti je podporený výskumami a dobre zdokumentovateľný. Posilňovanie motivácie je najnovší z týchto prístupov, zďaleka nie tak dobre známy ako iné, tradičné prístupy. Podľa výskumov sa zdá byť sľubnou vyhlídkou pre liečbu závislostí, a preto mu venujeme o trochu viac pozornosti než rodinnej terapii alebo psychodynamickému prístupu, prístupom u nás dobre etablovaným a v literatúre popisovaným. Najmenší priestor dostane prístup založený na 12 krokoch, ktorý vychádza z populárneho hnutia Anonymných alkoholikov a ktorý patrí medzi obľúbené viac v USA, avšak aj u nás v zariadeniach priamo pracujú s týmto programom.

3.1.1 Psychodynamický prístup

Tento prístup, veľmi zjednodušene povedané, sa zaoberá tým, aby sa nevedomé stalo vedomým. Hlavnú úlohu v tomto prístupe podľa teórie zohráva motivácia, kde protichodné potreby spôsobujú konflikt, ktoré sú vyjadrené vo forme symptómov. Zneužívanie návykových látok potom môže byť chápané napr. podľa Khantziana a Treeceho (1977) práve ako takýto symptóm. Pod psychodynamickým prístupom v liečbe závislostí rozumieme široké spektrum modifikácií pôvodne psychoanalytického prístupu, a ich spojovacím momentom je dosiahnutie náhľadu. Tieto modifikácie sú potrebné ako zdôrazňuje Keller (in Rotgers, 1999, s.76), pri práci so závislými kde je potreba byť „aktívny, direktívny a rozhodný“. Dynamická terapia však potrebuje presný opak. Terapeut zostáva zámerne nedirektívny a nič nenariaďuje preto, aby umožnil vlastný terapeutický priestor a nechal sa vynoriť pacientov odpor a aby „živil“ prenos.

Príkladom, ako nedirektívny prístup pri liečbe závislostí nie je účinný, môže byť holandská komunita pre drogovu závislých Emiliehovcov, ktorý pri svojom vzniku v roku 1972 využívali prevažne princípy analytickej terapie. Ako zdôrazňuje Kooyman (in Kooyman et al.,2004), že na strane tímu neboli uplatnené direktívne terapeutické intervencie a konzistentné stanovenie hraníc, čo malo za

následok stupňovanie rušivého a dysfunkčného správania klientov. Začali sa objavovať predčasné odchody z komunity, užívanie návykových látok priamo v komunite a pokusy o samovraždu. Dohodnutý denný plán komunity sa neplnil. Pôvodný predpoklad, že klienti dokážu robiť „rozumné, realistické a zmysluplné rozhodnutia,“ sa nenaplnil (Kooyman in Kooyman et al., 2004, s.110). Po štyroch mesiacoch fungovania komunity boli prepustení poslední dvaja klienti, ktorí sa vrátili k užívaniu drog. Tento model zlyhal zrejme v dôsledku nedostatočnej štruktúry a neefektívnemu terapeutickému prístupu, ktorý riešil konflikty intelektuálnou cestou a jeho cieľom bola snaha o dosiahnutie náhľadu, než vyvolanie zmeny v správaní.

V praxi sa pri liečbe závislostí psychodynamický model kombinuje s kognitívne behaviorálnymi prístupmi. Kaufman (1994) popisuje svoj trojstupňový model. Po prvej fáze posúdenia závislosti a naplánovania liečby, kde najdôležitejšiu úlohu zohráva dosiahnutie triezvosti, nastupuje druhá fáza (ranné uzdravenie), ktorá trvá 1-2 roky a ktorá sa snaží o zaistenie a stabilizáciu abstinencie predovšetkým prvkami kognitívne behaviorálnej terapie a zapojením 12 krokového programu. Psychoterapia je direktívna, obranné mechanizmy sa predčasne nekonfrontujú. V priebehu tejto fázy sa zvyšuje sebadôvera a vytvárajú sa nové vzorce správania. V tretej fáze (pokročilé uzdravenie) sa používa na vhlad orientovaná psychoterapia s typickými psychodynamickými témami ako je prenos a odpor.

Keller (in Rotgers, 1999) zdôrazňuje, že v počiatkových fázach, kde je primárne dosiahnutie a udržanie abstinencie, sú vhodné kognitívne behaviorálne techniky. V pokročilom štádiu liečby môže prevládať dynamický prístup. Pokiaľ by mala byť ohrozená abstinencia, i v tejto fáze liečby meníme selektívne smer ku kognitívne behaviorálnym technikám.

3.1.2 Behaviorálny prístup

V liečbe závislostí má najdlhšiu tradíciu a je založený na princípe učenia a zmeny v správaní. Tento prístup, v súčasnej dobe integrovaný do kognitívne behaviorálnej terapie (ďalej ako KBT) je, ako zdôrazňuje Záleský (in Praško et. al., 2007), pri liečbe závislostí najštudovanejšou psychoterapeutickou metódou a väčšina zariadení využíva pri liečbe závislostí niektoré prvky KBT.

Teória **klasického podmieňovania** vytvorili podľa Rotgersa (1999) základ pre tieto metódy liečby závislostí: technika vystavovania podnetom, technika kontroly podnetu, nácvik relaxácie, desenzitizácie a iné techniky averzívnej terapie. Podieľali sa tiež na vzniku teoretického základu pre nácvik odmietania konzumácie alkoholu. Tieto metódy s výnimkou averzívnej terapie sa snažia prerušiť podmienené vytvorenie spojenia medzi niektorými aspektmi klientovho života a podmienenými abstinенčnými príznakmi alebo túžbou (cravingom). Podmie-

nené vytvorené spojenie (napr. užitie drogy v spojení s určitým prostredím alebo rituálom) podľa Záleského (in Praško et. al., 2007) tvorí motivačný základ pre snahu psychoaktívnu látku vyhladať a užiť ju.

Averzívnu terapiu a desenzitizáciu, ako zdôrazňuje Rotgers (1999), používa teória klasického podmieňovania inak. Snaží sa o vytvorenie novej, averzívnej reakcie na zneužívanie návykovej látky a s ním i spojené podnety. Tento prístup má pri liečbe závislostí najdlhšiu tradíciu. V Československu ju pri liečbe využíval napr. Skála (in Kubička, 1975, s.14).

Operantné podmieňovanie prispelo k liečbe závislosti predovšetkým vytvorením režimového prostredia, ktoré sa používa pri liečbe. Kládne dôraz na upevňovanie pozitívneho správania spojeného s abstinenciou namiesto aspektov spojených so zneužívaním, ktoré sa trestá. Pre väčšinu zmien v správaní je vhodnejšie klásť podľa Rotgersa (1999) dôraz na upevňovanie žiaduceho správania namiesto trestania nežiaduceho správania.

Učenie nápodobou je jedným z najúčinnějších metód, ktoré sa využívajú pri liečbe závislostí pre svoju vysokú efektivitu. Závislí jedinci podľa Rotgersa (1999) často postrádajú základné behaviorálne schopnosti, ktoré by im pomohli vyrovnáť sa zo situáciami, ktoré predtým viedli k zneužívaniu psychoaktívnych látok. Učenie nápodobou poskytuje teoretický základ pre psychologické schopnosti, ako sú napr. relaxácia, asertivita, práca s agresivitou a inými emóciami a pod. Učenie nápodobou od druhých ľudí je jeden z dôvodov, prečo sa tak často pri liečbe závislostí využívajú skupinové programy namiesto individuálnej práce. Podľa Záleského (in Praško et. al., 2007) vzorom môže byť aj terapeut. Ďalším dôležitým príspevkom behaviorálneho prístupu je kognitívna zmena v správaní. Podľa Rotgersa (1999) je štvrtým základným procesom, ktorým behaviorálne orientovaní autori prispeli k liečbe závislostí. Predpokladá, že okrem troch behaviorálnych foriem učenia sa na výslednom ľudskom správaní podieľa tiež vytvorenie vzorcov myslenia a cítenia. Kládne dôraz na význam myslenia pre kontrolu vlastného správania. Ako uvádza Rotgers (1999), spôsob, akým jedinec zvláda problematiku situácie, je ovplyvnený myšlienkami, pocitmi a očakávaniami, ktoré sú spojené s odozvou správania od okolia. „Očakávanie, ako dokážeme zvládnuť určitú situáciu“ vyjadrujeme podľa Bandury (cit. podľa Praška a Možného, in Praško et. al., 2007, s. 30) pojmom **sebadôvera alebo sebaúčinnosť** (self-efficacy). Miera sebadôvery určuje, do akej miery človek disponuje schopnosťou vyrovnáť sa s nejakou situáciou, či má predstavu o nedostačivosti svojich schopností tuto schopnosť využiť. Podľa tejto teórie, ako zdôrazňuje Rotgers (1999), sú jeho očakávania spojené so sebadôverou určujúcou pre to, či jedinec bude alebo nebude schopný adekvátne reagovať. Pokiaľ je jeho sebadôvera vo vlastné schopnosti zvládnuť nejakú situáciu vysoká, pravdepodobne sa ju pokúsi uplatniť. Pokiaľ bude jeho sebadôvera nízka, skôr sa pokúsi uplatniť inú zručnosť alebo stratégiu, s ktorou má lepšiu skúsenosť. To sa môže u závislého človeka prejavovať napr. v niektorých subjektívne vnímaných problémových

situáciách (napr. rozvod), ktoré môže vnímať, že s takouto situáciou sa nezvládne vyrovnáť a môže použiť svoju doterajšiu stratégiu, ako sa vyrovnávať s nepríjemnými situáciami v živote – zneužívaním návykových látok.

Táto teória učenia sa pozerá na zneužívanie návykových látok ako na neschopnosť zvládajúť situácie v živote primeranejším spôsobom. Podľa tohto modelu sa pri liečbe závislosti využívajú metódy tréningu a precvičovania zručnosti. Pri tom sa klient učí, aby v budúcnosti bol sám schopný predvídať stresové situácie a aby sám sa naučil ich adekvátne zvládnuť.

3.1.3 Kognitívny prístup a prístup individuálnej psychológie

Kognitívny model závislosti predpokladá hlboko zakorenené **maladaptívne (jadrové) presvedčenia** (Záleský, in Praško et. al., 2007). Maladaptívne presvedčenia vytvárajú schémy, ktoré smerujú jedinca k nadmernej zraniteľnosti, avšak zostávajú latentné pokiaľ jedinec neužije psychoaktívnu látku. Psychoaktívna látka v začiatkoch slúži ako kompenzácia, avšak postupne sa prepojuje s dysfunkčnými jadrovými presvedčeniami. Podľa individuálnej psychológie jedinečné vlastné schémy Ja, životný štýl vytvorený v ranom detstve, teda v dobe, kedy sú kognitívne schopnosti dieťaťa značne obmedzené a pri spracovaní informácií relevantných pre Ja dochádza k skresleniu. Subjektívne schémy, vytvorené na základe súkromnej logiky, sú zrozumiteľné, aj keď ich dospelí považujú za neplatné a nelogické. Jedinec nepoznáva subjektivitu toho, v čo verí a považuje to za objektívne platné. Adler (in Dreikurová-Fergusonová, 2005) konštatoval, že u päť až šesťročného dieťaťa je vyvinutý životný štýl, ktorý je vyjadrením jeho vzťahu k sebe a k svetu a ktorý v priebehu života jedinca zostáva relatívne stabilný.

Ak jedinec považuje svoje domnienky za pravdivé, väčšinou interpretuje všetky následné udalosti v rovnakej línii. Nemení svoje primárne presvedčenia, ak sa ocitne v novej životnej skúsenosti.

Ako náhle si človek začne vyberať priateľov a skúsenosti, ktoré zodpovedajú jeho životným cieľom, potom sa pravdepodobne nestretne s extrémne odlišnou informáciou o sebe ani o ostatných.

Životný štýl určuje hranice, udáva smer pohybu a tiež poskytuje spätnú väzbu, ktorá daný pohyb posilňuje alebo inhibuje. Môžeme hovoriť o stabilnej determinante – hodnotíme a interpretujeme podľa nej všetky situácie a v súlade s ňou na ne reagujeme.

Ak jedinec chápe životný štýl ako základnú schému adaptácie, potom je zrejmé, že hlavné elementy sa budú vzťahovať k niektorým zásadným otázkam života jedinca, respektíve k subjektívnym presvedčeniam o týchto otázkach.

Podľa Mosaka a Shulmana (1990) komponenty životného štýlu môžeme zhrnúť v nasledujúcom prehľade:

Presvedčenia o realite

Obraz seba (Aký som?)

Obraz sveta

- sociálny svet (Aký je vzťah medzi mnou a druhými?)
- život je taký (Ako to funguje?)

Presvedčenia o ideáloch

- (etické hodnoty)
- Ideálny svet (Aký by život a svet mal byť?)
- Morálne úsudky (Čo je správne, hodnotné a žiaduce?)

Inštrukcie pre správanie

- Dominantný cieľ (Za čím mám ísť?)
- Ideál Ja (Čím musím byť?)

Metódy používané pri vysvetľovaní životného štýlu (Ako to mám urobiť?)

Jedinec je sociálna bytosť a sám seba vníma cez svoje miesto vo svete a interakcii s ním. Niektoré aspekty Ja sú uvedomované, niektoré sú na hranici uvedomenia a iné sú neuvedomované. Celý koncept **obrazu o sebe samom** obsahuje kognitívnu zložku (sebadefinovanie – presvedčenie o vlastnom tele, o svojich osobnostných charakteristikách, hraniciach a schopnostiach), zložku emocionálnu (sebapосudzovanie – presvedčenie o vlastnej hodnote) a zložku konatívnu (inštrukcie pre správanie).

Adlerovu teóriu môžeme chápať ako teóriu poľa (Shulman, Mosak, 1990). Jedinec si nevytvára subjektívne presvedčenia len o sebe, ale tiež o svete a vzťahoch medzi sebou a svetom. Mosak a Shulman (1990) hovoria o **predstave sveta**, ktorú tvorí súbor subjektívnych presvedčení o všetkom, čo je mimo subjektívneho Ja, a o všeobecnom „vonkajšku“, s ktorým sa musí jedinec vyrovnávať. Nie všetky aspekty vonkajšieho sveta sú rovnako významné, niektoré jedinec ignoruje, iné sú pre neho zásadné. Predstava sveta je jedinečným konštruktom, ktorý si každý jedinec vytvára na základe svojho subjektívneho chápania, a na taký svet reaguje. Mohli by sme ju rozdeliť na **obraz života ako takejho** (otázky základnej existencie) a **obraz sociálneho sveta** (život medzi ľuďmi). V životnom štýle jedinca potom nájdeme jeho základnú predstavu o živote človeka. Príkladom predstavy o živote ako takom môže byť výrok „život je nepredvídateľný“ alebo „predurčený osudom“, „plný prekvapení“, „chaotický“ a podobne. Subjektívne predstavy o sociálnom svete a ľudských vzťahoch sú do určitej miery ovplyvnené kultúrou, ale tie najdôležitejšie presvedčenia o vzťahoch me-

dzi ľudmi sú individuálne a idiosynkratické a vytvárajú sa na základe osobnej skúsenosti. Mnohé z týchto presvedčení sú za hranicou uvedomovania. Ľlovek môže veriť, že ľudia sú priatelia alebo nepriatelia, majú alebo nemajú moc, sú prístupní alebo neprístupní, prijímajúci alebo odmietajúci a podobne.

Okrem presvedčenia o sebe a o svete zahrňuje životný štýl tiež prototypické tvrdenia o ideáloch, ktoré zapadajú do určitej postupnosti: „Ak som, kto som, a život je taký, aký je, je dôležité a žiaduce, aby som sa stal, robil a bol“, ak chcem nájsť svoje miesto vo svete“.

Súčasťou ideálu sú **morálne úsudky** o živote a o sebe samom – ja by som mal (mala) byť, život (svet) by mal byť. „Nikdy by som nemal hrešiť“, „vždy by som mal mať pravdu“, „ľudia by mali vždy jednať fér“, „boh to nemal dopustiť“. V ideáloch sa prejavujú hodnoty a etické postoje, úsudky o tom, čo je a čo nie je dôležité, správne a žiaduce. Rovnako ako ostatné aspekty životného štýlu, sú aj ideály fikciami, vytvorenými na základe subjektívneho vnímania (čo je dokonalosť pre jedného jedinca, nemusí byť dokonalosťou pre iného). Sú teda privátne, nemusia byť uvedomované a často nie sú podrobené konsenzuálnej validizácii (Shulman, Mosak, 1990, s. 10).

Na základe presvedčenia o realite a ideáloch si jedinec podľa Adlerovej teórie vytvára dominantný cieľ, dominantný ideál Ja, ktorý má funkciu „orientačného bodu“ v pohybe jedinca. Jedinec konštruuje tento cieľ ako spôsob uspokojovania základných psychologických potrieb a ustavične sa usiluje o jeho naplnenie.

Typickým príkladom dominantného cieľa sú: „vždy chcem byť prvý, na vrchole“, „chcem, aby ma ostatní chránili a jednali v môj prospech“, „nikdy nesmiem stratiť kontrolu“, „vždy musím byť stredom pozornosti“.

V neposlednom rade sú súčasťou schematickeho súboru presvedčení, pravidiel a „zákonov“ životného štýlu inštrukciou pre správanie – metódou dosiahnutia cieľa, ktorá z týchto pravidiel vyplýva.

V predchádzajúcom texte sme poukázali na to, že pri vytváraní životného štýlu dochádza často k skresleniu spôsobenému nedostatkom informácií a úrovni vývojových kognitívnych schopností dieťaťa. Najčastejšími skresleniami, ktoré nachádzame v súkromnej logike, sú simplifikácie, nadhodnocovania a generalizácie. Dreikurs (1957) nazval tieto subjektívne skreslenia, alebo skreslené presvedčenia, **základnými chybami**, ktoré charakterizoval ako sociálne hodnoty, ktoré sú v rozpore s normami a spôsobmi správania uznávanými súčasnou spoločnosťou za vhodné.

Koncepcia základných chýb je porovnateľná nielen s teóriou atribúčných skreslení, ale tiež s koncepciou **iracionálnych ideí** Alberta Ellisa (1996). Iracionálne ciele sú nevedomé hodnotenia toho, čo je správne a vhodné v našich životoch. Sú naučené v ranom štádiu života a ovplyvňujú naše očakávania a správanie. Shulman a Mosak vo svojej publikácii (1990) zhrnuli funkcie životného štýlu.

- **Organizujúca funkcia.** Životný štýl poskytuje súbor pravidiel, podľa ktorých jedinec prisudzuje hodnoty, vytvára hierarchie a determinuje priority.
- **Selektívna funkcia** zahŕňa:
 - **Určovanie smeru.** Životný štýl určuje smer pohybu jedinca v priebehu jeho života. A tak jedinec, ktorý sa podľa svojho životného štýlu potrebuje vyhnúť neúspechu, sa môže vyhýbať všetkým situáciám, ktoré jeho úspech nezaručujú.
 - **Selektívne vnímanie.** Jedinec vníma udalosti podľa svojho životného štýlu a jedná v súlade s týmito percepciami. Pokiaľ životný štýl jedinca vyjadruje, že druhí ľudia sú hostilní, potom daný človek bude hostilitu vnímať v situáciách, v ktorých ju iní vnímať nemusia.
 - **Funkcie radaru.** Životný štýl nielen umožňuje predikciu a anticipáciu, ale tiež umožňuje dávať pozor na určité zvláštne situácie. Pokiaľ životný štýl vyjadruje, že človek bude ponížený vďaka svojej neschopnosti, potom signály poníženia a neschopnosti môžu byť rozpoznané „radarovým systémom“, ktorý jedinca varuje. Opačnou funkciou tohto radaru je rozpoznanie človeka, ktorý zapadne do našej schémy a umožní nám hrať rolu, ktorú si prajeme.
 - **Selektívna funkcia pamäte.** Táto funkcia nám umožňuje využívať najranejšie spomienky z detstva ako diagnostický prostriedok k zisteniu životného štýlu. Pamäť je selektívna, sleduje líniu životného štýlu a spomienky z raného detstva môžu byť rekonštruované. V týchto raných spomienkach nachádzame základné metafory životného štýlu jedinca.
 - **Funkcia kontroly skúsenosti.** Selektívna percepcia umožňuje ďalší spôsob riešenia problému, a to zvládanie problému hodnotením a klasifikovaním skúsenosti. Udalosť sa môže stať traumatizujúcou, pretože je to tak určené životným štýlom, lebo súčasné a minulé skúsenosti vnímame podľa nej.
 - **Funkcie vytvárania mýtov.** Životný štýl je v istom zmysle mýtom a umožňuje mýty vytvárať. Obraz seba a obraz sveta sú fikcie, pomocou ktorých sa jedinec snaží získať informácie o svete a organizuje ich.
 - **Sebaobranná funkcia.** Ak nastane situácia alebo udalosť, ktorá by objektívne mohla znamenať spochybnenie životného štýlu, zasiahne opäť selektívna percepcia, ktorá prefiltruje, rekonštruuje alebo reinterpretuje danú udalosť tak, aby neohrozila existujúci súbor pravidiel. Táto sebaobranná funkcia už bola popísaná Sullivanom (1956), ktorý hovorí o self-systéme a princípe selektívnej nepozornosti k určitým skúsenostiam, ktorý filtruje nepriaznivé informácie. Sullivan chápe self-systém ako dynamiku, ktorá umožňuje jedincovi zvládať úzkosť a zaisťovať pocit bezpečia tým, že zameria pozornosť na zdanlivo relevantné informácie a nevšima si irelevantné. Podobné hľadisko zastáva Festinger (1957, cit. in Mosak a Shulman, 1990), ktorý hovorí o kognitívnej disonancii ako o rozpore medzi vonkajším správaním a vnútorným postojom, čo vyvoláva snahu uviesť oboje do súladu. Paralelu môžeme tiež

nájst v Greenwaldovom poňatí totalitného ega (1980), ktoré vyjadruje súvislosť medzi kontrolou informácií v totalitnom politickom systéme a ochranou integrity organizácie znalosti o vlastnom Ja, istené sklonmi k sebaoposudzovaniu. Ide o:

- tendencie vyhľadávať informácie relevantné pre Ja alebo vkladať seba ako objekt alebo subjekt do vnímaných príčinných súvislostí,
- tendencie vidieť samého seba ako dobročinného a kompetentného činiteľa,
- tendenciu chrániť v obraze Ja, čo už bolo vytvorené.

3.1.4 Kognitívne behaviorálna terapia

Dôležitým aspektom v KBT podľa Záleského (in Praško et. al, 2007) je práca s cravingom (bažením) a rozpoznaním tzv. zdanlivo nepodstatných rozhodnutí, ktoré vedú nakoniec k užitiu návykovej látky, nácvik odmietania, identifikácia a zvládanie rizikových situácií pre klienta. V praxi sa kognitívne behaviorálna terapia v porovnaní s kognitívnou terapiou líši len minimálne. KBT je o trochu viac didaktická a pracuje nielen s tým, ako klient myslí, ale tiež s tým ako sa klient správa. Obidva prístupy kladú dôraz na funkčnú analýzu problému, na identifikáciu procesov, ktoré pôsobia na udržovaní závislosti.

3.1.5 Špecifické terapeutické prístupy používané pri liečbe závislosti

Dvanásťkrokový program - je u nás známy predovšetkým zásluhou činnosti Anonymných alkoholikov (AA). Tento prístup má časovú obmedzenosť, Nowinski in Rotgers (1999) uvádza, že trvá 12–15 sedení. Tieto sedenia sú štruktúrované a požívajú sa nástroje ako povinné čítanie literatúry, písanie denníkov, konfrontácia a celý rád behaviorálnych úloh. Obsahuje tiež krátky program (väčšinou do 2–3 sedení) pre osoby blízke klientovi. Vychádza z presvedčenia, že závislosť ovplyvňuje nielen klienta, ale celú jeho rodinu, čiže blízke osoby a vzťahy. Cieľom tohto prístupu v samotnej liečbe je príprava klienta do svojpomocných skupín v doliečovacom procese. Tento cieľ sa môže zdať zjednodušený, ale v praxi sa ukazuje, že pri prijatí zásad AA ide „skôr o proces než jednorazovú udalosť“ (Nowinski in Rotgers, 1999, s. 47).

Manželská/rodinná terapia

Manželská alebo rodinná terapia vychádza z presvedčenia, že „rodina hraje ústrednú úlohu v etiológii, udržiavania a pri liečbe psychických a psychiatrických porúch“ McCrady a Epstein (in Rotgers, 1999, s.97). Rodinná terapia závislosti sa

zaoberá tým, akú úlohu zohráva zneužívanie návykovej látky v rodine a pokúša sa v rodinnom systéme zmeniť role, pravidlá a hranice.

Podľa **modelu choroby rodiny** sa k zneužívaniu jedného člena rodiny pristupuje ako k „chorobe celej rodiny.“ Členovia rodiny podľa Cermaka (1986) sú rovnako chorí ako ten, ktorý zneužíva návykovú látku. Spoluzávislosť (co-dependencia) je popisovaná ako vzorce správania, ktoré v rodine umožňujú zneužívanie návykových látok alebo poskytujú pozitívne reakcie na zneužívanie a vyháňajú sa negatívnym reakciám na zneužívanie a stanovením jasných hraníc takého to správania v rodine (McCrary a Epstein in Rotgers, 1999, s. 101).

Model rodinného systému predpokladá, že rodinu určuje zákon homeostázy. Podľa Prochasky a Norcrossa (1999) je pre rodinu primárnym cieľom udržanie prijateľnej rovnováhy a stability. V prípade závislosti člena rodiny i takáto rodina často funguje ako stabilná rodinná jednotka. Prípadná absencia tohto člena rodiny by mohla túto homeostázu ohroziť a narušiť existujúci systém. Rodina môže zareagovať tak, že sa pokúsi tejto zmene zabrániť (McCrary, Epstein in Rotgers, 1999).

Behaviorálny prístup v rámci rodinnej terapie hľadá podľa McCraryho a Epsteinu (in Rotgers 1999) spúšťacie faktory pre zneužívanie návykovej látky, spevňujúce dôsledky pre ďalšie užívanie návykovej látky a pracuje na ich zmene v správaní. Tiež zdôrazňuje význam opakujúcich sa vzorcov správania v rodinných vzťahoch, vrátane skúmania, akú úlohu môže návyková látka zohrávať v rámci udržiavania stability rodiny.

Rodinná terapia podľa Kalinu (in Kalina et al., 2008) má pri liečbe závislosti široké indikačné pole. Okrem ziskov z rodinnej terapie ako takej tiež prispieva k schopnosti klienta riadne dokončiť liečbu a zlepšuje výsledky liečby. K rovnakým záverom dochádza tiež Kooyman (in Kooyman et al., 2004) na základe skúsenosti z holandskej terapeuticko-komunitnej pre drogovú závislosť. Zásadná indikácia rodinnej terapie je podľa Kaliny (in Kalina et al., 2003) nízky vek klienta a vysoká nezrelosť člena rodiny. Kalina píše, že (in Kalina et al., 2008, s.191) na rodinnú terapiu môžeme „nazeráť ako na kontext, v ktorom sa závislosť deje a ktorá môže zásadne ovplyvniť terapeutické snahy.“ Využitie rodinného systému môže mať aj podobu poskytovania poradenstva vo forme podania informácií rodine o všetkom čo liečba závislosti a ich rodinného člena prináša, rodina nám môže pomôcť klienta lepšie motivovať pre liečbu a pod., ako uvádza Kooyman (in Kooyman et al., 2004). Zapojenie členov rodiny do liečby má často podobu skupín „blízkych závislých ľudí“. Takáto skupina podľa skupiny Kaliny (in Kalina et al., 2008) by mohla pomáhať osobnostnému rastu alebo novým vývojovým fázam pre blízkych členov rodiny.

4. Teoretické východiská primárnej prevencie

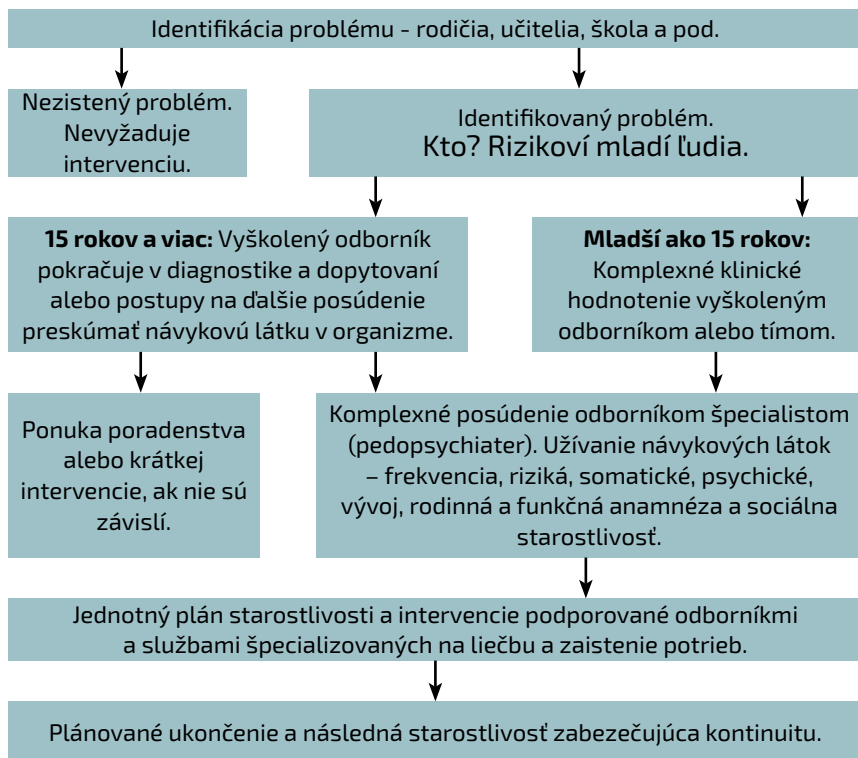
4.1 Cielové skupiny primárne - preventívnych programov

Rozlišovanie cieľových skupín je zásadným požiadavkom pre prácu v prevencii. Žiadny preventívny program nie je všemocný a nefunguje vo všetkých skupinách, a preto je nutné zjednotiť kritéria pre rozlíšenie skupín a musíme byť schopný presne špecifikovať, pre aké cieľové skupiny je určený program a aký ma mať efekt, a naopak, u ktorých cieľových skupín je program neefektívny a kde sú hranice daného programu.

Pre popis cieľovej skupiny primárne-preventívnych programov môže zvoliť rôzne kritéria:

- vekové kritérium
- kritérium vzdelávanie
- inštitucionálne kritérium
- deti z rizikových rodín (**selektívna prevencia**)
- jedinci, ktorí majú skúsenosť z experimentovaním psychoaktívnej látky, agresori, skupiny pod dohľadom, skupiny vylúčené zo školy, skupiny mladých v konflikte so zákonom, skupiny so špecifickými poruchami učenia alebo vývojovými poruchami (ADHD, duševné poruchy), Skupiny z rodín s anamnézou užívania nelegálnych drog (**indikovaná prevencia**).

5. Doporučené postupy pre oblasť návykových látok



5.1 Omamné a psychotropné látky v škole

Omamné a psychotropné látky (OPL) sú ilegálne návykové látky, ktoré môžu ovplyvňovať psychiku človeka, jeho sociálne správanie a ovládacie alebo rozhodovacie schopnosti. Ide o prekursorov, ktoré stanovuje zákon o návykových látkach. Pri riešení problematiky spojené s prechovávaním alebo distribúciou OPL je nutné spolupracovať s inštitúciami, kde je potrebné vybudovať korektné vzťahy. Dôležitými orgánmi spolupráce so školou a pedagógmi je sociálno-právna ochrana detí, polícia, školská a poradenská psychologička, CPPPaP, regionálne neštátne a neziskové organizácie.

6. Záver

Milí pedagógovia!

Nie je ľahké poradiť si, pokiaľ ste vo vašej narazili na problém, DROGY. Iste viete, že je oveľa účinnejšie predchádzať drogovej závislosti žiakov/študentov, ako ju liečiť. Preto, je nesmierne dôležité, aby ste práve vy, boli informovaní o rizikách užívania drog. Vy ste jedným z najdôležitejších vplyvov v ich živote, a preto, keď im budete podávať správne informácie a pozitívny príklad, môžete niektorým z nich doslova zachrániť život! Bolo by výborné, keby na každej škole pôsobil aspoň jeden človek, ktorý by mal dôveru a rešpekt nielen kolegov, ale aj študentov, a tí by sa nehanbili, a nebáli požiadať o radu. Preventívny pracovník, pedagóg ako profesionál musí poznať pomerne veľmi náročnú teóriu jednotlivých preventívnych programov a intervencií a súčasne musí disponovať veľmi špecifickými schopnosťami a praktickými skúsenosťami. Práve preventívne programy v praxi, uvedené v tejto príručke, môžu zodpovedne a bezpečne používať ľudia, ktorí k tomu majú zodpovedajúce vzdelanie, praktickú prípravu a tréning.

Radi by sme touto cestou poďakovali všetkým Vám, ktorí ste často demotivovaní v podmienkach s množstvami prekážok, no napriek tomu stále vykonávate prácu s deťmi a mládežou, a nenecháte sa odradiť. Práve Vám je táto príručka venovaná.

7. Použitá literatura

- Dreikurs, R. (1957). *Psychology in the classroom*. New York: Harper.
- Dreikurs, R. (1990). *Social Equality: The Challenge of Today*. Chicago: Alfred Adler Institute.
- Heller, J., Pecinová, O., a kol. (1996). *Závislost známa neznáma*. Havlíčkov Brod: Grada Publishing.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 + 2*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2008). *a: Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. a kol. (2008). *b: Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Havlíčkov Brod: Grada.
- Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Příbram: Grada.
- Miovský, M. a kol. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Havlíčkov Brod, a.s. Sdružení SCAN.
- Nešpor, K. (2006). *Zůstat střízlivý*. Brno: Vydavatelství Host.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor, K., Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Nociar, A. (2009). *Drogové závislosti. VŠZaSPsv. Alžbety*. Bratislava. 2009.
- Nociar, A. (1996). *Úvod do léčby drogových závislostí*. Asklepios. Bratislava.
- Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. a kol. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha / Kroměříž: Triton.
- Rogers, C. (1998). *Způsob bytí*. Praha: Portál.
- Rotgers, F. a kol. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Shulman, B. H., Mosak, H. H. (1990). *Manual for Life Style Assessment*. Muncie, USA: Accelerated Development.

ODBORNÝ LIEČEBNÝ ÚSTAV PSYCHIATRICKÝ, n. o. PREDNÁ HORA

PhDr. Vladimír Stanislav PhD., MPH

MUDr. Mária Martinove, PhD.

METODICKÁ PRÍRUČKA O DROGOVEJ ZÁVISLOSTI PRE PEDAGÓGOV

Primárna prevencia rizikového správania v škole



OLÚP, n. o. Predná Hora

Muránska Huta časť Predná Hora, 049 01 Muráň

Tel. 058 / 4866 111, Fax: 058 / 4866 200

olup@olup-prednahora.sk

www.olup-prednahora.sk



Ministerstvo zdravotníctva SR

Edukačný materiál vznikol ako výstup projektu „**Nové trendy a výzvy - Účinná komunikácia, výmena informácií a názorov na podporu cieľov protidrogovej politiky, diskusia a analýza vývoja v oblasti zneužívania drog na národnej a medzinárodnej úrovni prostredníctvom telemedicíny a videokonferencie**“, ktorý je realizovaný s finančnou podporou Ministerstva Zdravotníctva SR – v rámci účelovej dotácie na podporu protidrogových aktivít pre rok 2020.

ISBN: 978-80-973787-0-7



9 788097 378707