

ČISTÝ DEŇ

II. ROČNÍK

ČÍSLO 3/2004

CENA 30,- Sk

NÁVYKOVÝCH LÁTOK A RIZIKOVÉHO

ŠTVŔŤROČNÍK PRE VŠETKÝCH, KTORÍ CHCÚ ŽIŤ BEZ



SPRÁVANANIA – ZDRAVO, POZITÍVNE A HARMONICKY

Závislosť v tehotenstve a jej vplyv na novorodenca ➤ Výpoveď dlhoročne abstinujúceho alkoholika ➤ O preventívnom programe VIEME, ŽE... ➤ Od hry k duševnej poruche ➤ Adresár poradní zdravia ➤ Poradenstvo pre čitateľov ➤ Nepodceňujme konzumáciu marihuany ➤ Čo vieme o víruse hepatitídy C ➤ Krízová intervencia v oblasti závislosti od psychoaktívnych látok ➤ Subkultúry mládežníckych skupín ➤ Seriál o sektách ➤ Výklad zákona o pomoci v hmotnej núdzi ➤ Rozhovor so speváčkou Mishou



tretie číslo – september 2004

vydavateľ	Čistý deň, n. o. riaditeľka Mgr. ZUZANA MIKOVÁ Hodská cesta 1228 942 01 Galanta
šéfredaktorka	JANETTE DECSIOVÁ
redakčný kruh:	
predseda	prof. PhDr. PETER ONDREJKOVIČ, PhD.
členovia	PhDr. OLGA BINDASOVÁ PhDr. PAVEL CSÁDER MUDr. DANIELA CYMBALOVÁ Mgr. MIROSLAV JABLONICKÝ Mgr. KARIN KAPUSTOVÁ MUDr. ELENA KAVCOVÁ, PhD. doc. PhDr. JOZEF KREDÁTUS, PhD. MUDr. MARCELA LAIFEROVÁ ThDr. SANTIAGO FUERTES LORENZO Mgr. ZUZANA MIKOVÁ MUDr. KAREL NEŠPOR, CSc. JUDr. VIERA NOVÁKOVÁ Mgr. DANKA OSLICOVÁ Ing. PETER SITÁNYI MUDr. MÁRIO STRAKA PhDr. OLGA ŠKORECOVÁ PETER TOMÁNEK prof. PhDr. MIRON ZELINA, DrSc. Ing. MIROSLAV ŽUFA
jazyková úprava	PhDr. MAGDALÉNA FAZEKAŠOVÁ
sekretariát redakcie	MARTA SMOLÁRIKOVÁ Čistý deň, n. o. Hodská cesta 1228 942 01 Galanta tel.: 031/7013381 e-mail: cistyden@stonline.sk www.cistyden.sk
Objednávky predplatného a prijímanie inzercie vybavuje sekretariát redakcie.	
vizuálna koncepcia a grafická úprava	ĽUDMILA MIHALOVIČOVÁ
autor loga	Mgr. art. ĽUBOSLAV PAĽO
tlač	SINEAL, Kazanská 2, Bratislava

Tretie číslo, september 2004, II. ročník
Počas roka 2004 vychádzajú 4 čísla
(marec, jún, september a december).

Časopis vychádza s finančnou podporou
Protidrogového fondu.



Nevyžiadané rukopisy nevraciamy a nearchivujeme. Preberanie akýchkoľvek materiálov, článkov, ako aj zverejňovanie fotografií a ilustrácií je možné iba so súhlasom redakcie. Články nemusia vyjadrovať stanovisko redakcie.

Reg. MK SR č. 3097/2003
ISSN 1336-4243



Ilustrácia na obálke a strane 2:
Alena Šedivá

ÚVODNÍK	2
AKO TO VIDÍM JA / PEDAGÓG Preventívny program VIEME, ŽE...	3
AKO TO VIDÍM JA / ABSTINUJÚCI Droga je balvan, ktorú sám neunesieš	4
AKO TO VIDÍM JA / LEKÁRKA Závislosť v tehotenstve a jej vplyv na novorodenca	6
TÉMA / GAMBLERSTVO Od hry k duševnej poruche	8
TÉMA / GAMBLERSTVO Socioterapeutický G-klub abstínujúcich patologických hráčov v OLÚP Predná Hora	10
ZAOŠTRENÉ NA / POMOC V KRÍZE – RÝCHLA, PROFESIONÁLNA A ÚČINNÁ Krizová intervencia v oblasti závislosti od psychoaktívnych látok	12
KONALO SA / V ŽILINE	14
KONALO SA / V LÚKE NAD VÁHOM	14
KONALO SA / V BRATISLAVE	15
PORADENSTVO / PRE VÁS	16
INFORMATÓRIUM / PORADNE ZDRAVIA	17
DO POZORNOSTI / INFEKCIA HCV Čo vieme o víruse hepatitídy C	18
POZOR NA/ SUBKULTÚRY MLÁDEŽNÍCKYCH SKUPÍN Kultúrne entity súčasnej mladých ľudí	20
LEGISLATÍVA / ZÁKON O POMOCI V HMOTNEJ NÚDZI Právny výklad zákona v skratke	23
Praktické skúsenosti z aplikácie zákona	23
VYJADRENIE K / UŽÍVANIU MARIHUANY Nepodceňujme konzumáciu marihuany	24
SPEKTRUM / FAJČIARI ŽIJÚ KRATŠIE	26
PREČÍTAJTE SI / ČASOPISY	27
SPEKTRUM / ZAUJÍMAVOSTI Z INTERNETU	27
HOVORY SO / SPEVÁČKOU MISHOU Človek potrebuje mať vášeň, ktorá ho obohacuje	28
ZBLÍZKA / SEKTY Chcete vedieť niečo o deštruktívnych sektách? 4. časť	30
SLOVÁ NA ZÁVER / NA ZAMYSLENIE	32

PREVENTÍVNY PROGRAM

VIEME, ŽE...

■ PROF. PHDR. MIRON ZELINA, DRSC.
PEDAGOGICKÁ FAKULTA UNIVERZITY
KOMENSKÉHO, BRATISLAVA

Program VIEME, ŽE... je programom boja proti zlu, násiliu, závislostiam, predsudkom, rasizmu a neproduktívnemu spôsobu života – ako hovorí podnázov doplnkového učebného a tréningového textu. Špecifikom programu je jeho zameranie na prevenciu kriminálneho správania detí a mládeže a na spoluprácu škôl s políciou. Program je určený pre žiakov od šiesteho ročníka základnej školy až po žiakov druhého ročníka stredných škôl. Je zameraný na skupinovú aj individuálnu prácu so žiakmi pod vedením lektora. Predpokladá sa, že program budú realizovať lektori vo voľnom čase žiakov alebo na vyučovacích hodinách etickej výchovy, prípadne v iných predmetoch.

Program je konštruovaný tak, aby bolo možné vybrať len niektoré lekcie – úlohy, ktoré sú vhodné pre určitú skupinu žiakov alebo pre jednotlivcov. Prirodzene, že najúčinnejší bude program pri jeho celkovom absolvovaní.

Program vznikol na základe spolupráce s holandskými odborníkmi, psychológmi a policajtmi. Holandská nadácia projekt aj financovala. Okrem toho sa pri jeho tvorbe úzko spolupracovalo s mestskou políciou v Nitre, poznámky k programu poskytla aj Krajská pedagogicko-psychologická poradňa v Nitre, odbor sociálnych vecí v Nitre, ako aj učitelia zo škôl (ZŠ Vajanského v Nitre).

Učitelia vo svojich pripomienkach k programu uvádzali, že najčastejšími negatívnymi javmi sú záškoláctvo, agresivita, šikanovanie, výbušné správanie, nerešpektovanie autority a rasizmus. Podľa ich názoru sa v preventívnej práci osvedčili najmä rozhovory so žiakom, pohovory s rodičmi, hlásenie priestupkov na odbor sociálnych vecí, využitie výchovných opatrení. Najdôležitejšie je získať si dôveru žiakov a nesklamať ju. Osvedčilo sa psychologické vyšetrenie žiaka v psychologickom poradni a psychologické pôsobenie na žiakov s problémovým správaním.

Neosvedčilo sa naraz hovoriť s poškodeným, svedkom a agresorom, ako aj podceňovanie drobných priestupkov, nevenovanie pozornosti problémovým žiakom v počiatočnej fáze ich problémového správania, autoritatívne vystupovanie učiteľa, podceňovanie žiakov, poučovanie, moralizovanie a kontakty s obvodnými lekármi.

Pracovníci polície ocenili využitie programu najmä pre „preventivistov“, ktorí by v spolupráci so školou a rodičmi mohli program účinne využívať pri skupinovej alebo pri individuálnej práci s problémovými žiakmi. Zmysel takéhoto programu je aj vo viktimáčnej prevencii, ktorá by mala obsahovať také témy, ako sú prevencia v doprave, bezpečný kontakt so zvieratami, bezpečne doma, na ulici, bezpečné a správne telefonovanie, riešenie konfliktov, šikanovanie a ďalšie.

Pracovníci Krajskej pedagogicko-psychologickej poradne vo svojich metodických poznámkach zdôrazňovali, že koordinátor nesmie ísť len do polohy represívnej, prípadne odsudzujúcej žiakov s problémami v správaní. Koordinátori prevencie a lektori mali by mať dobrý teoretický základ a mali by dobre poznať situáciu na škole, poznať prirodzených vodcov a žiakov s potenciálnymi problémami v správaní, učiť ich odolávať negatívnym tlakom rovesníkov, dilerov drog. Všeobecne konštatujú potrebu programov, ktoré by viedli k predchádzaniu negatívnych javov u žiakov a mladých ľudí všeobecne.

Pracovníci odboru sociálnych vecí odporúčajú, aby učitelia sys-

tematicky zaznamenávali zmeny v prejavoch správania detí, aby vedeli s deťmi komunikovať o ich starostiach a problémoch, signalizovať podozrivé skutočnosti rodičom, neoznačovať deti hneď za problémové bez dôkazov a preverenia skutočností (etiketizácia). Mali by si všímať aj drobné priestupky proti normám a pravidlám správania a získať si dôveru žiakov.

Okrem toho mali autori programu k dispozícii výpis najčastejších trestných udalostí detí a mladistvých z Krajského policajného zboru.

Na základe týchto poznatkov, ako aj na základe skúseností z programu *Ako byť sám sebou* – učebný a tréningový doplnkový text pre žiakov stredných škôl (vydavateľstvo Poľana, Bratislava, 2000 – 2003), ktorý je zameraný na protidrogovú výchovu, a využijúc teoretické východiská sme vypracovali program VIEME, ŽE... Jeho obsah tvorí:

1. **DOPLNKOVÝ UČEBNÝ A TRÉNINGOVÝ TEXT PRE ŽIAKOV**
2. **METODICKÁ PRÍRUČKA PRE LEKTOROV, ANIMÁTOROV**
3. **VŠTUPNÉ A VÝSTUPNÉ TESTY NA SLEDOVANIE ÚČINNOSTI PROGRAMU**

Program VIEME, ŽE... je koncipovaný do dvanástich lekcii, z toho sa vždy tri venujú určitej problematike. Delenie je nasledovné:

- × tri lekcie sú venované problémom v správaní detí a mládeže
- × tri lekcie sú venované rasizmu, xenofóbii, multikultúrnej výchove
- × tri lekcie sú venované problémom protidrogovej výchovy
- × tri lekcie sú venované protikriminálnemu správaniu a spolupráci školy s políciou

Lekcie sú postavené na príbehoch (*case study*). V príručke pre lektorov nájdeme prípad Marcela, prípad Žúr, Chlapec zo Záhoria, príbeh Kamily, Romanova cesta životom, učíme sa povedať NIE, prípad transplantácie srdca a podobne. Každá lekcia, ako samostatná jednotka, obsahuje:

- × informácie, vysvetľujúci text
- × úlohy na riešenie, samostatné aktivity účastníkov
- × poznámky na zamyslenie, usudzovanie, hodnotenie, sebaopisovanie
- × zhrnutie najdôležitejších myšlienok

Teoretickým základom programu je teória výchovy k sebaovládaniu a k sebakontrolu – autoregulácii. Táto teória stavia na myšlienkach výstavby nezávislého a produktívneho JA – integrovanej osobnosti, a to pri zohľadnení veku žiakov. Okrem modelov popísaných A. Ellisom a v knihách *Tréning vôle* (A. Lowa) a *Tréning emócií* (A. Ellis v poňatí Peisera a Sandryho) sme v oblasti utvárania nonkognitívnych procesov postavili program na našej teórii šiestich „S“ a na teórii tvorivého riešenia problémov, t. j. heuristických metódach. Takto koncipovaný program zahŕňa výchovu k disciplíne v škole, doma aj na verejnosti, k tvorbe a dodržiavaniu režimu dňa, k sebaopoznaniu, riešeniu konfliktov a podobne. Teória šiestich „S“ obsahuje túto postupnosť výstavby JA z procesuálneho (vekového) hľadiska:

(pokračovanie na strane 7)

TENTO ČLÁNOK VYŠIEL PRED TRINÁSTIMI ROKMI V ČASOPISE *SINEAL*, PRVOM PROTIDROGOVOM ČASOPISE NA SLOVENSKU V POREVOLUČNOM OBDOBÍ. BOL SOM JEHO SPOLUAUTOROM. NESKÔR SA Z REDAKCIE ČASOPISU STALA TLAČIAREŇ, KTORÁ DNES ZAMESTNÁVA DVADSAŤ LUDÍ. KAMARÁTI, S KTORÝMI SME *SINEAL* ZAKLADALI, SÚ DODNES MOJI SPOLOČNÍCI. NAMIESTO VYČKÁVANIA NA CHODBE PRACOVNÉHO ÚRADU DÁVAME ĎALŠÍM PÄTNÁSTIM LUĎOM PRÁCU. MOJA DCÉRKA BUDE NA ROK MATUROVAŤ A VIE, ŽE MÁ OTCA, ZA KTORÉHO SA NEMUSÍ HANBIŤ. POMOHLI SME ZA TIE ROKY MNOHÝM ZAČÍNAJÚCIM ABSTINENTOM, ALE AJ INÝM, KTORÍ TO POTREBOVALI. NAŠA FIRMA JE HRAD, KTORÝ NÁS A NAŠE RODINY CHRÁNI OD „ZLÉHO“. MÁM PÄTDESAT ROKOV, Z TOHO PÄTNÁŠŤ „ABSTINETSKÝCH“, A VIEM, ŽE TO, ČO SOM SPRAVIL, BOLO DOBRÉ. TEŠÍ MA, ŽE MÔŽEME ČISTÝ DEŇ TLAČIŤ PRE NAŠICH NASLEDOVNÍKOV.

■ RAFAEL RUŽIČKA

DROGA JE BALVAN, ktorý sám neunesieš

■ ELENA SLOVÁKOVÁ

Šialene túžiš zažiť niečo výnimočné a neopakovateľné? Vyhľadávaš knihy o narkomanoch, obdivuješ ich dobrodružstvá a rád by si to sám vyskúšal? Chodíš s kamarátmi po krčmách a pri pohárikú hľadáš rozptýlenie? Nad výstrahami mávneš asi rukou. Neveríš, ba možno ani netušíš, že už prvý dotyk s drogou môže znamenať začiatok tvojho konca.

Ani Rafael sa nad dôsledkami spočiatku nezamýšľal. V jeho prípade sa to všetko začalo žartom, módou, ktorú so sebou priniesla v 60. rokoch vlna hippies. Dospievajúcemu organizmu stačilo veľmi málo, aby sa stal závislým od drog. Alkohol a prchavé látky sa stali jeho pánom. Dnes má tridsaťsedem rokov a je šťastný, že sa zo začarovaného kruhu predsa len vymanil. Prežil som peklo – takto hodnotí svoju mladosť. Z jeho spomienok by sa dala napísať hrubá kniha. Vracia sa k nim najmä preto, aby pomohol iným vyhnúť sa priepasti, do ktorej sa on sám, nechtiac, dostal.

ZAČIATKY S LENNONOM

Alkohol mi zachutil už v detstve. Keď rodičia vyprevádzali návštevu, dopíjal som poháre a fľaše s poslednými kvapkami alkoholu. Prinášali mi neuveriteľný pôžitok. K fetovaniu som sa dostal, ako napokon tisícky mojich rovesníkov, vďaka „beatlemánii“. Moje dobrodružstvá sa začali naivným, úprimným, až zaslepeným obdivom k hippies. Chcel som byť totiž navlas podobný Johnovi Lennonovi či Mickovi Jaggerovi. A do kompletu nepatrili len dlhé vlasy, tričko a texasky, ale aj drogy. U nás síce tvrdé drogy dostupné neboli, prchavé látky a tabletky však áno. V šesťdesiatom ôsmom a šesťdesiatom deviatom roku vznikali v centre Bratislavy súkromné diskotékové kluby, mládež sa grupovala v pivniciach. Fetovalo sa všetko dostupné. Vyhľadával som knihy o slávnych umelcoch, ktorí podľahli drogám, časopisy s článkami o narkománii a fetovaní. Potreboval som návody, chcel som vedieť, ako sa to robí, čo na to treba. Dozvedel som sa z nich dosť. A našiel som si

aj skúsenejšieho kamaráta. Otec robil v tlačiarňi, nemali sme problém dostať sa k prchavým látkam. A ja som s nimi liezol nielen do pivníc, klubov, ale až domov. Do kuchyne! Po večeroch, keď už naši spali, maľoval som a fetoval. Ak ma mama našla občas v smrade, vyhovoril som sa na farby. Nevedomosť a neinformovanosť väčšiny dospelých je v tomto prípade zarážajúca. Majú pred sebou nafetovaného chalana – s vypleštenými očami, zasmradeného – a oni mu naletia na rozprávky o farbách, robote s benzínom... A keď prídu na to, čo je vo veci, myslia si, že všetko vyrieši poriadny výprask alebo nádvky.

Dosiahol som teda, čo som chcel. Podobal som sa svojim veľkým vzorom. Naozaj ma vtedy nenapadlo, že robím niečo zlé, že si škodím, že budem závislý. Zdalo sa mi to jednoduché: keď prejde móda, odložím fetovanie ako platňu, ktorá ma už nebvá.

S alkoholom to bolo podobné. Prináša príjemné pocity a nedovolí myslieť na dôsledky. Pri pohárikú ma nikdy nenapadlo, že bude zo mňa alkoholik. Kdeže! U nás, s mentalitou Slovákov, ktorí považujú za celkom prirodzené dať si denne dve-tri pivá alebo pol litra vína, sa také niečo ťažko pripúšťa.

Chcel som žiť normálnym životom – mať rodinu, prácu, ktorá by ma bavila, ale spolu s nimi aj drogy. Nenapadlo ma vtedy, že to spolu jednoducho nejde.

NAJFALOŠNEJŠIA KAMARÁTKA

Droga je najfalošnejšia kamarátka na svete. Nasľubuje ti krásnu zábavu, uvoľnenie, zabudnutie. A len čo naletíš, zabodne ti nôž do chrbta. Nedovolí ti byť normálnym človekom, zdegruduje ťa a potupí. Vyradí ťa skrátka z normálneho života – pri nej prestáva záležať na tom, či si čistý, alebo špinavý, čo ješ... už aj umytie zubov si žiada takmer nadľudský výkon.

Ťažko povedať, kedy som sa stal alkoholikom. Prichádzalo to pomaly a nenápadne, kúsok po kúsku a zrazu som sa rútil do priepasti. Zo začiatku je aj zábava, neskôr len zháňanie

fľaše. Alkoholik potrebuje svoju dávku aspoň raz za štyri hodiny, inak je hotový, vyradený. A tak som zhŕňal fľaše, neustále premýšľal, kam ich zašit', kde sa schovať, aby ma nik nevidel, že pijem. Všetko ostatné šlo stranou. Nebol som si istý v ničom – či som zamkol, vypol stroj, zastavil vodu, či mám električku... V spomienkach mi nezostalo nič pekné, len prebudenie v kaľuži pod bránami, na chodníku v snehu. Zo začiatku, keď bolo ešte viac síl, aj s dievčaťom v posteli, ale ani z toho som veľa nemal. Ved' ráno som si nepamätal vôbec nič, ani len meno.

Deň, keď som sa prvýkrát rozviedol a zároveň ma vyhodili z práce, patrí medzi moje najhoršie. Naraz som prišiel o všetko. O ženu, ktorú som mal rád, o prácu v tlačiarňi, ktorá ma bavila. Pil som ďalej a hľadal si novú robotu. Kto by však stál o prepitého, roztrášeného chlapa, aj keď má maturitu? Napokon ma zamestnali na jednej stavbe – ako pomocného robotníka. To bol ďalší debakel. Pre chľast a „za babku“ som rozpredával domácnosť – starožitnosti, automatickú práčku, všetko, o čo mali krčmári záujem. Bol som na dne psychických i fyzických síl. Ľudská troska.

Zahodil som najkrajšie roky svojho života. Stratil svojich najbližších, postupne sa odo mňa odvrátila sestra, rodičia, odišli dve manželky. Nikomu nič nezazlievam. Žiť s alkoholikom je výkon na Nobelovu cenu.

Röntgenová snímka mojich pľúc je tiež rarita. Akoby patrili starému chlapovi. Ani sa tomu nečudujem, ved' som fetoval žiariviny. Pamätám sa, ako mi to svinstvo raz rozožralo tranzistorové rádio; bakelitové puzdro zmizlo v rozliatej tekutine, nezostala po ňom ani stopa. Aké majú byť potom moje pľúca?

Pekné, farebné a romantické predstavy pri fetovaní, ktoré tak lákajú, trvajú krátko. Po dvoch-troch týždňoch ich môžu vystriedať horory, hrôza a strach. Človek vidí hady, strašidlá, ufónov. Trápi ho, mučia, strieľajú do neho. Ten rok mi zomrel v delíriu kamarát. Ťažko povedať, čo v ňom zažil, aké muky a utrpenie ho gnivilo. Vlastný otec ho po hroznej smrti nepoznal. To je krutá daň, ktorú si droga vyberá. Ak sa chceš z jej otroctva dostať, vytrpiš si svoje. Ťažko dnes spočítam hodiny prežité v hrozných halucináciách. Odvyknúť organizmus od pravidelných dávok nie je žiadna slasť.

CESTA SPÄŤ

Pokúšal som sa o to tisíckrát; tisíckrát som zlyhal. Po pätnástich rokoch predsa len abstinujem, prekonal som seba. Stálo ma to však veľa fyzických aj duševných síl, trápenia i slz. Prvý raz som sa začal liečiť po príchode z vojenskej služby. Dievča, ktoré som mal rád, ma nechalo. Kvôli alkoholu. A tak som ani neprotestoval, keď sa mama rozhodla dovieť ma do protialkoholickej poradne. Povedali mi: už nikdy v živote ani pivo. Tá predstava bola hrozná. Slovo NIKDY ma desilo, mal som pocit, že som navždy vyradený zo spoločnosti. K životu v mojej partii patrili alkohol, diskotéky, mejdany. A tak som abstinoval v krčme! Chodil som do Budvaru a vykladal kamošom, aký zdravý je džús. Jasné, že sa na mne bavili a moje presvedčenie nepiť postupne ochabovalo. Urobil som vtedy zásadnú chybu – odmietol som A-klub. Abstinujúci alkoholik nesmie byť sám! Potrebu-

je okolo seba ľudí, ktorí mu fandiť, pomáhajú a tešia sa z jeho úspechu. A toto mi chýbalo. Vydrl som abstinovať sedem mesiacov. S prvým poldecákom sa všetko začalo znova. Nasledovali ďalšie a ďalšie predsavzatia, ďalšie zlyhania.

Prelom vo mne nastal, keď sa mi narodila dcéra. Zrazu som chcel robiť všetko dobre, dobehnúť zameškané. Záležalo mi na tom, aby som bol dobrým otcom. Ale opäť stačila jedna skratová situácia, aby som sa ocitol v priepasti. Vrátil som sa k alkoholu a dokonca aj k fetovaniu. Mal som 33 rokov. To však bolo naposledy. Už mi takmer nik neveril, lekári a sestričky nado mnou zalamovali rukami, vraj beznádejný prípad... A predsa sa mi to podarilo!

Začal som chodiť do kostola. To, že som tie roky vôbec prežil a dostal sa z bahna, z akého sa normálne nedostáva, pripisujem Bohu. Viera ma postavila na nohy. A spolu s ňou náhodné stretnutie s mladým umelcom. Raz večer, v totálnom duševnom rozklade a zúfalstve, keď som si už zasa myslel, že ďalej nevydržím, zaklopal som na jeho dvere a vyspal zo seba celé svoje trápenie. Prijal ma. Úplne neznámeho človeka. A trpezlivo počúval ešte nespočetnekrát. Dovtedy hluchý a slepý k všetkým argumentom, bol som zrazu schopný chápať mladého výtvarníka a začať myslieť inak. Možno preto, že mám blízko k umeniu. „Nie si chudák, pretože nemôžeš piť. Ved' je to šťastie, že si neotravuješ život alkoholom,“ vravieval mi a ja som to začal chápať.

Po roku abstinencie som sa odvážil požiadať o prácu v tlačiarňi, z ktorej ma kedysi vyhodili. Dali mi, samozrejme, podradnú robotu – čistiť stroje. Krôčik po krôčiku som získaval stratenú dôveru ľudí. Rodičov, sestry, kolegov... Plánoval som si každú minútu dňa, aby sa nestalo, že zostanem nečinne ležať na gauči. Vtedy automaticky prichádzajú „pivné myšlienky“. Vyhľadával som fyzickú prácu, začal som aj maľovať, viac sa starať o dcéru. Postupne som si získal nových kamarátov.

Oplatilo sa mi hovoriť ľuďom pravdu. Od istého času som sa rozhodol otvorene vraviť, ako som žil, prečo nepijem. Niektorí ľudia na mňa pozerajú ako na zvieratko v ZOO, ale to ma neodrádza. Ešte sa mi nestalo, že by sa mi niekto otočil chrbtom, odišiel odo mňa, pretože nepijem. Kvôli alkoholu ma však opustili mnohí.

ČO BOLO, ČO BUDE

Nedávno som si spísal, čo všetko by som chcel v živote stihnúť, o čo mám záujem. Je to dlhý zoznam a som rád, že pre fľašu a prchavé látky v ňom nie je ani kúsok miesta. Že ich k šťastiu jednoducho nepotrebujem.

Mám dcéru, ktorej venujem veľa času, rád čítam, maľujem, chcem viac športovať, vzdelávať sa v odbore, v ktorom pracujem. Chýba mi však čas. Tie ľahkovážne zahodené mesiace a roky stratené s drogou. Keby som všetku energiu zasvätil napríklad úspechu v športe, mám pocit, že by som bol olympijský víťaz. Alebo by som mal tri vysoké školy a bol kandidátom vied. Porovnávam, čo všetko už stihli moji spolužiaci a čo ja. A je mi jasné, že moja mladosť nestála za nič. Bolo to len peklo, dobrovoľné šialenstvo.



Foto: Alena Šedivá

ZÁVISLOSŤ v tehotenstve a jej VPLYV na NOVORODENCA

■ Doc. MUDr. HELENA DROBNÁ, PHD., II. DETSKÁ KLINIKA SPAM, NSP Sv. CYRILA A METODA, BRATISLAVA

Viac ako tridsať rokov pracujem na novorodeneckom oddelení a venujem sa neonatológii a perinatológii. Je to moja celoživotná profesionálna láska. Náš profesionálny život prináša neopakovateľné a úžasné pocity pri narodení nového človeka, ale na druhej strane aj sklamanie a často aj pocity bezmocnosti. Sú situácie, keď vieme ovplyvniť vývoj a rast plodu zvonku počas gravidity, pomôcť mu a dať tak dieťaťu šancu na zdravý vývoj do budúcnosti. Sú však prípady, keď úsilie lekárov špecialistov (psychiatri, gynekológovia a pôrodníci, neonatológovia, pediatri a ďalší) vychádza nazmar – komunikácia s matkou je neúspešná. Často tieto nezodpovedné matky nevyhľadajú ani základnú zdravotnícku starostlivosť. Ani perspektíva narodenia dieťaťa nie je pre ne motiváciou k zmene postoju a správania. Mnohé prichádzajú priamo porodiť bez akejkoľvek prenatalnej starostlivosti. Za posledné 3-4 roky sa stretávame so závislými rodičkami na substitučnej liečbe, ktoré predsa len majú snahu dať svojmu dieťaťu lepšiu šancu do života. V komunitách závislých je zhruba jedna tretina až polovica žien. Väčšina z nich sú mladé ženy vo fertilnom veku.

S novorodencami, ktorí sa narodili matkám, závislým počas gravidity od psychoaktívnych látok, sa stretávame na našich oddeleniach približne od roku 1993. Odvtedy sa problémy týchto matiek a ich novorodencov stali predmetom môjho záujmu. Dovtedy sme sa stretávali na našom oddelení s deťmi, ktoré sa narodili matkám fajčiarkam alebo matkám, ktoré počas gravidity požívali alkohol. Samozrejme, novorodenci mali ľahšie alebo ťažšie adaptačné problémy po narodení. Vážnejšie poruchy u týchto detí sa objavili v neskoršom období, ako napr. mentálne poruchy, poruchy správania, ťažkosti pri vzdelávaní, poruchy rastu, vrodené vývojové chyby a ďalšie.

Postupne sa začali naše prvé skúsenosti s novorodencami matiek užívajúcich alebo si aplikujúcich psychoaktívne látky, ktoré sme dovtedy u nás nepoznali. Najčastejšie to boli a dodnes sú heroín, marihuana a kokaín. Zatiaľ iba sporadicky, ale už vidieť nárast užívania pervitínu. Veľmi častá je kombinácia s fajčením, prípadne kombinácia s liekmi ako Rohypnol. V posledných rokoch liečime aj novorodencov matiek, ktoré sú na substitučnej liečbe metadonom alebo inými náhradnými preparátmi. Spolupráca s týmito matkami je náročná a komplikovaná. Na jednej strane snaha zatajiť svoje nezodpovedné správanie voči dieťaťu, zavádzanie pri informáciách o svojom zdravotnom stave, o bydlisku, zamestnaní a iných dôležitých údajoch znamená skomplikovanie práce zdravotníkov a sociálnych pracovníkov. Riešenie a liečba problémov pred pôrodom, počas neho i po ňom, ako aj liečba novorodenca si vyžadujú kvalifikovaný personál so skúsenosťami. Pre nás zdravotníkov je dôležité poskytnúť novorodencovi primeranú a kvalifikovanú starostlivosť. Ide nám o to, aby škody napáchané drogou boli čo najmenšie. Profesionálny prístup by mal zabrániť vzniku ďalších poškodení, ktoré by mohli vzniknúť pri postnatálnej adaptácii komplikovanej novorodeneckým abstinenčným syndrómom. Novorodenci z týchto gravidít sa rodia asi v 50 percentách predčasne, a z toho polovica s intrauterinnou rastovou retardáciou, čo-

ho dôkazom je znížená pôrodná hmotnosť a ďalšie antropometrické ukazovatele už pri narodení.

Všetky psychoaktívne látky sa dostávajú cez placentu do krvného obehu plodu a k cieľovému orgánu – k vyvíjajúcemu sa mozgu plodu. Časť psychoaktívnych látok pôsobí ako štrukturálne a behaviorálne teratogény. Látky s teratogénnym pôsobením na orgány môžu spôsobiť vznik vrodených vývojových chýb. Pod behaviorálnou teratogenicitou rozumieme následky do budúcnosti, napr. poruchy správania i poruchy učenia, ktoré môžu výrazne ovplyvniť spoločenské zaradenie a uplatnenie jedinca.

Asociálne správanie a spôsob života týchto matiek vyvoláva ďalšie problémy. Do vienka svojim deťom pridávajú aj rôzne infekcie a sexuálne prenosné ochorenia. Hepatitída B, C, rôzne abscesy, furunkle, horúčkovité stavy, bronchitídy, pneumónie, syfilis, kvapavka, chlamýdiové infekcie, tuberkulóza aj HIV/AIDS môžu výrazne zhoršiť prognózu týchto detí.

ABSTINENČNÝ SYNDRÓM

Drogy, ktoré počas tehotenstva ovplyvňovali plod, sa podieľajú na vzniku abstinenčného syndrómu. Najčastejšie sa objavuje po látkach, ako sú heroín, ópium, morfín, kodeín, diolan, metadon, nikotín, alkohol, toluén a iné. Abstinenčný syndróm sa môže vyvinúť už v maternici, ak si závislá matka aplikuje látku nepravidelne alebo ju vynechá. Plod máva abstinenčné príznaky skôr ako matka. Reaguje zvýšenou pohybovou aktivitou, ktorá sa môže vystupňovať do kŕčov a až do intrauterinného úmrtia. Práve výkyvy v hladine drogy sú pre plod veľmi nebezpečné, lebo kŕče vyvolávajú nedostatočné zásobenie mozgu kyslíkom a jeho možné poškodenie. Práve substitučnou liečbou možno zabezpečiť rovnomernú hladinu látky v cirkulácii a predísť tak tomuto typu poškodenia. Aj keď substitučná liečba nie je bez vedľajších účinkov a tiež môže spôsobiť novorodencovi problémy.

Po pôrode na základe prerušenia dodávky drogy po prestrihnutí pupočnej šnúry vzniká novorodenecký abstinenčný syndróm (NAS). Prejavuje sa v prvom rade príznakmi vychádzajúcimi z centrálného nervového systému (CNS). Je to dráždivosť rôzneho stupňa od chvenia až po celkové kŕče s možným úmrtím. Poruchy spánku sú tiež prejavom vplyvu abstinencie na CNS. Ďalšími príznakmi sú porucha výživy a zažívacie problémy vyplývajúce z neschopnosti koordinácie sania a hltania, napínanie na zvracanie, zvracanie a hnačky. Pre novorodenca pri tom nastáva veľmi vážna, život ohrozujúca porucha metabolizmu. Hnačky môžu spôsobiť dehydratáciu a rozvrat vnútorného prostredia. Problémy s dýchaním, ako napr. zrýchlené dýchanie, omodrievanie, zástavy dýchania, výtok z nosa, upchatý nos, sú ďalšími poruchami popôrodnej adaptácie novorodenca postihnutého NAS. Aj ďalšie prejavy, ako zívanie, kýchanie, zvýšená teplota, zrýchlená akcia srdca, nadmerné potenie, poruchy prekrvenia kože, môžu skomplikovať zdravotný stav novorodenca.

HODNOTENIE NAS

Na posúdenie závažnosti novorodeneckého abstinenčného syndrómu bolo vo svete vypracovaných niekoľko spôsobov hodnotenia.

Autormi najkomplexnejšieho a najčastejšie používaného skórovacieho systému je Finneganová a kolektív. Bodovo sa pri ňom hodnotí 21 príznakov od 1 do 5 bodov. Začína sa 2 hodiny po narodení a podľa počtu bodov pri prvom odčítaní sa pokračuje buď každé 2 alebo 4 hodiny. Podľa výsledkov hodnotenia sa potom postupuje v liečbe.

LIEČBA NAS

Pri liečbe NAS treba v prvom rade odstrániť všetky rušivé momenty vonkajšieho prostredia a pokúsiť sa vytvoriť maximálny komfort pre dieťa. Treba vylúčiť hluk, prudké svetlo a časté vyrušovanie dieťaťa ošetrovaním alebo zákrokmi. Túto časť liečby nazývame podpornou liečbou. Pri určitom počte bodov sa aplikuje liečba farmakologická. Po narkotických drogách podávame perorálne v kvapkách alebo v mililitroch ópiové preparáty, napr. vodný roztok morfinu. Pri postupnej úprave stavu klesá dávkovanie. V prípade potreby možno pokračovať v liečbe fenobarbitalom, ktorý sa môže kombinovať s opiátmi. S týmto druhom liečby máme najlepšie skúsenosti. Pri kľúčových stavoch sa používajú aj ďalšie preparáty, ako napr. benzodiazepíny, chlórpromazín, klonidín.

Pri ostatných drogách aplikujeme symptomatickú liečbu, pri dráždivosti fenobarbital. Pri abstinenčných príznakoch po substitučnej liečbe metadonom podávame preparáty ako po narkotických drogách. Po substitučnej liečbe buprenorfinom vychádzajú z skúseností spravidla vystačíme s krátkou liečbou fenobarbitalom. Dĺžka liečby je závislá od klinických príznakov a môže trvať od niekoľkých dní (buprenorfin, heroín) až po niekoľko týždňov (heroín, metadon).

PROGNÓZA

Dieťa, ktoré sa narodilo závislej matke, by malo byť dlhodobo dispenzarizované a mal by byť sledovaný jeho psychomotorický vývoj a neskôr správanie a edukačné schopnosti (psychológ, neurológ a podľa problémov aj ďalší špecialisti). Zaostávanie v raste sa spravidla vyrovnáva najskôr.

Problémom môže byť príchod takéhoto dráždivého dieťaťa s poruchami spánku do prostredia svojich biologických rodičov. Tieto vysoko rizikové deti prichádzajú už na začiatku o prirodzenú citovú väzbu s matkou. Spôsobuje to často skorý dobrovoľný odchod matiek z oddelenia po pôrode, slabý záujem o dojčenie

aj v situáciách, keď by to bolo možné, dlhodobý pobyt dieťaťa v inkubátore alebo na oddelení pre nízku pôrodnú hmotnosť a vysokú chorobnosť. Tieto „problémové“ deti sú veľmi zraniteľné a zlé a nestabilné prostredie, v ktorom vyrastajú, nepomáha riešiť ich problémy. Takéto dieťa vyrušuje a obťažuje svojich rodičov už svojimi fyziologickými potrebami. Pretrvávajúca dráždivosť, nespavosť a poruchy prijímania potravy by vyžadovali jemný, citlivý a trpezlivý prístup zo strany rodičov. Problémy s učením, porucha krátkodobej pamäti, znížená koncentrácia pozornosti a znížená mentálna výkonnosť môžu byť tiež sprievodnými znakmi. Častým modelom správania týchto detí sú zvýšená agresivita, impulzivita a nekontrolovateľné nálady. Rodina toxikomanov je zvyčajne v izolácii, slabo komunikuje s okolím, nákup drog ekonomicky destabilizuje rodinu, zmenený hodnotový systém nedodáva žiadnu motiváciu pre záujem o prácu.

Správanie sa problémového dieťaťa v rodine so závislou matkou alebo otcom prináša vysoké riziko odvrhnutia dieťaťa, psychickej deprivácie, týrania a zneužívania. V dysfunkčných a afunkčných rodinách často nachádzajú živnú pôdu rôzne psychopatologické javy, ako napr. CAN syndróm (syndróm zanedbaného, týraného a zneužívaného dieťaťa).

Deti trpiace následkami abstinenčného syndrómu vyžadujú ešte liečbu v domácom prostredí (rehabilitácia), čo je pri hierarchii hodnôt toxikomanky málo pravdepodobné a problémy rizikového dieťaťa sú na okraji záujmu matky. Práve v tejto skupine je časť detí v neskoršom veku zaradených pod klinický obraz ADHD (*attention deficit hyperactivity disorders*). Časť týchto detí odchádza po pobyte v nemocnici do dojčenských ústavov a menší počet z nich sa dostáva do adopcie.

Rozsah poruchy môže byť rôzny, od ľahkej až po ťažké poškodenie končiacie v azylovom ústave.

Pri drogovej závislosti v gravidite máme až 100-percentnú možnosť prevencie poškodenia dieťaťa. U detí s ľahšími problémami možno umiestnením vo vhodnom prostredí výrazne zlepšiť ich prognózu do budúcnosti. V prostredí, kde je dostatok nehy, lásky, porozumenia a snahy pochopiť a riešiť problémy takéhoto dieťa je veľká šanca na odbúranie alebo minimalizáciu handikepu do života.

PEDAGÓG

(dokončenie zo strany 3)

1. Sebareflexia – aký som
2. Sebahodnotenie – ako sa hodnotím
3. Sebavedomie – čo chcem
4. Sebakontrola – kontrola vnútorných impulzov aj vonkajších tlakov
5. Sebariadenie – autoregulácia k pozitívnym cieľom
6. Sebatvorba – flexibilita sebauskutočnenia počas celého života

V oblasti zapojenia kognitívnych štruktúr sme koncipovali program na základe princípov tvorivého riešenia problémov (CPS – *creative problem solving*) Buffalskej univerzity s našou úpravou použitia heuristickej schémy DITOR.

Program by mal vyjsť na jeseň roku 2004. Mal by byť distribuovaný na pedagogicko-psychologické poradne a na školy, ktoré si program objednávajú.

Okrem textu samotnej príručky obsahuje metodickú príručku pre lektorov, kde sú uvedené podrobné pokyny pre prácu v jednotlivých lekciách s uvedením možných variácií a úprav pre vekovo mladších i najstarších žiakov. Metodická príručka obsahuje aj výpisky z trestného zákona pri posudzovaní priestupkov a trest-

ných činov detí a mladistvých. Za praktické považujeme dotazníky depistážneho charakteru, ktoré majú identifikovať žiakov s problémami v správaní.

Za vysoko užitočné považujem vstupné a výstupné testy, ktoré obsahujú:

- ✗ skúšku vedomostí z prebraných tém
- ✗ postojové škály posudzovania vzťahu k drogám, šikane, rasizmu a pod.
- ✗ sebaopisovacie dotazníky

Predpokladáme, že vyplnenie dotazníkov a testov na začiatku práce so žiakmi i na jej konci ukážu, v ktorej oblasti zmenili absolventi programu svoje postoje, ako si obohatili poznanie z danej problematiky. Predpokladáme, že program môže byť v rade iných programov podobného charakteru účinným preventívnym, ale aj reedukačným nástrojom v rukách učiteľov, výchovných poradcov, kordinátorov prevencie, vychovávateľov. Po vydaní programu predpokladáme jeho overovanie v praxi a prípadne ďalšie úpravy, ktoré by z programu VIEME, ŽE... urobili efektívny preventívny a edukačný nástroj pre žiakov základných a stredných škôl.

TÚŽBA PO RIZIKU A NAPÄTÍ JE VO VÄČŠEJ ČI MENŠEJ MIERE PRÍTOMNÁ AZDA U KAŽDÉHO ČLOVEKA – MNOHÍ ĽUDIA PRIAM VYHĽADÁVAJÚ SITUÁCIE, V KTORÝCH NIE JE VOPRED JASNÉ, „AKO TO DOPADNE“. PRINÁŠA IM TO ZÁŽITKY PRÍJEMNÉHO NAPÄTIA ČI VZRUŠENIA. UŽ FILOZOF SCHOPENHAUER ROZLIŠIL TRI DRUHY MOŽNÝCH PÔŽITKOV MOTIVUJÚCICH ĽUDSKÉ KONANIE. POPRI TZV. „PÔŽITKOV REPRODUKČIE“, KAM RADÍ PÔŽITKY Z JEDLA, PITIA, TRÁVENIA, ODPOČÍVANIA A SPÁNKU, „PÔŽITKOV SENZIBILITY“, KTORÉ SPOČÍVAJÚ V POZOROVANÍ, MEDITOVANÍ, VYNALIEZANÍ, FILOZOFOVANÍ A POD., POPISUJE TIEŽ „PÔŽITKY IRITABILITY“, KAM ZARAĐUJE TANEC, DIVADLO, SPOLOČNOSŤ, KARTY, HAZARDNÉ HRY, KONE, ŽENY, PIJATIKU, CESTOVANIE, POĽOVAČKY, BA DOKONCA AJ BOJE A VOJNY.



Foto: Janette Decsiová

Holandský historik Huizinga definuje hru ako dobrovoľnú činnosť, ktorá je vykonávaná v rámci pevne stanovenej časovej a priestorovej hranice, podľa dobrovoľne prijatých, ale potom bezpodmienečne záväzných pravidiel, ktorá má svoj cieľ v sebe samej a sprevádza ju pocit napätia a radosti a vedomie „iného bytia“, ako je „všedný život“. Hazardné hry navyše poskytujú potenciálnu možnosť s ničím neporovnateľného finančného profitu, čo vytvára spolu s ponukou zážitku zo samého hrania mimoriadne atraktívnu a, ako sa ukázalo z hľadiska zachovania zdravého rozumu, aj mimoriadne nebezpečnú kombináciu.

OD HRY

TEÓRIA A KLASIFIKÁCIA HIER

Piagetova teória hry sleduje vývoj charakteristík hrania v súvislosti s rastom duševných schopností človeka. Hra sa podľa neho rodí z rozvíjajúcej sa imitačnej a obrazotvornej schopnosti dieťaťa. Prvé hry tak pre deti predstavujú určitú formu poznávacej činnosti.

KRITÉRIOM KLASIFIKÁCIE HIER MÔŽU BYŤ:

- PSYCHICKÉ FUNKCIE (ROZLIŠUJÚ SA HRY KOGNITÍVNE, EMOCIONÁLNE, KONATÍVNE),
- SCHOPNOSTI, RESP. SPÔSOBILOSTI (SENZORICKÉ, MOTORICKÉ, INTELEKTOVÉ, ŠPECIÁLNE),
- ČIASTKOVÉ POZNÁVACIE FUNKCIE (HRY FUNKČNÉ, FIKTÍVNE, IMITAČNÉ, KONŠTRUKTÍVNE),
- PREDMETY HRY (HRAČKY),
- MIESTO HRY (HRY INTERIÉROVÉ A EXTERIÉROVÉ),
- VEK A POHLAVIE,
- MNOŽSTVO HRÁČOV (HRY INDIVIDUÁLNE, SKUPINOVÉ A KOLEKTÍVNE) A POD.

Rozvojom reprezentatívnych funkcií človeka nastupujú symbolické hry a ďalšie dozrievanie myšlienkových schopností, umožňujúcich okrem iného reverzibilné operácie, podmieňuje napokon prechod ku hrám s formulovanými a dodržiavanými pravidlami.

Pokusom o klasifikáciu hier z hľadiska primárnych vnútorných významov je Calloisovo triedenie hier. V horizontálnej línii rozdeľuje hry podľa štyroch primárnych princípov na agonálne, aleatorické, vertigonálne a mimetické.

HORIZONTÁLNA KLASIFIKÁCIA HIER

1. **AGONÁLNE HRY** (z gréckeho slova *agon* – zápas) sa zakladajú na princípe zápasu, boja, súperenia a súťaže. Ich zmyslom je dosiahnutie víťazstva na základe vynaloženého úsilia, obratnosti a vôle.
2. **ALEATORICKÉ HRY** (z latinského slova *alea* – kocka) sa zakladajú na princípe náhody a šťastia. Ich zmyslom je výzva osudu, pokúšanie šťastia. Výhra je daná náhodou, výsledok hry nie je možné ovplyvniť úsilím ani vôľou.
3. **VERTIGONÁLNE HRY** (z latinského slova *vertigo* – závrat) spočívajú na vychýlení z rovnováhy či všednosti a na dosiahnutí pocitu fyzického, resp. psychického „závratu“.
4. **MIMETICKÉ HRY** (z gréckeho *mimesis* – zobrazenie, nápodoba) – určujúcim princípom je fantázia, napodobňovanie, predstieranie, predvádzanie. Ich vlastným zmyslom je duplikácia reality, zmazávanie rozdielu medzi skutočným a zdanlivým.

VÝVINOVÁ CHARAKTERISTIKA HIER

Calloisova klasifikácia má aj svoj vertikálny rozmer, ktorý umožňuje diferenciaciu hier od jednoduchých k zložitejším, tak ako to zodpovedá vývoju hrania v priebehu ontogenézy, t.j. od raných detských hier bez jasných pravidiel k stále väčšej zložitosti a komplikovanosti, kde prevládajú presne sformulované pravidlá s pevnými konvenciami.

K DUŠEVNEJ PORUCHE

■ MUDR. LUDVIK NÁBĚLEK, PSYCHIATRICKÉ ODDELENIE FNŠP F. D. ROOSEVELTA, BANSKÁ BYSTRICA

Pri **agonálnych hrách** tak môžeme sledovať vývoj od detského zápolenia a zápasenia bez stanovenia pravidiel cez atletické a iné športové súťaže až k hrám so zložitými pravidlami typu futbalu či hokeja.

Pri **aleatorických hrách** sa zase dostávame od detského rozpočítavania a hádzania mincou či kockou (*Človeče, nehnevaj sa*) ku kartovým hrám, stávkovaniu, rulete a lotérii.

Pri **vertigonálnych hrách** sledujeme vývojový trend od detského šantenia cez hojdačky a kolotoče k tancu a k rôznym, často tzv. adrenalínovým športom (horolezectvo, povrazolezectvo, rafting, jumping, parašutizmus).

Pri **mimetických hrách** prebieha vývoj od detského napodobňovania cez iluzívne hry s bábikou či bábkami k maskovaniu, preobliekaniu, prestrojovaniu, hraníu rôznych rolí až k dramatickému či kinematografickému umeniu.

PATOLOGICKÝ VÝVOJ HRANIA

Uvedená klasifikácia ponúka aj rozlíšenie medzi normálnym a patologickým hraním. Z psychopatologického hľadiska konštatujeme u závislých hráčov najmä rozpad hrovej integrity, stratu zmyslu hry a stratu hrovej reverzibility.

K popretiu zmyslu hrania a k rozpadu aleatorických hier dochádza pri prepadnutí hazardu či poverám.

ROZPAD AGONÁLNEJ HRY SA OBJAVUJE VTEDY, KEĎ DOCHÁDZA V ZÁUJME DOSIAHNUTIA VÍŤAZSTVA K:

- ▶ PORUŠOVANIU PRAVIDIEL,
- ▶ ZNEUŽÍVANIU STRATÉGIE A TAKTIKY (OVPLYVNŔOVANIE VÝSLEDKOV, DOPING, PODPLÁCANIE),
- ▶ AGRESÍVNEMU PRESADZOVANIU TÚŽBY PO VÍŤAZSTVE A MOCI.

Pri vertigonálnych hrách je prepad do patológie zrejmy pri nahádzaní rozkoše z hry, radosti z pohybu či zmeny navodzovaním závrátov prostredníctvom závislosti od návykových látok, resp. tzv. nelátkových závislostí.

Základným momentom straty zmyslu hry pri mimetických hrách je nemožnosť návratu z ilúzie do skutočnosti, ktorá môže mať rôzne medzistupne.

Patologický vzťah k hraníu hazardných hier sa zväčša vyvíja postupne. Prvotným motívom návštevy herne býva zvedavosť alebo snaha o bezprácný zisk a až opakovanými kontaktmi s automatmi, ruletami či inými formami hazardu sa môže aktivizovať tendencia hrať pre hranie samotné a pre pocity, ktoré vyvoláva.

ZÁVER

Hlavným a dominujúcim cieľom pri liečbe závislosti od návykových látok je dosiahnutie úplnej a trvalej abstinencie. Skúsenosti s liečbou patologického hráčstva ukazujú, že úplná a trvalá abstinencia od hrania je jediným relevantným cieľom aj pri liečení tejto nelátkovej závislosti.

Uvedený cieľ – dosiahnutie dlhodobej abstinencie – zahŕňa v sebe viacero postupných krokov. Patria medzi ne kompenzácia somatických a psychických porúch vzniknu-

ŠTÁDIÁ ROZVOJA PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVA

„Kariéra“ patologického hráča má svoje zákonitosti a je porovnateľná s „kariérou“ človeka závislého od alkoholu alebo inej psychoaktívnej látky.

JE MOŽNÉ ROZLIŠIŤ TRI ŠTÁDIÁ ROZVOJA PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVA:

- ▶ ŠTÁDIUM VÝHIER,
- ▶ ŠTÁDIUM PREHIER,
- ▶ ŠTÁDIUM STRATY KONTROLY.

1. **ŠTÁDIUM VÝHIER** – hráč zväčša nezáväzne investuje nevelkú sumu a stane sa, že vyhrá. Tým vzrastie jeho sebavedomie a viera, že môže vyhrať, kedy sa mu zachce. Nachádza potešenie v atmosfére herní, kde trávi čoraz viac času. Verí, že vyhrá veľkú sumu peňazí, ktorá zmení jeho budúci život, a tak je pomaly, ale isto vtáhovaný do neúprosnej pasce hazardného hrania.
2. **ŠTÁDIUM PREHIER** – už nadobúda črty chorobnosti. Hráč odrazu zisťuje, že prehráva čoraz viac peňazí, snaží sa prehraté vyhrať späť, je nervózny a netrpelivý. Hrá čoraz viac, o svojich prehrách nehovorí, klame, potajomky berie peniaze alebo cennejšie predmety z domu, pod cenu ich predáva, požičiava si od príbuzných, spolupracovníkov a náhodných známych. Dochádza k narušeniu rodinných vzťahov, k problémom v zamestnaní, neprijemným situáciám pri vymáhaní dlžôb veriteľmi. V tomto období sa zväčša nedá hranie ďalej udržať v tajnosti. Keď vyjde najavo často hrozivý rozsah materiálnych i nemateriálnych strát a škôd, hráč obyčajne všetko oľutuje a sľubuje, že už nikdy nebude hrať. Je ochotný vyhľadať odbornú pomoc. Sám – a jeho okolie s ním – uverí, že už bude všetko v poriadku a zaobíde sa bez ďalšieho vedenia. Nejaký čas dokonca dokáže nehrať, čo vedie k uspokojeniu jeho i príbuzných. Dôsledkom býva opätovný tajný návrat k hre.
3. **ŠTÁDIUM STRATY KONTROLY** – hráč trávi prakticky všetok čas v herniach, prostriedky na hranie získava aj páchaním trestnej činnosti. Je presvedčený, že ak vyhrá, všetko dá opäť do poriadku. Napokon hrá už len preto, aby hral, prípadné výhry ihneď opäť prehráva. Stav sa ďalej vyvíja do úplného debakla s rozpadom medziľudských, rodinných a pracovných vzťahov a väzieb. Prichádzajú výčitky, depresie a nezriedka samovražedné konanie.

tých v súvislosti s chorobným hraním (zníženie rizika samovražedného konania, zmiernenie depresívneho prežívania), zmena postoja pacienta k obsahu závislosti, zvýšenie jeho afektívnej a frustračnej tolerancie, zlepšenie sociálnej a profesionálnej integrácie a (znovu-)vybudovanie primeraných osobných a rodinných väzieb. V neposlednom rade je nevyhnutná reštitúcia, prípadne reštrukturalizácia osobnosti pacienta vrátane jeho rebríčka osobnej hierarchie hodnôt.

SOCIOTERAPEUTICKÝ G-KLUB

ABSTINUJÚCICH PATOLOGICKÝCH HRÁČOV V OLÚP PREDNÁ HORA

■ MUDR. JOZEF BENKOVIČ, ODBORNÝ LIEČEBNÝ ÚSTAV PSYCHIATRICKÝ, PREDNÁ HORA

Úvod

S problematikou patologického hráčstva sa v našich podmienkach stretávame od počiatku 90. rokov minulého storočia. „Hazardný priemysel“ je všeobecne dostupný pre široké vrstvy obyvateľstva, má nízku kontrolovateľnosť a malú alebo žiadnu informovanosť návštevníkov herní a kasín o možných hráčskych dôsledkoch, vyplývajúcich z opakovaných hazardných aktivít gamblera.

Zhoršujúce sa ekonomické podmienky na Slovensku, vysoká nezamestnanosť, klesajúca kúpna schopnosť obyvateľstva, prehľbujúce sa rozdiely medzi úzkou vrstvou novozbohatlíkov a zvyškom obyvateľstva – to sú všetko faktory, ktoré bývajú často podnetmi na získavanie si finančných prostriedkov náhradným – vysnívaným spôsobom ľahkého a bezprácného zbohatnutia v hazardných hrách.

Ilúzia o veľkej výhre sa však rýchlo rozplýva a gambleri spoznávajú tvrdú realitu prehíer, ekonomických, pracovných, spoločenských a hlavne rodinných debaklov a pádov.

Ústavnú liečbu patologických hráčov v našom zariadení – Odbornom liečebnom ústave psychiatrickom na Prednej Hore, sme začali v roku 1995. Je zameraná hlavne na nasledovné ciele:

- × dosiahnuť kvalitatívne nový spôsob života bez hazardných hier, život v abstinencii,
- × maximálne zlepšiť zručnosti a spôsobilosti liečených patologických hráčov na ich fungovanie v živote,
- × na prevenciu recidív.

LIEČEBNÝ PROCES PATOLOGICKÝCH HRÁČOV

Počas neho často narážame na závažné dôsledky ich doterajšieho spôsobu života, keďže často už stratili dôveru svojich najbližších. Ich partnerské zväzky sa buď rozpadli, alebo majú vážne trhliny. Nie je zriedkavá ekonomická katastrofa, vážne zadĺženie celej rodiny. Patologickí hráči sú často bez práce, opustení najbližšími aj priateľmi, končia na ulici bez opory a finančných prostriedkov, alebo rovno za mrežami väznic pre krádeže, sprenevery, podvody.

Úspešné ukončenie ústavnej liečby je však len prvým krokom v dlhšej, rozhodne nie jednoduchšej životnej ceste každého abstinenta. S problémami, ktoré sa patologickému hráčovi nakopili pri jeho hráčskej kariére, musí v abstinencii bojovať nielen sa-

motný gambler, ale často a dlhodobo aj najbližšia rodina. Vážne ekonomické deficity, dlhy u veriteľov, niekedy dosahujúce státisíce, ba až milióny, bývajú veľmi ťažkým, až doživotným bremenom v jeho ďalšom živote abstinenta, ale aj v živote jeho blízkych. Splácanie dlhov veriteľom si vyžaduje trpezlivosť, pokoru, uskomňovanie sa nielen samotného patologického hráča, ale aj jeho najbližších. Návrat dôvery v gamblera a upevnenie jeho postavenia v rodine a v kruhu najbližších je dlhodobý proces. V prípade jeho opätovného zlyhania sa pre krehkosť nového postavenia dôvera veľmi rýchlo rozpadá.

Zmeny, ku ktorým musí abstinujúci patologický hráč v novom živote abstinenta pristúpiť, sú často rozsiahle a bez spolupráce jeho rodiny, blízkych, priateľov, kolegov abstinentov, ako aj terapeutov, prakticky len ťažko uskutočniteľné.

Štatistické čísla sú ale neúprosne. Skutočných abstinujúcich patologických hráčov je pomerne málo a aj niektoré zahraničné práce, zaoberajúce sa touto problematikou len opatrne uvádzajú úspešnosť abstinencie patologických hráčov v rozmedzí 25 až 50 percent, aj to len pri pomerne krátkodobom katamnesticom sledovaní 1-2 roky (Ferris 1996, Petry, Armentano 1999, Stinfield, Winters 2000).

V našich podmienkach pri dvojročnom katamnesticom sledovaní 120 odliečených patologických hráčov v rokoch 1999 – 2000 (Benkovič 2001) možno uviesť približne 40 percentnú úspešnosť abstinencie. Vo zvyšných 60 percentách je asi 30 percent gamblero, čo jednoznačne zrecidivovali, a zvyšných 30 percent je v ich ďalšom fungovaní v abstinencii

neznámych, lebo nekontaktujú liečebňu ani psychiatrov.

PROCES DOLIEČOVANIA

Je dobre známe nielen terapeutom, ale aj pacientom, že proces doliečovania po ukončení ústavnej liečby je nevyhnutnou súčasťou fungovania abstinujúceho jedinca. Keďže viac rokov fungujúci socioterapeutický A-klub abstinujúcich alkoholikov v procese doliečovania sa v našich podmienkach už dávno osvedčil, vznikla koncom 90. rokov 20. storočia myšlienka ponúknuť podobné doliečovacie aktivity aj pre ústavne liečených patologických hráčov v našom zariadení.

Tak vznikol v júli 1998 socioterapeutický G-klub abstinujúcich patologických hráčov pri OLÚP Predná Hora ako dôležitý krok v ich doliečovaní. Vznikol ako spontánna a úprimná reakcia našich liečených pacientov – patologických hráčov, ktorých prio-

PROCES DOLIEČOVANIA ABSTINUJÚCICH ZÁVISLÝCH JEDNOTLIVCOV V SOCIOTERAPEUTICKÝCH KLUBOCH JE DÔLEŽITOU SÚČASŤOU ICH FUNGOVANIA V ABSTINENCII. RECIDÍVY ODLIEČENÝCH PATOLOGICKÝCH HRÁČOV BÝVAJÚ AJ PODĽA SLEDOVANIA V ZAHRANIČNÝCH PRÁČACH VEĽMI FREKVENTOVANÉ. G-KLUB ABSTINUJÚCICH PATOLOGICKÝCH HRÁČOV PRI OLÚP PREDNÁ HORA POSKYTUJE OD ROKU 1998 ABSTINUJÚCIM PATOLOGICKÝM HRÁČOM NOVÉ FORMY SOCIÁLNEHO UČENIA, PARTNERSKÚ SOLIDARITU, POMÁHA IM ROZVÍJAŤ SKUTOČNÉ PRIATEĽSKÉ A NERIZIKOVÉ VZŤAHY, PREKLENÚŤ KRÍZY A RECIDÍVY A HĽADAŤ NOVÉ OBZORY PRE ZMYSEL ŽIVOTA V ABSTINENCII.

ritným cieľom je udržať si svoju abstinenciu a úspešne fungovať v ďalšom živote. Abstinujúci patologickí hráči si už dávnejšie uvedomovali, že abstinencia nie je len o nehraní, prípadne nepití, ale aj o spolupráci navzájom v procese doliečovania. Je to tiež proces o vytvorení si nových sociálnych kontaktov s nerizikovými ľuďmi a nerizikovým prostredím.

Svojpomocný socioterapeutický G-klub funguje ako nová forma sociálneho učenia a vyrovnávania sa s rôznymi životnými a zdravotnými okolnosťami (Kickbusch, Hatch 1983). Tvoria ho členovia, ktorých spája spoločný osud a skúsenosti, fungujúci samostatne a zdôrazňujúci partnerskú solidaritu, nie nadradenosť. V svojpomocných socioterapeutických kluboch sa stráca odcudzenie medzi pomáhajúcimi a tými, ktorí pomoc potrebujú (Bútor 1991). V klubovej činnosti sa dosahuje osobný rast a sebarealizácia členov klubu, je to tiež útočisko a azyl tzv. „straténých“, ktorí hľadajú ochranu pred tlakom okolia (Katze, Bender 1976).

Činnosť socioterapeutického klubu sa sústreďuje na také sociálno-psychologické procesy, ako sú svedie, katarzia, vzájomná identifikácia, odstraňovanie pocitov stigmatizácie. Abstinujúcemu patologickému hráčovi sa v socioterapeutickej klubovej činnosti otvárajú nové obzory, nachádza zmysel života, dostáva sa proces transcencie seba samého, potreba vertikály, kde jeho choroba sa paradoxne stáva šancou a príležitosťou poznať život aj seba samého z doposiaľ nepoznaných perspektív (Bútor 1991).

SOCIOTERAPEUTICKÝ KLUB

Poskytuje svojmu členovi to, čo mu nemôže dať žiaden profesionál ani všetci odborníci dokopy, t.j. mohutné, presvedčivé a trvalé sociálne prostredie, bez ktorého by sa mohol „vykoľajit“ nežiaducim smerom (Maxwell 1962).

Klubová činnosť umožňuje novým členom prekenuť mnohé deficity v ich doterajšom fungovaní gamblerov, pomáha strážiť nový životný štýl v abstinencii. Spevňuje sieť spolupracujúcich abstinujúcich patologických hráčov v ich krízach, ale aj recidivách. Ved' kto lepšie rozumie problémom gamblerov, ak nie oni sami? Rozvíja tiež ich skutočné priateľské a nerizikové vzťahy ako protiklad osamelosti. Každý socioterapeutický G-klub má svoju špecifickú atmosféru. Výpovede jednotlivých členov počas klubových aktivít spôsobujú uvoľnenie tenzie, pôsobia ako balzam na ich dušu a sú veľkým poučením pre ostatných.

V počiatkoch klubovej činnosti sa stretávali abstinujúci patologickí hráči hlavne preto, aby povzbudili seba, ale aj svojich kolegov, ktorí boli práve v liečbe, v ich odhodlaní byť rovnako úspešní v abstinencii.

Neskôr bola klubová činnosť rozšírená o stretnutia s rodinami. Na stretnutia členov sme začali pozývať príbuzných liečiacich sa patologických hráčov, ako aj abstinujúcich gamblerov a zapájať ich do aktívnej klubovej činnosti. Práve takáto forma doliečovania patologických hráčov sa nám veľmi osvedčila. Je dôležité, aby aj rodinní príslušníci, blízki príbuzní a priatelia sa bližšie zoznámili s problematikou patologického hráčstva, jeho spúšťačmi, správaním sa počas hráčskej kariéry a závažnými dôsledkami hazardu.

Abstinujúci patologickí hráči si so svojimi kolegami v liečbe, s ich príbuznými a priateľmi vymieňajú názory, poznatky a skúsenosti, týkajúce sa problematiky narušených rodinných vzťahov, dôvery, riešenia často naliehavých finančných otázok, zmien v životnom štýle abstinenta, pracovných možností a zariadenia abstinujúceho patologického hráča do pracovného pro-

cesu, zvládania cravingu, kríz, ale aj recidív. V klubovej činnosti sa často analyzujú problémy a hľadajú sa riešenia v konkrétnych životných situáciách. Odbornými garantmi socioterapeutických klubových aktivít sú terapeuti OLÚP Predná Hora, ktorí sa pravidelne týchto aktivít zúčastňujú. Pre terapeutov je to príležitosť lepšie sa zoznámiť s problematikou patologického hráčstva, so životnými podmienkami preliečených, pričom neformálne stretnutia s abstinujúcimi gamblermi terapeutom poskytnú množstvo informácií o ich postojoch a názoroch.

Možno súhlasiť s myšlienkou Killileovej (1982): „Prvé, čo by sa profesionáli mali od svojpomocných skupín a klubov naučiť, je to, že sa tam majú čo naučiť!“

KLUBOVÉ AKTIVITY G-KLUBU MAJÚ JEDNOZNAČNE POZITÍVNY DOPAD NA SPOLOČNOSŤ AKO CELOK:

- ✗ ZMIERŇUJÚ A ODSTRÁŇUJÚ POCITY IZOLÁCIE ČLENOV SKUPINY,
- ✗ ZVYŠUJÚ POCIT KOMPETENCIE A SEBAÚCTY ČLENOV,
- ✗ ZVYŠUJÚ ZODPOVEDNOSŤ ZA VLASTNÉ SPRÁVANIE,
- ✗ SÚ DOSTUPNÉ PRE ŠIROKÝ OKRUH ĽUDÍ, KEĎŽE TU NIE JE NIK DISKRIMINOVANÝ (BÚTOR 1991).

Socioterapeutický G-klub abstinujúcich patologických hráčov v OLÚP Predná Hora bol založený roku 1998. Od mája 1999 sme začali pravidelne zaznamenávať jednotlivé klubové aktivity v kronike G-klubu. Možno len konštatovať, že od mája 1999 až po jún 2004, t.j. za 62 mesiacov sa na šesťdesiatich klubových doliečovacích aktivitách zúčastnilo 2074 abstinujúcich patologických hráčov a hostí (príbuzných a priateľov), čo priemerne predstavuje 34 ľudí na jeden G-klub. A členovia a priatelia G-klubu abstinujúcich patologických hráčov veria, že sa časom bude členská základňa ďalej zväčšovať.

ZÁVER

Socioterapeutický G-klub abstinujúcich patologických hráčov funguje v našom zariadení paralelne s tradične zabeňaným a výkonným A-klubom abstinujúcich alkoholikov. Plní dôležitú funkciu ich doliečovania. Pri stretávaní sa členov G-klubu raz za 4-5 týždňov sa utvrdzujeme v názore, že problematika patologického hráčstva má svoje veľmi úzke špecifiká. Tento fakt opakovane zdôrazňujú aj samotní členovia: doliečovanie v G-kluboch sa ich bytostne dotýka a pomáha im „dobíjať batérie“ pre ďalší život v abstinencii.

LITERATÚRA

BENKOVIČ, J.: Demografický profil patologických hráčov, liečených v OLÚP Predná Hora v rokoch 1999 – 2000. (AT konferencia, Predná Hora 2001), BÚTOR, M.: Prekročiť svoj stín. Avicenum, Praha, 1991, FERRIS, J.: Problem Gambling Across Canada, 1996. Canadian Journal of Psychiatry 41, 1996, 36 – 45. (Psychiatr. serv. 1999, Aug., 50 (8), 1021 – 7), KATZE, A. H. – BENDER, E.: The Strength in US: Self Help Groups in the Modern World. Franklin-Wats, New York 1976, KICKBUSCH, I. – HATCH, S.: A Reorientation of Health Care? (Self help and health in Europe. Who regional office for Europe, Copenhagen, 1983, 1 – 9), KILLILEA, M.: Mutual Help Organisations: Interpretations in the Literature. New York 1976, 37 – 93, MAXWELL, M. A.: Alcoholics Anonymous: An Interpet. In: Pittman, D. J. – Snyder, C. R.: Society Culture and Drinking Patterns. Wiley, New York 1962, 577 – 585, PETRY, N. M. – ARMENTANO, C.: Prevalence Assessment and Treatment of Pathological Gambling. Psychiatr. serv. 1999, Aug., 50 (8), 1021 – 7, STINFELD, R. – WINTERS, K.: Gambling Treatment Outcome Study. Gambl. Treatment Programs in Minnesota, National Academy Press 2000.



Ako dlho pred otehotnením by som mala prestať fajčiť, aby som nepoškodila plod? **Ivana, Šaľa**

Chválim Váš zodpovedný postoj k svojmu budúmu dieťaťu. Verím, že takýchto skvelých, múdrych a obetavých mám budeme mať stále viac.

Presnú a jednoznačnú odpoveď, kedy a čo poškodí plod, asi nedokáže dať žiadny odborník. Čo však jednoznačne vieme: každá toxická látka (patrí medzi ne i nikotín) prejde z tela matky do tela plodu a môže ho poškodiť! Ak prestane žena v tehotenstve fajčiť, ešte stále môže mať na plod zlý vplyv jej fajčiaci muž. Odborníci sa zhodujú v tom, že obdobie očakávania príchodu dieťaťa je ideálnym momentom, aby sa fajčenia vzdali obaja partneri. Okrem iného aj preto, lebo keď človek prestane fajčiť pred dovŕšením 35 rokov, vyhne sa takmer všetkým rizikám, ktoré so sebou fajčenie prináša.

Neodpustím si preventívne najoptimálnejšie odporúčanie: najlepšie je nezačať (ani s fajčením, ani inými drogami)! Odporúčanie konkrétne pre Vás znie: prestať fajčiť čo najskôr.

Dr. Králiková z poradne pre odvykanie fajčenia I. lekárskej fakulty Univerzity Karlovy odporúča: „Ženy by mali prestať fajčiť aspoň rok pred plánovaným otehotnením.“

Vyčistenie organizmu od nikotínu ako najtoxickerejšej zložky cigaretového dymu trvá podľa odborníkov niekoľko rokov (udáva sa 6 až 10 rokov). Tým Vás nechcem odradiť, skôr upozorniť tých, ktorí o tomto probléme ešte nezačali uvažovať, že čas nie je pri jeho riešení zanedbateľná okolnosť.

Niektoré funkcie v organizme sa po zanechaní fajčenia obnovujú pomerne rýchlo. Po 48 hodinách sa zlepšuje chuť a čuch, po 14 dňoch sa zlepšuje krvný obeh, funkcia pľúc stúpa približne o 30 %. Po jednom až deviatich mesiacoch ustupuje kašeľ, uvoľnia sa dutiny, v pľúcach opäť začnú fungovať riasinky – cílie, ktoré znižujú riziko infekcie, pretože svojím pohybom „vymetajú“ nečistoty z pľúc.

Na záver chcem upozorniť na Chartu práv detí na ochranu pred fajčením, z ktorej vyberám: deti majú právo byť chránené pred tabakom a fajčením od počatia až do dospelosti; deti majú právo žiadať od rodičov, učiteľov, lekárov a všetkých dospelých, aby im boli príkladom nefajčiarov.

Odpovedala Oľga Bindasová, 8. rok na beztabakovej diéte, CPPS, Pracovisko pre prevenciu drogových závislostí, Banská Bystrica

Je škodlivejší alkohol alebo cigarety? **Aja, Hnúšťa**

Fajčenie a pitie alkoholu spoločne s užívaním drog, rizikovým sexom a delikventným správaním tvoria obraz všeobecného syndrómu problémového správania a patria nepochybne medzi návykové formy správania. Na zodpovedanie Vašej otázky si prepožičiam stručný prehľad následkov dlhodobého pitia alkoholu a fajčenia na zdravie človeka.

Nadmerné pitie alkoholu a fajčenie spôsobujú okrem rizika závislosti mnoho ďalších ochorení. Pri pití alkoholu hrozí vznik cirhózy pečene, nádorových a srdcovo-cievnych ochorení. Okrem týchto priamych účinkov alkoholu treba spomenúť, že alkohol sa podpisuje na vysokej úmrtnosti v dôsledku dopravných nehôd, úrazov a násilných činov.

REDAKČNÁ PORADŇA JE TU PRE VÁS. ADRESUJTE NÁM SVOJE OTÁZKY POŠTOU ALEBO E-MAILOM A MY VÁM PRINESIEME ODPOVEDE, KTORÉ PRE VÁS PRIPRAVIA ODBORNÍCI. PÝTAŤ SA MÔŽETE AJ ANONYMNE.

Pre porovnanie: nikotín a iné škodlivé látky obsiahnuté v cigaretách sú zodpovedné za 30 % úmrtí na rakovinu. Zastúpenie úmrtí na kardio-vaskulárne ochorenia je ešte vyššie. Fajčenie zvyšuje riziko chronickej bronchitídy, žalúdočných vredov, znižuje tvorbu žiaduceho cholesterolu HDL, zvyšuje zrážanlivosť krvi a pod. U tehotnej ženy majú fajčenie a alkohol negatívny vplyv na vyvíjajúci sa plod.

Myslím, že na základe týchto údajov si aj sama uvedomujete, že nie je rozdiel medzi cigaretami a alkoholom, pokiaľ hovoríme o ich škodlivosti a účinku na zdravie a kvalitu života človeka.

Odpovedala Mgr. Karin Kapustová, psychologička, resocializačné zariadenie Čistý deň v Galante

Chutí mi pivo a skoro každý večer ho pijem. Môžem sa stať závislým? Ako sa závislosť vyvíja? **Peter**

Pivo je alkohol ako každý iný, obsahuje od 2,5 do 7 percent alkoholu. Ak ho piješ každý večer a chutí Ti, je to O.K. Ale ak budeš ďalej takto pokračovať, počítaj s vývinom závislosti od alkoholu, a to už v poriadku nebude.

Rátaj so mnou: ak vypiješ denne len jedno pivo, za týždeň je to 3,5 litra za mesiac 14 litrov, za rok 268 litrov piva. A tak ďalej...

Pri jednom pive asi nezostaneš, všetko je otázka zvyku a chuti. Tebe chutí, takže šťastnú cestu do závislosti. Mimochodom, žiadny alkoholik nezačína piť s tým, že by mu alkohol nechutil.

Odpovedal MUDr. Mário Straka, psychiater, Neštátné zdravotnícke zariadenie v Galante

Ako dlho si človek musí odvykať od drogy? **S. N. Spiš**

Vrávi sa, že čas vymaňovania sa zo spárov závislosti trvá dva razy toľko ako obdobie fetovania. V terapii sa za minimálny čas považujú 3 roky. Detoxikácia, ktorej cieľom je zbaviť organizmus návykovej látky, trvá 7 až 10 dní. Na ňu nadväzuje základná liečba v zdravotníckom zariadení, ktorá má charakter stredne dlhodobej liečby. V závislosti od praxe jednotlivých zariadení trvá 4 až 12 týždňov. Po tomto čase by mal závislý človek vedieť zhodnotiť svoje ochorenie a uvedomiť si, že musí zmeniť spôsob svojho doterajšieho života. Samotné uvedomenie si nevyhnutnej zmeny životného štýlu však nestačí. Nasleduje obdobie rekonštrukcie života a minimálne 12 mesiacov trvá nastavenie na nový program – života bez návykovej látky. Dosiahnuť tieto ciele si kladie za cieľ resocializácia. Po návrate do domáceho prostredia nastáva fáza doliečovania, v rámci ktorej je nevyhnutná psychická opora pre človeka vracajúceho sa do života. Úlohu doliečovania plnia kluby abstínujúcich, ambulantné zariadenia (psychologické poradne, poradne pre závislých, lekári) a posilňovacie pobyty v materskom zariadení.

A treba dodať, že život v úplnej abstinencii v súlade s programom života vytvoreným počas liečby a doliečovania je nutné dodržiavať po celý život.

Odpovedala Mgr. Zuzana Miková, riaditeľka resocializačného zariadenia pre závislých od psychoaktívnych látok Čistý deň v Galante

Úvod

V priebehu posledných 15 rokov, odkedy je známy genóm vírusu hepatitídy C, sa využitím metód molekulovej biológie (rekombinantné technológie, polymerázová reťazová reakcia, monoklonové protilátky) v experimentálnej a klinickej medicíne získali rozsiahle poznatky. Týmto prístupom nadobudla problematika infekcie vírusom hepatitídy C (HCV) interdisciplinárny rozmer a predstavuje závažný medicínsky, ako aj spoločensko-ekonomický problém nielen v slovenskej populácii. V súčasnosti sa odhaduje, že vírusom hepatitídy C je infikovaných viac ako 200 miliónov obyvateľov našej planéty.

Vírus hepatitídy C po prvýkrát naklonoval Houghton so svojimi spolupracovníkmi v roku 1989. Je známa štruktúra vírusu, cesty prenosu infekcie, objasňujú sa imunopatogenetické mechanizmy ochorenia, klinická manifestácia a diagnostické postupy. I keď doposiaľ sa nepodarilo pripraviť očkovaciu látku proti HCV, ako je to napríklad pri HBV infekcii (hepatitída B), treba zdôrazniť, že za pomerne krátke obdobie sa postupne, počas niekoľkých etáp, vyvinula moderná a efektívna liečba.

CHARAKTERISTIKA HCV

HCV sa zaraďuje do skupiny Flaviridae a jeho podstatnou zložkou je jednovláknitá ribonukleová kyselina, pozostávajúca z 10 000 nukleotidov. Príslušný génový produkt obsahuje 3 000 aminokyselín a delí sa posttranslačne na štruktúrne a neštruktúrne proteíny. Vírus sa vyznačuje značnou heterogenitou a na základe rozdielnej štruktúry genómu sa v súčasnosti delí do 6 základných genotypov a 50 subtypov (Simondsova klasifikácia). Charakteristickou vlastnosťou vírusu je, že mutuje a vytvára neúplné genómy vírusu, tzv. kvaziespecies. Distribúcia jednotlivých genotypov má geografickú závislosť. V Európe sa najčastejšie vyskytujú genotypy 1, 2 a 3. Zistil sa vzťah medzi typom genotypu a závažnosťou chronického poškodenia pečene, resp. odpoveďou na kombinovanú liečbu interferénom alfa a ribavíriénom.

KLINICKÝ OBRAZ HCV INFEKČIE

HCV zaraďujeme medzi hepatotropné vírusy a najčastejšie prebieha pod obrazom hepatitídy. Akútna fáza ochorenia sa nevyznačuje špecifickou symptomatológiou (len 20 % pacientov v akútnej fáze má subikterus kože a sklér), ktorá by upozornila postihnutého jedinca na nutnosť vyhľadať lekársku starostlivosť. Inkubačná doba ochorenia je 15 – 160 dní. Po parenterálnej infekcii sa vírus dokazuje PCR metódou už v priebehu prvých štyroch dní. Protilátková odpoveď sa začne prejavovať až po niekoľkých týždňoch infekcie. Pacienti v akútnej fáze ochorenia môžu mať zvýšené teploty, dyspeptické ťažkosti, hnačky. Priebeh ochorenia má charakter bežnej vírusovej infekcie a po niekoľkých dňoch ustupuje. Len 20 % pacientov sa v akútnej fáze vylieči spontánne. Z uvedených dôvodov len v zriedkavých prípadoch zachytíme u pacientov akútny priebeh infekcie.

Charakteristickou črtou HCV infekcie je však v 80 % prípadov prechod do chronického štádia ochorenia, čo znamená, že zápalové ochorenie pečene trvá viac ako 6 mesiacov. Podobne ako v akútnej fáze klinická symptomatológia je veľmi nešpecifická. Väčšina pacientov sa sťažuje na zvýšenú únavu, nevýkonnosť, abdominálny diskomfort, intermitentné hnačky. Zákernosť tejto choroby spočíva v tom, že „ticho“, bez špecifických prejavov môže v priebehu 10 až 15 rokov vyústiť do ireverzibil-

ného poškodenia pečene (cirhóza, resp. karcinóm pečene).

Ako sme spomenuli, HCV infekcia najčastejšie postihuje pečeň, avšak je to ochorenie celého organizmu s prejavmi na rôznych orgánoch (extrahepatálna manifestácia ochorenia) s postihnutím kože, obličiek, hematopoetického, nervového, cievného systému a ďalších.

CESTY PRENOSU INFEKČIE, RIZIKOVÉ SKUPINY A EPIDEMIOLOGICKÁ SITUÁCIA

Podobne ako pri víruse hepatitídy B, aj pri HCV infekcii je najčastejšou cestou prenosu parenterálna cesta (krvná cesta): krvnými derivátmi a transfúziami krvi pred érou objavenia HCV, hemodialyzačnou liečbou, pichnutím infikovanou ihlou (zdravotnícki pracovníci, drogový závislí jedinci), tetovaním a piercingom. Menej častý je prenos sexuálnym kontaktom u homosexuálov a promiskuitne žijúcich jedincov. Z uvedeného vyplýva, že medzi najrizikovejšie skupiny patria drogový závislí jedinci s parenterálnou aplikáciou drog, pacienti v hemodialyzačných centrách, zdravotnícki pracovníci, hemofilici (infikovaní pred rokom 1989) a homosexuáli. Vertikálny prenos infekcie z matky

ČO VIEME PÁ HEPATI

- DOC. MUDR. **FRANTIŠEK GAZDÍK**, CSc.
MUDR. **LUBOMÍR OKRUHLICA**, CSc.*
DOC. MUDR. **KATARÍNA GAZDÍKOVÁ**, PHD.
VEDECKOVÝSKUMNÁ ZÁKLADŇA SLOVENSKEJ ZDRAVOTNÍCKEJ
UNIVERZITY – ÚPKM, NÁRODNÉ REFERENČNÉ CENTRUM PRE
LIEČBU CHRONICKÝCH HEPATITÍD, BRATISLAVA
* INŠTITÚT DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ, CENTRUM PRE LIEČBU
DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ, BRATISLAVA

na dieťa sa pozoroval len v 5 % prípadov. V bežnej populácii sa vyskytuje tzv. „sporadická forma“ hepatitídy typu C, pri ktorej vo väčšine prípadov nevieme exaktne identifikovať cestu prenosu infekcie.

Na Slovensku sa odhaduje prevalencia HCV infekcie od 0,2 do 0,6 %. Iná je situácia v rizikových skupinách. Napríklad drogový závislý jedinci sa infikovali až v 42 % a 26 % aj s dokázanou prítomnosťou vírusových častíc v krvi metódou polymerázovej reťazovej reakcie. Tieto údaje boli získané z bratislavského a košického regiónu. Zaujímavé je zastúpenie genotypov, kde v minulosti sme zachytili prevahu genotypu 1, zatiaľ čo v posledných dvoch rokoch je to genotyp 3a. Tento „priaznivý“ vývoj má veľký význam pre zvýšenú účinnosť liečby, a tým aj pre účelnosť vynaložených finančných prostriedkov spojených s týmto ochorením.

DIAGNOSTIKA HCV INFEKČIE

Na skriningové vyšetrenie sa používa ELISA metóda III. generácie, dokazujúca prítomnosť protilátok proti HCV. V prípade

pozitívneho výsledku sa pokračuje v diagnostike buď konfirmačným testom (RIBA – rekombinantný imunobloting), alebo polymerázovou reťazovou reakciou, resp. hybridizačnými metódami, ktorými sa zisťuje prítomnosť vírusových častíc v krvi. V súčasnosti sa odporúča kvalitatívne vyšetrenie doplniť aj kvantitatívnym, spočívajúcim v stanovení počtu vírusových častíc v jednom mikrolitri séra. Tento prístup je dôležitý pre vyhodnocovanie úspešnosti liečby. Rovnako dôležité je aj stanovenie jednotlivých genotypov, rozhodujúcich o trvaní liečby. Ďalším krokom je biochemické vyšetrenie (zvýšená aktivita pečeňových testov), prípadne biopsia pečene s histologickým vyhodnotením vzorky. Nemenej dôležitým vyšetrením je vyhodnotenie imunologického statusu pacienta (koincidencia s HIV infekciou, manifestácia autoimúnných fenoménov a ďalšie). Veľmi nepriaznivým prognostickým faktorom je kombinácia HCV infekcie s konzumáciou alkoholu.

LIEČBA HCV INFEKČIE

Od roku 1989 vo vývoji terapeutických postupov liečby chronickej hepatitídy typu C zaznamenávame tri dôležité etapy.

O VÍRUSE TÍDY C

Prvou je uvedenie interferónu alfa, pripraveného rekombinantnou technológiou, do klinickej praxe. Interferón alfa je glykoproteín, ktorý je súčasťou humorálnej zložky imunity každého človeka a zvyšuje protivírusovú obranyschopnosť organizmu. Účinnosť liečby (trvalá virologická odpoveď – HCV RNA negatívita 6 mesiacov od ukončenia liečby) bola nízka a pohybovala sa v závislosti od dĺžky liečby od 6 – 16 %.

Druhým prelomom v liečbe chronickej hepatitídy typu C bolo zavedenie ribavirínu, látky s antivírusovými vlastnosťami v kombinácii s interferónom alfa, čím sa zvýšila terapeutická efektívnosť až na 41 % a skombinovali sa imunostimulačné a antivírusové vlastnosti prípravkov. Tretou etapou, od roku 2001, bolo zavedenie tzv. pegylovaného interferónu alfa v kombinácii s ribavirínom do terapeutického manažmentu HCV infekcie. Pegylovanou formou sa dosiahla vyššia hladina interferónu alfa už za 7 dní, čím sa zlepšila aj compliance pacientov redukciami podávania interferónu alfa raz týždenne pod kožu. Celková dĺžka liečby závisí od typu genotypu a pohybuje sa od 24 do 48 týždňov. Táto kombinácia zvýšila účinnosť liečby až na 60 – 85 % v závislosti od genotypu HCV (nižšia efektívnosť u pacientov s genotypom 1). V súčasnosti sa kombinácia interferónu alfa a ribavirínu považuje za „zlatý štandard liečby“ s vysokou účinnosťou.

Liečba chronickej hepatitídy typu C sa vykonáva na špecializovaných pracoviskách (zmluvných so zdravotnými poisťovňami). V priebehu liečby je potrebný monitoring pacientov, pretože liečba je sprevádzaná viacerými nežiaducimi laboratornými, ako aj klinickými účinkami. Treba zdôrazniť, že po prechodnej redukcii liečby, resp. po jej ukončení, nežiaduce účinky ustúpia.

Medzi najčastejšie nežiaduce účinky patria flu-like syndróm (príznaky ako pri chrípke – zvýšená teplota, bolesti svalstva a kĺbov), znížená chuť do jedla, chudnutie (2 – 4 kg v priebehu liečebnej kúry), difúzne vypadávanie vlasov, stavy úzkosti a depresie a v laboratórnom obraze chudokrvnosť (anémia), zníženie počtu krvných doštičiek (trombocytopenia) a bielych krviniek (leukopénia).

PREVENČIA

Objavením HCV sa vytvorili podmienky na prípravu diagnostických súprav, ktorými sa zabráňuje šíreniu infekcie prostredníctvom transfúzií krvi a krvných derivátov. Vyšetrením darcov krvi na HCV infekciu sa výrazne znížilo riziko prenosu infekcie touto cestou. Zavedenie jednorazového zdravotníckeho materiálu (ihly, striekačky) tiež výrazne prispelo k zníženiu prenosu HCV v populácii.

Zvýšenú pozornosť treba venovať aj módnemu tetovaniu a piercingu. Používanie jednorazového materiálu (ihiel) by malo byť v zariadeniach, kde sa vykonávajú, samozrejmosťou.

Ďalšími preventívnymi opatreniami sú chránený pohlavný styk u infikovaných jedincov, používanie vlastných hygienických potrieb (mydlo, zubná kefka, holiaci strojček, uterák) v spoločnej domácnosti. Pri ošetrení otvorených poranení je potrebné pracovať v ochranných gumených rukaviciach. Ak sa u infikovaného jedinca plánuje chirurgický výkon (zubné, gynekologické výkony a pod.), zdravotnícky personál o tejto skutočnosti musí vedieť.

Veľký význam v oblasti šírenia HCV infekcie v komunite drogových závislých jedincov majú aktivity viacerých občianskych združení, ktoré sa okrem iného venujú zabezpečovaniu jednorazového materiálu (ihly) a dezinfekčných prostriedkov.

KRITÉRIÁ PRE SCHVÁLENIE LIEČBY CHRONICKEJ HEPATITÍDY TYPU C ZDRAVOTNÝMI POISŤOVŇAMI

Prvým predpokladom na schválenie liečby chronickej hepatitídy typu C je minimálne 6-mesačná drogová abstinencia, vykonávaná dispenzarizáciou v špecializovaných zariadeniach (centrá pre liečbu drogových závislostí a resocializačné zariadenia). Ďalším dôležitým faktorom je dôkaz vírusových častíc v krvi s určením genotypu HCV a zvýšená biochemická aktivita (pečeňové testy). Odporúča sa aj histologické vyšetrenie pečene, ktorým sa dokazuje chronický zápal. Všetky uvedené náležitosti musia byť objektívne zdokumentované.

Veľmi dôležitou súčasťou úspešného absolvovania liečby je úzka spolupráca pacienta s ošetroujúcim lekárom a jeho dôvera voči nemu.

ZÁVER

Úspešné vyhľadávanie HCV pozitívnych jedincov a ich racionálna liečba modernými prostriedkami znižujú riziko výskytu ťažkých foriem poškodenia pečene (cirhózy a rakoviny pečene) v budúcnosti. I keď finančné náklady spojené s uvedenou liečbou sú relatívne vysoké, pri zanedbaní využitia súčasných možností sa v budúcnosti niekoľkonásobne zvýšia terapeutické náklady kvôli nárastu pacientov v terminálnom štádiu ochorenia pečene. Okrem farmakoekonomických aspektov nezanedbateľnou skutočnosťou je, že moderná liečba chronickej hepatitídy C výrazne zlepšuje, resp. normalizuje kvalitu života postihnutých jedincov.