

# SILNÁ TÚŽBA ako diagnostické kritérium

■ MGR. KARIN KAPUSTOVÁ, RESOCIALIZAČNÉ STREDISKO ČISTÝ DEŇ

**BAŽENIE (CRAVING) SPOLOČNE S NARUŠENOU KONTROLOU UŽÍVANIA NÁVYKOVEJ LÁTKY PATRÍ MEDZI ZÁKLADNÉ ZNAKY ZÁVISLOSTI. PREDPOKLADÁ SA, ŽE BAŽENIE JE VÝZNAMNOU ZJEDNOCUJÚCOU ČRTOU, KTORÁ SPÁJA RÔZNE FORMY NÁVYKOVÉHO SPRÁVANIA, A TEDA NIELEN LÁTKOVÉ ZÁVISLOSTI, ALE AJ PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO, CHOROBNÉ NAKUPOVANIE, WORKOHOLIZMUS.**

Baženie je jedným, hoci nie jediným, z mechanizmov, ktoré udržiavajú užívanie návykovej látky a sú častou príčinou relapsov a recidív. Užívatelia návykových látok v súvislosti s bažením hovoria o „chutiach“.

## MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA CHORÔB (MKCH 10)

VYMEDZUJE SYNDRÓM ZÁVISLOSTI NASLEDOVNE:

ZÁVISLOSŤ JE SKUPINA ODCHÝLOK V SPRÁVANÍ, POZNÁVANÍ A VO FYZIOLOGICKÝCH FUNKCIÁCH, KTORÁ SA VYVÍJA PO OPAKOVANOM UŽÍVANÍ PSYCHOAKTÍVNEJ LÁTKY A KTORÁ ZAHŔŇA:

1. SILNÚ TÚŽBU UŽIŤ PSYCHOAKTÍVNU LÁTKU,
2. ZNÍŽENÚ SCHOPNOSŤ KONTROLY NAD JEJ UŽÍVANÍM,
3. PRETRVÁVAJÚCE UŽÍVANIE NAPRIEK DÔKAZOM O ŠKODLIVÝCH DÔSLEDKOCH UŽÍVANIA,
4. UPREDNOSTŇOVANIE UŽÍVANIA PSYCHOAKTÍVNEJ LÁTKY PRED INÝMI AKTIVITAMI A POVINNOSŤAMI,
5. ZVÝŠENÚ TOLERANCIU A NIEKEDY SOMATICKÝ ABSTINENČNÝ SYNDRÓM.

Syndróm závislosti sa vyvíja na špecifickú psychoaktívnu látku (napr. tabak, alkohol alebo diazepam), na skupinu látok (napr. opiáty), alebo na väčšie množstvo farmakologicky odlišných psychoaktívnych látok.

## ČO JE BAŽENIE?

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie možno baženie vymedziť ako silnú túžbu pociťovať účinky návykovej látky, s ktorou mala osoba v minulosti skúsenosť.

Pravdepodobne nie je náhodné, že silná túžba užívať psychoaktívnu látku, teda baženie, sa v medzinárodných klasifikačných systémoch (MKCH 10, Diagnostický a štatistický manuál Americkej psychiatrickej spoločnosti DSM IV) objavuje na prvom mieste v diagnostických kritériách na určenie, či človek je alebo nie je závislý.

## DRUHY BAŽENIA

Baženie je a bude verným sprievodcom každého užívateľa psychoaktívnych látok na jeho ceste životom. Nastáva nielen v období krátko po užití a odznievaní účinkov návykovej látky, alebo tesne po ich odznení, ale tiež po dlhšom časovom období abstinencie.

Niektorí odborníci rozlišujú dva druhy baženia: baženie telesné a psychické. Telesné baženie súvisí s rozvinutím telesnej závislosti, s odznievaním účinkov psychoaktívnej látky a rozvíjajúcimi sa abstinенčnými príznakmi, a teda komplikuje život závislému predovšetkým na začiatku abstinencie. Psychické baženie súvisí so psychickou závislosťou, ktorá sa vyvíja pros-

tredníctvom „závislostnej pamäti“ tým, že návyková látka sa užíva opakovane, v určitom kontexte, určitým spôsobom, za sprievodu určitých rituálov a navodzuje očakávané účinky (eufória, relaxácia, aktivácia, zvláštne zážitky). Psychické baženie sa objavuje aj po období dlhšej abstinencie a závislému komplikuje život už nastalo.

NOVŠIE PRÁCE NAVRHUJÚ KLASIFIKOVAŤ TYPY BAŽENIA SKÔR PODĽA PRÍČINY, KTORÁ HO VYVOLALA. TAKÁTO KLASIFIKÁCIA JE NASLEDOVNÁ:

1. BAŽENIE POČAS DLHŠEJ ABSTINENCIE BEZ ZJAVNÉHO SPÚŠŤAČA,
2. BAŽENIE PRI ABSTINENCII SPUSTENÉ PSYCHOSOCIÁLNYMI PODNETMI,
3. BAŽENIE PRI ABSTINENCII AKO REAKCIA NA NEGATÍVNY EMOČNÝ STAV,
4. BAŽENIE PO NÁHODNOM POŽITÍ MALEJ DÁVKY ALKOHOLU ALEBO INEJ NÁVYKOVEJ LÁTKY,
5. BAŽENIE AKO SPÔSOB MIERNENIA ABSTINENČNÝCH PRÍZNAKOV.

## ČO SA ODOHRÁVA PRI BAŽENÍ V MOZGU?

Baženie nie je to isté ako obyčajná chuť, i keď závislí nazývajú stav baženia „chuťami“. Na rozdiel od obyčajnej chute sa v období baženia v mozgu aktivizujú vývinovo staršie oblasti mozgu, ktoré súvisia najmä s emóciami a pamäťou. V dôsledku užívania návykových látok sa emócie stávajú menej funkčnými, zjednodušujú sa a oplošťujú. Pamäť je zaplavená informáciami o miestach, situáciách, spôsoboch získania a aplikácie návykovej látky a tiež podsúva informáciu, že „zlepšiť si stav, dobre sa cítiť“ je veľmi jednoduché – stačí opäť siahnuť po návykovej látke.

Baženie oslabuje rozhodovacie procesy a často vedie k dennému sneniu. A to je ďalší dôvod, prečo závislí baženie tak často nezvládajú. Baženie spôsobuje, že rozhodnutia závislého sú iracionálne, unáhlené a nesprávne – vedú často k nedokončenu terapie a k recidívam.

## PREHĽAD NIEKTORÝCH ZMIEN, KU KTORÝM PRI BAŽENÍ DOCHÁDZA:

- ✓ AKTIVÁCIA VÝVINOVO STARŠÍCH OBLASTÍ MOZGU (DORSOLATERÁLNY PREFRONTÁLNY KORTEK, LIMBICKÝ SYSTÉM, AMYGDALA, MOZOČEK),
- ✓ OSLABENIE PAMÄTI,
- ✓ PREDĽŽENIE REAKČNÉHO ČASU, ZHORŠENIE POSTREHU,
- ✓ ABNORMÁLNY NÁLEZ NA ELEKTRORETINOGRAME, ZÁZNAM ELEKTRICKEJ AKTIVITY SIETNICE,
- ✓ ZVÝŠENIE TEPOVEJ FREKVENCIE SYSTOLICKÉHO KRVNÉHO TLAKU,
- ✓ ZNÍŽENIE KOŽNÉHO GALVANICKÉHO ODPORU,
- ✓ ZVÝŠENÁ AKTIVITA POTNÝCH ŽLIAZ, ZNÍŽENIE KOŽNEJ TEPLoty,
- ✓ ZVÝŠENÁ SALIVÁCIA (NAJMÄ U ZÁVISLÝCH OD ALKOHOLU).

## ČO PRINÁŠA SO SEBOU BAŽENIE?

Baženie je pomerne komplexný jav. Zasahuje myslenie, prežívanie i správanie závislého. Pri bažení býva závislý zahŕtený

predstavami a spomienkami na príjemné zážitky z obdobia, keď aktívne bral návykové látky; spomienkami na to, aké príjemné pocity môže návyková látka navodiť, a často aj s prežitím tzv. flashbacku (prežitie účinku návykovej látky bez priamej aplikácie); zaoberá sa fantáziami o tom, ako by to bolo doma, s kamarátmi, na miestach, ktoré počas užívania návykovej látky navštevoval, a kontextom okolo získavania návykovej látky, jej aplikácie, jej účinkov, čo, samozrejme, spája len s pozitívnymi pocitmi a zážitkami.

Myslenie fixované na príjemné zážitky v spojení s návykovou látkou sa spája s aktuálne negatívnym prežívaním, ako je silná túžba po návykovej látke, nepohoda, úzkosť, tieseň, nepokoj, nervozita, podráždenosť, rozrušenie, subdepresívne ladenie, hostilita a pod. Nutková potreba užiť návykovú látku s prežívaním nepohody pôsobí ako hnacia sila pri opätovnom siahnutí po droge, ktorej aplikácia má zázračnú moc – nešpecifické negatívne telesné a emočné prejavy po jej požití ustúpia bezo zvyšku.

Baženie má aj telesný doprovod vo forme pocitov zvierania na hrudi, búšenia srdca, zvierania žalúdka, sucha v ústach, trasu, bolesti hlavy alebo iných častí tela, potenia.

O bažením môžu vypovedať i sny závislého. Spočiatku sú to sny s desivou tematikou bez spojitosti s návykovou látkou až k snom, v ktorých závislý prichádza priamo do kontaktu s návykovou látkou – vyrába ju, kupuje, zháňa na ňu peniaze, aplikuje ju sebe alebo inému. Aj pri náhlejšej poruche spánku treba myslieť na možný pôvod v bažení.

### OD ČOHO ZÁVISÍ SILA BAŽENIA?

Naliehavosť baženia závisí od druhu návykovej látky, od ktorej je človek závislý. Niektoré látky, ako napríklad heroín, kokain, pervitín, vyvolávajú zvlášť silné baženie. A v prevencii relapsu je dôležité sledovať i možný potenciál „slabších“ návykových látok, ktoré môžu vyvolať baženie po „silnejšej“ návykovej látke.

Baženie je najsilnejšie na začiatku abstinovania. Postupne slabne, epizódy baženia sa skracujú a pocity pri ňom sa stávajú menej naliehavými.

Baženie naberá na sile a intenzite v stave nepohody a pri dlhodobejšom prežívaní rizikových emócií, ako je hnev, smútok, úzkosť, osamelosť, únava, hlad. Závislí by si však mali strážiť i pocity nudy, eufórie, šťastia a radosti, ktoré ich môžu viesť k hľadaniu podnetov.

Baženie je silnejšie nielen v styku s návykovou látkou, ale aj v prostredí, kde je návyková látka ľahko dostupná. Baženie vyvolávajú aj rôzne spúšťače, ktorými je pamäť zahľtená (hudba, chute, vône, ľudia, miesta).

A baženie môže, samozrejme, vyvolať i náhodne užitá hoci aj malá dávka alkoholu alebo návykovej látky (napr. v potravinách, liekoch).

### DÔLEŽITÉ INFORMÁCIE O BAŽENÍ:

- ✓ BAŽENIE JE ZNAKOM ZÁVISLOSTI,
- ✓ BAŽENIE SPREVÁDZA A BUDE SPREVÁDZAŤ KAŽDÉHO UŽÍVATEĽA NÁVYKOVÝCH LÁTKO PO CELÝ ŽIVOT,
- ✓ BAŽENIE SA ČASOM ZMIERŇUJE, PRICHÁDZA PO DLHŠÍCH ČASOVÝCH INTERVALOCH A NIE JE TAKÉ NALIEHAVÉ, AKO NA ZAČIATKU ABSTINOVANIA,
- ✓ BAŽENIE MÔŽE VIESŤ K RACIONALIZÁCIÁM, POPIERANIU A K TZV. „ZDANLIVO BEZVÝZNAMNÝM ROZHODNUTIAM“,
- ✓ BAŽENIE OSLABUJE PAMÄŤ A ROZHODOVACIE PROCESY, SPÔSOBUJE, ŽE ROZHODNUTIA ZÁVISLÉHO SÚ POD JEHO

- VPLYVOM IRACIONÁLNE A UNÁHLENÉ,
- ✓ BAŽENIE SPOLU S PODCEŇOVANÍM ZÁVISLOSTI JE NAJČASTEJŠÍM DÔVODOM, PREČO ZÁVISLÝ RECIDIVUJE A PREDČASNE UKONČUJÚ LIEČBU,
- ✓ BAŽENIE VÝRAZNE ZOSILŇUJÚ DOSTUPNOSŤ NÁVYKOVEJ LÁTKY, STRETNUTIE SO SPÚŠŤAČMI, NEPOHODA, RIZIKOVÉ EMOCIONÁLNE STAVY, MALÁ SCHOPNOSŤ SEBAVNÍMANIA A SEBAUVEDOMOVANIA,
- ✓ BAŽENIE SA DÁ PREKONAŤ,
- ✓ KAŽDÝ ZÁVISLÝ BY MAL POČAS LIEČBY POPRACOVAŤ NA VYTVORENÍ SI VLASTNÉHO REPERTOÁRA ANTICRAVINGOVÝCH STRATÉGIÍ.

### NEBEZPEČENSTVÁ BAŽENIA

Nebezpečenstvo baženia má zdroj v oslabených rozhodovacích procesoch a v oslabení pamäti. Zvyšuje sa tým, že závislý v stave baženia nemyslí na negatívne zážitky, ku ktorým ho návyková látka dovedla. Navyiac, baženie sa maskuje do rôznych nešpecifických emočných a telesných prejavov, prichádza kradmo a nepozorovane a závislý ho nemusí postrehnúť v jeho začiatkoch.

V tomto zmysle je v terapii závislosti a v prevencii relapsu veľmi dôležitá práca s emóciami a práca s telom, aby sa závislý človek naučil rôzne emočné a telesné prejavy zachytiť, identifikovať ich, popísať, čo sa to s ním vlastne deje, a dokázal rozlišovať medzi bažením a inými nepohodami.

### NIEKORÉ (NEFARMAKOLOGICKÉ) SPÔSOBY NA ZVLÁDNUTIE BAŽENIA (ANTICRAVINGOVÉ STRATÉGIE):

- ✓ VYHÝBAŤ SA SITUÁCIÁM A SPÚŠŤAČOM, KTORÉ VYVOLÁVAJÚ BAŽENIE,
- ✓ UVEDOMIŤ SI NEGATÍVNE DÔSLEDKY RECIDÍVY,
- ✓ ODVIESŤ POZORNOSŤ,
- ✓ UVEDOMIŤ SI VÝHODY ABSTINENCIE,
- ✓ CVIČENIE, TELESNÁ PRÁCA,
- ✓ VYDRŽAŤ, ZAKÁZAŤ SI RECIDÍVU,
- ✓ SPÁNOK, ODDYCH,
- ✓ UVEDOMIŤ SI BAŽENIE NA ZAČIATKU, KÝM NIE JE TAKÉ SILNÉ,
- ✓ MYSLEŤ NA SVOJE ZDRAVIE,
- ✓ ROZPRÁVAŤ O SVOJICH POCITOCH PRI BAŽENÍ,
- ✓ PRELADIŤ ORGANIZMUS (RELAXÁCIA A POD.),
- ✓ JEDNODUCHO VYDRŽAŤ A NEROZHODOVAŤ SA DOVTEDY, KÝM BAŽENIE NEODOZNIE,
- ✓ ODÍŠŤ NA MIESTO, KDE NIE SÚ NÁVYKOVÉ LÁTKY DOSTUPNÉ,
- ✓ POŽIADAŤ O POMOC,
- ✓ UVAŽOVAŤ O PRÍČINÁCH BAŽENIA,
- ✓ ZVERIŤ NIEKOMU PENIAZE,
- ✓ SÁM NIEKOMU PONÚKNUŤ POMOC.

### NA ZÁVER

Baženie značne komplikuje liečbu závislosti a často vedie k nedokončeniu alebo prerušeniu terapie. Môžeme však s istotou tvrdiť, že baženie sa dá prekonať. Recept na baženie je jednoduchý – odventilovať negatívne prežívanie, preladiť sa, odvieť pozornosť, čas a odloženie rozhodnutia. Pomôcť môže aj krízový plán v období baženia, ktorého prvým bodom je apel na seba samému: „Keď sa nevieš kvalitne rozhodnúť sám, nechaj za seba rozhodnúť iných!“



**BAŽENIE PO DROGE JE STAV, PRI KTOROM SA PRE MŇA ZASTAVÍ ČAS a v mojej mysli sa odohrá veľký boj.** Pred očami mám tmu, hučí mi v ušiach, moje telo zaplavuje nával emócií, neovládateľného hnevu. Celé telo sa mi chveje, srdce mi rýchlo bije, mám chuť kričať ako zmyslov zbavená, vytrhať si vlasy, vybuchnúť a rozletieť sa na milión kúskov. Zmocňuje sa ma zúfalstvo, že nemôžem mať to, čo najviac chcem, čo najviac milujem – drogu. Nepozieram na to, čo spôsobím sebe alebo svojim najbližším, nepozieram doprava, doľava ani dozadu, len dopredu – a tam je droga. Musím ju mať, chcem ju mať za každú cenu, nepozieram na prekážky. Zrazu akoby nič iné nejstvovalo, iba ja a droga. Stojím a rozmýšľam, či urobím prvý krok na ceste za drogu. Rozmýšľam, lebo viem, že už sa nezastavím.

V takejto chvíli sa snažím nájsť v hlave nejaké logické vysvetlenie, zdôvodnenie, prečo by som mala ostať na mieste, pretože výhovoriek, prečo ísť za drogu, poznám milión. Snažím sa presvedčiť samu seba, že to nemá zmysel, snažím sa vybaviť si tvár mojej utrápenej mamy, ako prosí, aby som nešla. Myslím na všetko to, čo by som mohla mať, dokázať, alebo kam by som sa mohla dostať, ak pôjdem opačným smerom – preč od drogy. Hľadám v sebe silu prekonať sa. Pýtam sa samej seba: „Prečo bažíš po niečom, čo ti spôsobuje toľko trápenia? Pre ten chvíľkový pocit šťastia, ktoré sa končí otroctvom? Prečo nežiješ, ale zomieraš?“

V hlave sa mi začína vyjasňovať, ostávam stáť. Pomaly sa otáčam a robím krok smerom od drogy. Baženie ja preč. Ja však viem, že to príde zas.

*Jana, 22 rokov*

## POHĽAD NA BAŽENIE



**ĽUDIA ODJAKŽIVA BAŽILI ZA RÔZNYMI VECAMI, ZA PENIAZMI A MAJETKAMI.** Ja som dlhé roky bažil po heroíne, ktorý beriem 7 rokov. Bol som schopný spraviť aj veci, za ktoré som musel neskôr tvrdo „zaplatiť“. Napríklad 16-mesačným pobytom vo väzení, stratou dôvery rodiny... Teraz som v resocializačnom stredisku už šiesty mesiac a baženie za drogu tu tak nepociťujem. Snažím sa týmto myšlienkam vyhýbať alebo ich nerozvíjať, ak prídu. Inak mi pripadá baženie sebecké.

*Štefan, 27 rokov*



**U MŇA SA BAŽENIE PO DROGE ALEBO ALKOHOLE PREJAVUJE TÝM, ŽE SOM PODRÁŽENÝ A ZÚRIVÝ.**

V takom stave je človek schopný urobiť všetko, aby si zabezpečil, čo potrebuje. Minulý rok na dušičky, keď sme nemali s partiou peniaze na drogy, tak sme na cintoríne okrádali ľudí. Zo začiatku som mal zábrany, ale chute boli silnejšie a následky ma vôbec nezaujímali.

*Mário, 16 rokov*



**CHUŤ NA DROGU MÁM SKORO KAŽDÝ DEŇ. Rozoznávam asi 2 až 3 typy chutí. Jednak sú to záblesky pamäti, potom myšlienky spojené s drogu alebo situácie s ňou spojené, ktoré prichádzajú a odchádzajú. Najhoršie sú tie, keď sa so mnou niečo deje, mám zlú náladu, som nervózny, podráždený. Nič ma nezaujíma a zmocňuje sa ma beznádej, chcem z toho uniknúť. Staré dobré zabehané mechanizmy sa vždy ozvú a „pozývajú“ ma, aby som sa nafetoval.**

*Jano, 29 rokov*



**AK VEDOME BAŽÍM PO DROGE, TAK TO VNÍMAM AKO NEUSPOKOJENÚ TÚŽBU.**

V tej chvíli ma nenaplní nič iné, aj keď viem, že droga nie je dobrá. Keď sám neviem, čo mi je, a som nervózny, tak sa snažím svoju nervozitu pripísať mnohým iným veciam a vtedy bažím po droge. Väčšinou, ak mám chuť na drogu, tak sa nechcem s nikým rozprávať a uzatváram sa do seba.

*Viktor, 15 rokov*



**DROGY SOM PRESTALA BRAŤ PRED 14 MESIACMI, KEĎ SOM MUSELA ÍSŤ DO VÄZENIA.** S chuťami na drogy som sa pasovala niečo vyše pol roka. Hlavne v záťažových situáciách sa mi vynárala túžba nafetovať sa. Neskôr to nejako samo ustúpilo. Veľa som rozmýšľala nad svojím životom a zvažovala pre a proti závislosti. Drogy mi síce dávali pocit voľnosti a nadhľadu nad problémami, ale viem, že to bol sebaklam a ružové okuliare, ktoré som si takto nasadzovala. V skutočnosti vôbec nepomáhali. Ani po 14 mesiacoch nie som si sama sebou istá, a preto som rada, že môžem byť na liečení a ešte na sebe pracovať.

*Soňa, 29 rokov*



**NIKEDY SA MA PRIAMO ZMOCNÍ POCIT, ŽE BY SOM SI DAL DROGU.** Najčastejšie si to spustím spomienkami, ktoré som zažil, keď som fetoval. Pobyt v resocializačnom zariadení ma učí rozlišovať tieto stavy. Ešte stále nie som schopný prestať s tým. Viem, že keby som nebol v resoce, okamžite začnem fetovať. Chuť na drogy mám stále, nie som s tým vyrovnaný.

*Juro, 18 rokov*



**MYSLÍM SI, ŽE PRI DROGÁCH JE BAŽENIE VEĽMI ČASTÉ. NA ZAČIATKU LIEČBY JE AJ NEBEZPEČNÉ. VEĽA ĽUDÍ KVÔLI BAŽENIU NEUKONČÍ LIEČBU. SOM „ČISTÁ“ 6 MESIACOV, A KEĎ TO PRÍDE, JE TO VEĽMI NEPRÍJEMNÉ.**

*Adrianna, 17 rokov*



**AKO DLHOROČNÝ ZÁVISLÝ OD ALKOHOLU, ktorý nezvládol niekoľko protialkoholických liečení, si uvedomujem, že baženie, respektíve chute na alkohol ma sprevádzajú a napádajú aj tu, na resocializácii. Baženie sa sporadicky objaví a dáva mi najavo, že som závislý. Myslím si, že vôľou a tréningom, pracovnou terapiou a psychoterapiou si s tým poradím. Chcem to zvládnuť, lebo ma to môže ľahko vrátiť do alkoholického pekla.**

*Jano, 28 rokov*

# CHCEME zmeniť to, čo sa nám nepáči

■ KATARÍNA PŠENÁKOVÁ, GYMNÁZIUM NOVÉ ZÁMKY, KVINTA

Mládežnícka iniciatíva *Changes* je nezávislá skupina v Nových Zámkoch. Venuje sa organizácii voľného času mládeže. Inšpirátorkou skupiny je Mgr. Jarmila Krochtová. Začalo sa to tým, že Jarka organizovala stretnutia mladých ľudí z rôznych škôl. Rozoberali sa na nich nielen problémy s drogami, ale aj otázky každodenného života a vzťahové problémy. Stretnutia sa konali formou komunikačných tréningov venovaných sebaopoznávaniu, riešeniu konfliktov a protidrogovej prevencii. Naša sedemčlenná partia pritom zažila veľa zábavy, hlavne keď sa nás Jarka (pôvodným povoláním stredoškolská profesorka) snažila prekričať, aby sme neriešili spory krikom. Okrem zábavy sme sa však venovali aj vážnejším činnostiam. Pripravili a podali sme asi 20 projektov, z ktorých dva získali granty. Na prvý „Výcvik skupiny pre zdravý život“, poskytol prostriedky Protidrogový fond, a druhým bolo spracovanie ankety o formách trávenia voľného času novozámockej mládeže.

V rámci „Výcviku skupiny“ sme si zorganizovali výlet do Banskej Štiavnice na Počúvadlo, kde sme sa vybrali spolu s našimi kamarátmi. Program bol zostavený tak, aby sa účastníci v čo najväčšej miere zoznámili s nástrahami návykových látok a mohli im v živote čeliť. O úspech podujatia sa veľkou mierou zaslúžila aj psychologička Mgr. Mária Kosorínska. V rámci druhého projektu – ankety, sme postupne oslovlili 647 respondentov vo veku od 15 do 19 rokov. Kládli sme im otázky týkajúce sa trávenia voľného času, spokojnosti s možnosťami, ktoré mesto v tomto smere poskytuje a spokojnosti s činnosťou poslancov vo vzťahu k mládeži. Výsledky ankety sme potom odprezentovali na zasadnutí mestského zastupiteľstva. Poslanci boli príjemne prekvapení naším výskumom a sľúbili nám pomoc pri realizovaní našich plánov. Poslanec Ing. Nagy nám poradil, aby sme si vytvorili nezávislú organizáciu s právnou subjektivitou, ktorá bude mať lepšiu pozíciu pri vyjednávaní so samosprávou a inštitúciami mesta. A tak vzniklo *Changes*. Z ankety nám vyplynulo, že väčšina oslovene mládeže je nespokojná, až veľmi nespokojná s možnosťami trávenia voľ-

ného času. Situácia je o to alarmujúcejšia – ako to vyplynulo z odpovedí, že nedospelí mladí ľudia hľadajú zábavu prevažne v baroch a pohostinstvách. Iná časť mládeže z nedostatku zmysluplných príležitostí v meste venuje všetky voľné chvíle počítačovým hrám a televíznym seriálom či počúvaniu hudby.

Zmeny po novembri 1989 zastihli našich rodičov úplne nepripravených na dobu, ktorá ich čakala. Aj väčšina tých, ktorí „preplávali“ úskaliaми straty istého zamestnania a zárobku a adaptovali sa na trhové podmienky, starosť o zabezpečenie rodiny vyčerpáva do tej miery, že na svoje deti im už nezostáva čas ani sily. Zdá sa, že unavení, apatickí rodičia a ich deti stratené vo virtuálnom svete PC hier, pofajčievajúci a grupujúci sa do partií, sú vzájomne prepojené nádoby. Vidiac bezradnosť rodičov, ich pasivitu a únavu sa ukazuje potreba tretej sily – organizovanej mládeže, ktorá by pohla veci dopredu. Tu vzniká priestor pre nás. Z podnetov pozbieraných z ankety sme si zostavili akčný plán – za prioritné ciele sme si stanovili výstavbu miest určených na športovanie, osadenie basketbalových košov, kultiváciu prostredia v parkoch, doplnenie lavičiek, postavenie dráh pre skateboardistov, prispôsobenie chodníkov pre korčuliarov. Myslím si, že ak sa nám podarí urobiť mesto prístupnejšie pre mládež, prejaví sa to napríklad aj na prospechu študentov v škole, ale aj znížením počtu policajných zásahov voči neplnoletým užívajúcim alkohol. Mladí ľudia sú veľmi tvárni, ich vzťah k mestu je v mnohom odzrkadlením záujmu mesta o nich. Práve v tomto čase sa vytvárajú ich životné preferencie, vzťah k verejnej práci, úcta (alebo jej nedostatok) k spoločným hodnotám a majetku.

To všetko si vzala do vienka naša novozaložená nezisková organizácia *Changes*, n. o. Teraz bude už len na nás, ako úspešne dokážeme manažovať svoje aktivity, získavať financie z rozpočtu mesta a iných zdrojov. V súčasnosti naša skupinka vkladá svoju energiu do vypracúvania rôznych projektov, aby sme získali prostriedky na financovanie našich zámerov.

## JE ŤAŽKÉ správne SA ROZHODNÚŤ?

■ ALEXANDRA JANEČKOVÁ, GYMNÁZIUM GRÖSSLINGOVA, BRATISLAVA, TERCIA

Drogy sú super. Keď si ich vpravíte do tela, napríklad šňupaním, chasingom, injekciou... uchváti vás krásny pocit. Áno, myslím to vážne. Dostaví sa pocit slobody, voľnosti – zrazu zabudnete na bežné problémy a príde prival energie. „Otravný“ život tineaždera sa „vytrati“ a nastane stav blaženej vyrovnanosti. Tak prečo to vlastne neskúsiť? Len tak poľahky zabudnúť na hádky doma, chodenie na brigádu, poprípade platenie každomesačných výdavkov. Stačí tak málo: jedna tabletka a celé sa to začne. Je iné „skúšať“ cigarety alebo nejaké to piatkovečerné pohodové pivko než drogy. Jasné, veríte si, všetko záleží len od vás – myslím tým množstvo, ktoré do seba poväčšine neuvážene „všupnete“. Myslíte si, že zvládnete všetko. Veď si chcete dať len raz. Raz to skúsiť, aby neboli reči. Ale aj z jednej nevinnej prvej dávky sa dá ľahko prepracovať k závislosti. Nie je nič horšie, ako byť väzňom vlastného tela, byť závislý od toho, čo vám škodí a zabíja vás. Mozog to možno vie, ale telo si drogu neúprosne pýta. Riziko vyskúšania „marišky“ nie je len v tom, že ťa možno „načapajú“ fotrovcí zhúleného, alebo budeš mať chuť si zapáliť aj druhý raz. Potom to už asi nebude z haluze... Zamysli sa. Raz si už machroval. Možno ti to zachutilo a pomaličky sa stávaš závislým čoraz väčšími.

Najhoršie na tomto celom nie je to, že za to mesačne vyvalíš kopec peňazí. To je oproti iným veciam nič. Napríklad tomu, čo bude potom, keď ganja prestane účinkovať...

Napríklad pri éčku (t. j. extáze)... okej, dáš si raz. Čo potom? Chutilo? A zasa je v tvojej blízkosti? Dáš si druhýkrát? Jasné, prečo nie?! – povedala by väčšina z vás. Pri nej však môže dôjsť k dehydratácii. Laicky povedané – nebudeš smädný, teda aspoň tvoja myseľ si to bude myslieť. Ale čo telo? Myslel vyčistíš, ale telo? To ťažko. Bude ti chýbať voda, aj keď to nebudeš pociťovať. Čo z toho? „Len to“, že ak nebudeš prijímať vodu, nebudú sa ti odvodňovať obličky. Všetky tie „haluze“, čo si do seba počas piatkového večera nalieval, ostanú v tebe a pomaly ti začnú obličky zlyhávať. Jednoducho povedané, pomaličky začneš umierať. A to asi vážne nestálo za „pár“ extáz.

Nechcem ťa teraz nahovárať, aby si bol nejakým domácim typkom bez kamošov, len si vopred určí niektoré medze, pretože drogy sú veľké svinstvo a k tomu ešte aj veľmi návykové. Polož si poslednú otázku: „Vážne ti toto celé stojí za to?!“ Odpoveď je len na tebe.

V PREDOŠLÝCH ČASTIACH SME SA ZMIENILI O TOM, ŽE MODERNÁ KONCEPCIA ZANECHANIA A LIEČBY FAJČENIA VYCHÁDZA Z DEFINÍCIE, ŽE FAJČENIE JE PSYCHO-SOCIÁLNA/BEHAVIORÁLNA A FYZICKÁ (DROGOVÁ) ZÁVISLOSŤ. PODĽA WHO (2001) TÁTO LIEČBA ZAHŔŇA (JEDNOTLIVO ALEBO V KOMBINÁCI) BEHAVIORÁLNE A FARMAKOLOGICKÉ INTERVENČIE, AKO SÚ KRÁTKE ODPOORÚČANIE A PORADENSTVO, INTENZÍVNA PODPORA A PODANIE LIEKOV, KTORÉ POMÁHAJÚ ZNÍŽIŤ ALEBO PREKONAŤ ZÁVISLOSŤ NA TABAKU.

SÚČASNE S REALIZÁCIOU INTENZÍVNEJ PODPORY V INDIKOVANÝCH PRÍPADOCH JE POTREBNÉ ODPOORÚČANIE FARMAKOLOGICKEJ LIEČBY S JASNÝM VYSVETLENÍM A NÁVODOM NA UŽÍVANIE. LIEČBA BY MALA BYŤ ODPOORÚČANÁ FAJČIAROM ZÁVISLÝM OD NIKOTÍNU, AK NIE SÚ KONTRAINDIKÁCIE PRE FARMAKOLOGICKÚ LIEČBU.

## AKO ZANECHAŤ FAJČENIE?

3. časť

■ MUDR. ELENA KAVCOVÁ, PHD., KLINIKA TUBERKULÓZY A PĽÚČNYCH CHORÔB JESSENIOVEJ LEKÁRSKEJ FAKULTY UK V MARTINE A MARTINSKÁ FAKULTNÁ NEMOCNICA, DOC. MUDR. IGOR ONDREJKA, PSYCHIATRICKÁ KLINIKA JESSENIOVEJ LEKÁRSKEJ FAKULTY UK V MARTINE A MARTINSKÁ FAKULTNÁ NEMOCNICA

### NÁHRADNÁ TERAPIA NIKOTÍNOM

Na potlačenie vzniku abstinenčných príznakov sa využívajú preparáty, ktoré poskytujú alternatívny prísun nikotínu do organizmu – náhradná terapia nikotínom (NTN). Pretože neuspokojujú fajčiara do takej miery ako cigarety, možno ich po určitom čase vysadiť. NTN nie je liečbou fajčenia, slúži len na preklenutie abstinenčných príznakov spôsobených poklesom hladiny nikotínu v krvi pri zanechaní fajčenia. Úspech závisí od pevnej vôle, ale liečba s NTN spolu s podporou lekára môžu znamenať užitočnú pomoc. Na dočasné používanie sa odporúčajú preparáty, ktoré sú voľne dostupné v lekárňach a fajčiari si liečbu hradí sám. Pre fajčiarov, ktorí nedokážu celkom zanechať fajčenie, sa odporúča NTN v kombinácii s obmedzeným počtom cigariet. Takýto postup predstavuje nižšie riziko, ako je riziko fajčenia u silného fajčiara. NTN je vhodná aj na potlačenie abstinenčných symptómov pri krátkodobej abstinencii, napríklad pri cestovaní lietadlom, počas hospitalizácie a podobne.

### NIKOTÍNOVÉ ŽUVAČKY

Nikotínové žuvačky obsahujú buď 2, alebo 4 mg nikotínu. Nikotín je viazaný na priskyricu polacrillex, z ktorej sa uvoľňuje žuvaním a vstrebáva sa bukálnou sliznicou v ľahko zásaditom prostredí navodenom žuvačkou. Preto pri jej žuvaní ani tesne pred ním sa nemesú jesť a piť kyslé nápoje (káva, džúsy). Ich konzumácia musí byť ukončená najmenej 15 minút pred užitím žuvačky. Fajčiari majú žuvačku žuvať vždy, keď pocítia potrebu a chuť si cigaretu zapáliť.

Väčšina fajčiarov vyžaduje 8 – 12 žuvačiek s príslušným obsahom nikotínu denne, t. j. aspoň 1 žuvačku každé 1 – 2 hodiny. Dĺžka liečby je individuálna. Klinické skúsenosti ukázali, že liečba by mala trvať aspoň 3 mesiace. Dávkovanie nikotínu treba postupne znižovať. Liečbu treba ukončiť, keď denná spotreba klesne na 1 až 2 žuvačky denne. Prípravok nemajú užívať deti.

Žuvačku treba žuť pomaly v intervale jedno zahryznutie za sekundu a po 3 – 10 zahryznutiach ju na pol až jednu minútu odložiť v ústnej dutine, medzi lícom a zubami. Postup treba opakovať v priebehu asi 30 minút. Po tomto čase sa nikotínová žuvačka už stáva obyčajnou žuvačkou. Množstvo uvoľneného nikotínu je závislé od kvality a spôsobu žuvania – vstrebe sa asi polovica z obsahu žuvačky. Nikotín sa v žalúdku znehodnocuje a môže spôsobovať nepríjemné príznaky, preto sa nemá žuvať veľmi intenzívne a rýchlo. Užívanie žuvačiek sa neodporúča fajčiarom s aktívnym peptickým žalúdočným vredom, ťažkou angínou pectoris, nedávno prekonaným infarktom, ťažkými arytmiami, zápalom pažeráka, ochoreniami sánkového kĺbu a v tehotenstve. Väčšina nežiaducich účinkov sa vyskytuje v prvých týždňoch po začatí liečby a sú zvyčajne mierne a dočasné, ako bolesť v ústach, bolesť čelustného kĺbu, čkanie. Spôsobuje ich nesprávna technika žuvania, prípadne lokálne alebo celkové účinky nikotínu, ktoré závisia od dávky. Pri zubnej protéze je lepšie žuť prednými zubami, nedohrýzať celkom.

### NIKOTÍNOVÉ NÁPLASTE

U nás sú dostupné dva druhy náplasti: so 16-hodinovou aplikáciou a s 24-hodinovou aplikáciou.

Náplaste zaisťujú buď kontinuálne vstrebávanie 5, 10 mg alebo 15 mg nikotínu počas 16 hodín, alebo riadené uvoľňovanie nikotínu až počas 24 hodín. Uvoľňovanie nikotínu na 1 cm štvorcový je takmer rovnaké. Náplaste sa teda odlišujú veľkosťou.

Náplaste sa aplikujú ráno ihneď po prebudení na suchú, neochlpenú a nemastnú kožu buď predlaktia, ramena, alebo stehna, ale nie tam, kde sa koža krčí. Miesto aplikácie sa mení. Začína sa vždy silnejšími náplastami a po 2 – 3 týždňoch sa dávka znižuje. Liečba sa aplikuje 8 – 12 týždňov. Dávkovanie sa upravuje individuálne podľa stupňa tabakovej závislosti, znášanlivosti a abstinenčných príznakov. Táto liečba by mala byť kombinovaná s liečbou behaviorálnou, pretože tak je možné dosiahnuť najlepšie výsledky dlhodobej abstinencie. Relatívne kontraindikácie sú ťažká angína pectoris, nedávno prekonaný infarkt myokardu, vážne arytmie, tehotenstvo, generalizované kožné ochorenie, alergija. Nežiaduce účinky sa môžu prejavovať kožnou kontaktnou alergiou.

### INÉ NIKOTÍNOVÉ PREPARÁTY

V zahraničí sú dostupné aj nikotínové inhalátory, nikotínové nazálne spreje, nikotínové sublinguálne tablety, nikotínové pastilky.

### FARMAKOLOGICKÁ LIEČBA BEZNIKOTÍNOVÝMI LIEKMI

Účinný liek na pomoc pri liečbe tabakovej závislosti – **BUPROPION**, ktorý nie je nikotínovou náhradou, sa zaviedol v roku 1996. Bupropion obsahuje 150 mg amfebutamoni hydrochloridum v jednej tablete s predĺženým uvoľňovaním. Bupropion užívalo doteraz okolo 5 miliónov fajčiarov. V USA sa tento liek používal od roku 1989 v liečbe depresie u viac ako 20 miliónov pacientov. Pôsobí na receptory centrálného nervového systému, ktoré sa podieľajú na vzniku závislosti od nikotínu. Znižuje túžbu po nikotíne a sprievodné abstinenčné príznaky. Bupropion pomáha fajčiarom prekonať psychickú nerovnováhu a depresie, ktoré sa pri odvykaní často vyskytujú. Liečba musí prebiehať pod dozorom lekára a trvá v priemere 7 až 9 týždňov. Pred jeho podávaním treba venovať zvýšenú pozornosť anamnéze a vyšetreniu pacienta. Poznaním kontraindikácií, ako aj nepriaznivej kombinácie s inými liekmi môžeme predísť výskytu nežiaducich účinkov najmä u pacientov s inými ochoreniami a ich súbežnou liečbou. Liek môže byť vydaný len na recept, aj keď si ho hradí pacient sám. Nežiaduce účinky sú popísané v príbalovom letáku.

Predpokladá sa, že účinnosť lieku **VARENIKLÍNU** pri odvykaní od fajčenia vzniká tým, že sa naviaže na nikotínový receptor v mozgu ( $\alpha 4\beta 2$ ) a vyvolá účinok, ktorý je dostatočný na úľavu od symptómov z vysadenia (agonistická aktivita) a zároveň znižuje odmeňujúce a posilňujúce účinky tým, že zabraňuje naviazaniu nikotínu na tieto receptory (antagonistická aktivita). Liek predpisuje lekár po vy-

šetrení fajčiara, aj keď si ho hradí fajčiar sám. Vareniklín sa neodporúča užívať u mladistvých mladších ako 18 rokov a nemá sa užívať počas tehotenstva a dojčenia. Súhrn farmakokinetických vlastností a dávkovanie, vedľajšie účinky a kontraindikácie sú uvedené v príbalovom letáku.

Liečba tabakovej závislosti môže prebiehať aj nortriptylínom a klonidínom, avšak v praxi sa nasadzujú zriedkavejšie pre častejší výskyt nežiaducich účinkov. Prínos ostatných liekov, ako aj akupunktúry na úspešnosť liečby nebol v kontrolovaných súboroch štatisticky významný – mali účinnosť placebo v 2 až 5 percentách sledovaných prípadov. V zahraničí prebiehajú štúdie aj s inými liekmi. Nádejnou cestou sa ukazuje byť aj liečba pomocou vakcín.

#### INTENZÍVNA LIEČBA

Intenzívnu liečbu sa navrhuje fajčiarovi najmä vtedy, keď okrem závislosti od nikotínu má aj iné vážne problémy, ako napríklad závislosť od alkoholu, silný pracovný alebo rodinný stres, neurotické symptómy. Táto liečba by sa mala však uskutočňovať v špecializovaných centrách na liečbu tabakovej závislosti. V zahraničí sa odporúča aj krátkodobá hospitalizácia, kde sa okrem skupinovej využíva aj individuálna cieľná liečba. Liečba je kombinovaná – kognitívno-behaviorálna spolu s farmakoterapiou s intenzívnym individuálnym i skupinovým poradenstvom a komplexným edukačným programom. Dôraz sa kladie na vysvetlenie zdravotných následkov fajčenia, na manažment stresu, nutriciu, duševný stav, telesné cvičenia spolu s intenzívnou farmakologickou liečbou, ktorá je individualizovaná a cieľná.

#### ŠPECIÁLNE SKUPINY FAJČIAROV

**MLÁDEŽ:** Liečbu treba zamerať na celý komplex rizikového správania a mala by prebiehať v súčinnosti odborníkov a rodičov.

**STARŠIA VEKOVÁ SKUPINA FAJČIAROV:** Zanechanie fajčenia po 60-tom roku života môže zlepšiť kvalitu života, znížiť riziko ochorení súvisiacich s fajčením, ako aj znížiť zhoršovanie už jestvujúcich ochorení (napríklad chronická obštrukčná choroba pľúc). Liečebné postupy sú podobné, ako je popísané hore. Pri použití farmakoterapie sa musia zohľadniť absolútne a relatívne kontraindikácie.

**FAJČIARI S KARDIOVASKULÁRNymi CHOROBAMI** by väčšmi mali využívať nefarmakologické postupy liečby. Pacienti, ktorí prekonalí závažnú kardiovaskulárnu príhodu, by mali pred ordinovaním NTN konzultovať s kardiológom, najmä tí so zle kontrolovanou hypertenziou a poruchami rytmu. Po čerstvom prekonaní infarktu myokardu (do 4 týždňov) je NTN kontraindikovaná. U pacientov s ischemickou chorobou srdca zanechanie fajčenia znižuje riziko predčasnej smrti. NTN je možné aplikovať chronickým pacientom, ktorí nemôžu prestať fajčiť bez liečby, a je vhodnejšie použiť rýchlo reverzibilné prípravky, napríklad žuvačky.

#### INDIVIDUALIZÁCIA FARMAKOLOGICKEJ LIEČBY

Aj keď smernice pre liečbu tabakovej závislosti poukazujú na dôležitosť realizácie základnej liečby založenej na dôkazoch, je nevyhnutné zohľadňovať špecifické potreby pacienta a liečbu „šiť na mieru“. Výber závisí najmä od individuálnych potrieb pacienta pri zohľadnení kontraindikácií. Náplaste umožňujú plynulú a presnú dávkovanie nikotínu, pričom ich aplikácia je veľmi jednoduchá. Žuvačky naproti tomu poskytujú taktilné vnemy a umožňujú pacientovi regulovať množstvo prijímaného nikotínu (podľa rýchlosti žuvania), čo si však vyžaduje určitý stupeň skúsenosti. Spreje a inhalátory umožňujú veľmi rýchle uvoľnenie nikotínu, čo je výhodné najmä vo chvíľach neodolateľného nutkania na cigaretu. Už samotná manipulácia s nimi môže nahrádzať rituál zapálenia cigarety.

Skúsenosti s liečbou bupropionom a údaje z odbornej literatúry poukazujú na dôležitosť zohľadnenia kontraindikácií pri jeho nasadení. Pacienta pred začatím liečby bupropionom vyšetří lekár vrátane podrobnej anamnézy so zameraním na pridružené ochorenia

a súčasné užívanie iných liekov. Pacienta presvedčí, aby nezamlčal v anamnéze prekonané ochorenia a poučí ho o vedľajších účinkoch lieku. Tým sa predíde vzniku nežiaducich účinkov lieku. Používanie farmakoterapie u niektorých skupín pacientov vyžaduje opatrné zváženie a závisí od individuálnych podmienok (napríklad tehotné ženy, adolescenti). Farmakologická liečba je najúspešnejšia vtedy, keď je súčasťou skupinovej psychoterapie.

#### LAPS A RELAPS

Tabaková závislosť je chronické relapsujúce ochorenie. Neexistuje jeden spôsob liečby alebo intervencie, účinný pre všetkých fajčiarov.

**RELAPS** je návrat jedinca k fajčeniu po určitom čase. Medzi hlavné nebezpečné situácie podporujúce relaps patria: fajčenie v domácnosti, na pracovisku, priatelia-fajčiari, stresové situácie, zlá nálada, alkohol, káva. Väčšiu predikciu relapsu signalizujú výrazné abstinenčné príznaky, ako sú napríklad túžba po cigarete, anxieta a depresie. Všetky abstinenčné príznaky môžu byť príčinou relapsu. Prírastok na hmotnosti, najmä u žien, môže byť psychologickým motívom relapsu.

Na prevenciu relapsu treba rozvíjať schopnosti fajčiara predchádzať rizikovým situáciám a zvládať ich, najmä učiť sa predpokladať vznik týchto situácií a vedieť sa im vyhýbať, učiť sa kognitívne stratégie, ktoré znížia úroveň negatívnych emócií, dosahovať zmeny v životnom štýle, ktoré zredujú stres, zlepšia kvalitu života alebo navodia príjemný stav, ako si aj nacvičiť kognitívne behaviorálne aktivity na zvládanie nutkania k fajčeniu.

**LAPS** je krátkodobé zlyhanie a návrat k cigarete na krátky čas (1-2 dni). Príčinou lapsu môžu byť najmä stresové situácie na pracovisku alebo doma, nehovoriac o tom, že samotné zanechanie fajčenia je pre dlhodobého fajčiara tiež stresujúce. Na zvládnutie stresu sú vhodné relaxačné cvičenia, nácvik relaxačnej techniky na lepšie zvládanie stresových situácií, napr. cvičenia na hlboké dýchanie a cvičenia na uvoľnenie svalstva. Každý môže využiť k relaxácii to, čo mu najviac vyhovuje a relaxuje ho. Môže to byť teplý kúpeľ, príjemná relaxačná hudba, ale aj šport, plávanie, záhradkárčenie. Aj asertívne správanie pomáha zvládať stresové situácie. Na druhej strane je prospešné nielen zvládať a ovplyvňovať, stres ale – ak je to možné – vedieť sa aj vyhnúť stresovej situácii.

#### RÁMCOVÝ DOHOVOR NA KONTROLU TABAKU

Vzhľadom na svetovú fajčiarsku pandémiu s jej následkami na zdravie populácie sveta prijali členské krajiny na zhromaždení WHO 21. mája 2003 v Ženeve. Rámcový dohovor na kontrolu tabaku (FCTC). Slovensko tento dokument prijalo aj ratifikovalo. Táto prvá svetová dohoda v oblasti verejného zdravotníctva vytvorila medzinárodný právny nástroj na kontrolu tabaku. Jeden z protokolov FCTC sa zaoberá liečbou tabakovej závislosti, ktorá by mala byť pre každého fajčiara v každej krajine dostupná a založená na vedeckých dôkazoch. Liečba závislosti od nikotínu je ekonomicky veľmi výhodná. Približne 10 % nákladov zdravotných poisťovní pripadá na choroby spôsobené fajčením. Dostupnosť tejto liečby by mala byť čo najširšia, u nás s výhľadom aspoň jedného centra v každom okrese.

#### ZÁVER

Viac ako dve tretiny fajčiarov chcú a potrebujú prestať fajčiť. Od svojich lekárov očakávajú pomoc a táto pomoc im patrí. Liečba závislosti od tabaku predstavuje extrémne výhodný spôsob zníženia výskytu chorôb a predĺženia života. Behaviorálna a farmakologická liečba by sa mali stať štandardnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti s čo najširšou dostupnosťou.

Praktická každodenná realizácia metód prevencie a liečby tabakovej závislosti prezentuje najlepšiu a najväčšiu príležitosť skvalitniť životy tisícov ľudí, a to ekonomicky efektívnym spôsobom.

# RESOCIALIZAČNÁ STAROSTLIVOSŤ o závislých od psychoaktívnych látok

■ MGR. ZUZANA MIKOVÁ, MPH, RIADITEĽKA RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA ČISTÝ DEŇ

2. časť

V MINULOM ČÍSLE SME SA VENOVALI TEMATICKÉMU OKRUHU ZAMERANÉMU NA ZISTENIE NÁZOROV ODBORNÍKOV NA PERSONÁLNE ZLOŽENIE TERAPEUTICKÉHO TÍMU V RESOCIALIZAČNOM STREDISKU. V TEJTO ČASTI PRINÁŠAME VYHODNOTENIE ĎALŠÍCH DVOCH TEMATICKÝCH OKRUHOV.

## TEMATICKÝ OKRUH B

Tento okruh je zameraný na vybrané zložky resocializačného programu, a to: psychoterapia, kvalifikačné predpoklady psychoterapeutov v práci s klientmi v resocializácii a potreba pracovnej terapie.

**EXPERTI ODPOVEDALI NA NASLEDOVNÉ OTÁZKY:**

**OTÁZKA B/1: KTORÝ PSYCHOTERAPEUTICKÝ SMER V PROCESE RESOCIALIZÁCIE PRINÁŠA KLIENTOVI NAJVÄČŠÍ BENEFIT?**

**OTÁZKA B/2: AKÉ KVALIFIKAČNÉ PREDPOKLADY MUSÍ SPĽŇAŤ PSYCHOTERAPEUT RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA?**

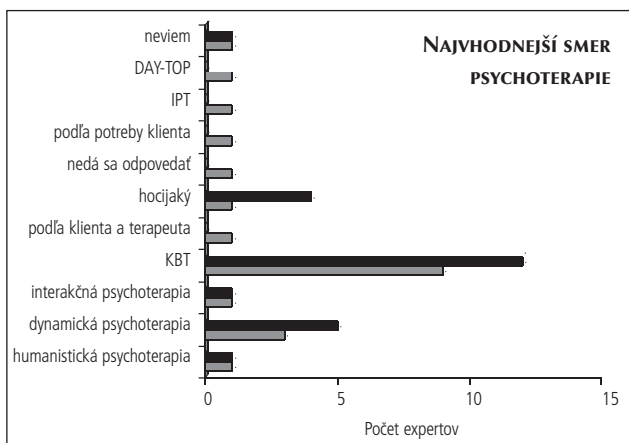
**OTÁZKA B/3: AKÝ PODIEL NA RESOCIALIZAČNOM PROCESE MÁ MAŤ PRÁCA (PRACOVNÁ ČINNOSŤ) POČAS DŇA?**

### OTÁZKA B/1

**KTORÝ PSYCHOTERAPEUTICKÝ SMER V PROCESE RESOCIALIZÁCIE PRINÁŠA KLIENTOVI NAJVÄČŠÍ BENEFIT?**

p. č.	Psychoterapeutický smer	Počet odpovedí	
		1. kolo	2. kolo
1.	Humanistická psychoterapia	1	1
2.	Dynamická psychoterapia	3	5
3.	Interakčne vedená psychoterapia	1	1
4.	Kognitívno-behaviorálna terapia	9	12
5.	Prispôsobený klientovi i terapeutovi	1	-
6.	Každý – s psychoterapeutickým výcvikom	1	4
7.	Neexistuje jednoznačná odpoveď	1	-
8.	Ten, ktorý je pre klienta najvhodnejší	1	-
9.	IPT	1	-
10.	DAY-TOP	1	-
11.	Neviem	1	1

GRAF Č. 3:



### DISKUSIA K TEMATICKÉMU OKRUHU B/1

Jednotliví riaditelia resocializačných stredísk hovoria často o psychoterapii, skupinovej terapii, nočných maratónoch, ergoterapii, ktoré sa uplatňujú v ich zariadeniach. Zároveň je však známa skutočnosť, že nedisponujú personálom, ktorý by bol kompetentný a zároveň oprávnený takéto činnosti vykonávať. Je málo stredísk na Slovensku, ktoré sa v súčasnosti nachádzajú vo „fáze DAY-

TOP-u“, keď k prvku laickej pomoci pribúda prvok profesionálneho pôsobenia. Preto som so záujmom očakávala odpovede práve na túto otázku, ktorá pri postupnej profesionalizácii fungovania resocializačných zariadení nadobudne na význame.

Zaujímam ma názor expertov na psychoterapeutický smer, ktorý by sa mal uplatňovať v práci so závislými v rámci terapeutickkej komunity. V prvom kole experti najčastejšie uvádzali kognitívno-behaviorálnu terapiu, druhý najpočetnejší smer bol dynamická psychoterapia a niektorí experti zdôrazňujú možnosť voľby individuálne podľa potrieb klienta. Súčasné trendy v psychoterapii sa jednoznačne odkláňajú od jej atomizácie a preferujú eklectizmus, alebo – ešte lepšie – integratívnu psychoterapiu. Je vhodné, ak je psychoterapeut schopný používať zo súčasných poznatkov psychoterapie čokoľvek, čo prinesie klientovi najväčší prospech. Už vo vyhodnotení prvého kola Delphi som anticipovala, aj keď nerada, že v tejto otázke nastane konsenzus zrejme smerom k preferencii kognitívno-behaviorálnej terapie, čo sa potvrdilo. Tento fakt vychádza z podmienok slovenských reálií, kde zrejme má väčšina odborníkov poznatky práve o tomto smere, a tak ho nevolí s ohľadom na klientove potreby, ale predovšetkým s ohľadom na to, čo je sama schopná ponúknuť a kde sú jej medze odborného vzdelania. Aj systém práce na psychiatrických oddeleniach akcentuje tento smer. Fakt, že experti, ktorí odpovedali na dotazník, sú predovšetkým medicínski pracovníci, zrejme ovplyvnil i výsledok preferencie kognitívno-behaviorálnej terapie. Zaujímavý je fakt, že v druhom kole experti zdôraznili iba požiadavku na vzdelanie v psychoterapii bez preferencie akéhokoľvek psychoterapeutického smeru.

### OTÁZKA B/2

**AKÉ KVALIFIKAČNÉ PREDPOKLADY MUSÍ SPĽŇAŤ PSYCHOTERAPEUT RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA?**

p. č.	Kvalifikačný predpoklad	Počet odpovedí	
		1. kolo	2. kolo
1.	Vzdelanie v oblasti, laický terapeut aspoň výcvik	2	1
2.	VŠ - psychológ, psychiater, liečebný pedagóg	1	2
3.	Neviem	1	-
4.	Psychoterapeut zapísaný v zozname psychoterapeutov SPS	1	1
5.	Člen psychoterapeutickej spoločnosti	1	-
6.	Minimálne SŠ, psychoterapeutický výcvik, príp. dlhodobo abstínujúci ex-user	1	3
7.	Odborný, dlhodobý psychoterapeutický výcvik (rôzne smery), resp. výcvik na základe vlastnej skúsenosti	2	2
8.	Edukácia v závislostiach	1	-
9.	Vlastná individuálna terapia (min. 150 h)	1	-
10.	Bonus: skúsenosť s dynamicky vedenou skupinovú psychoterapiou	1	-
11.	SŠ, sociálna práca, manažérsky kurz, psychoterapeutický výcvik (KBT, Rogers...)	1	-
12.	Individuálny výcvik	1	-
13.	Výcvik alebo vzdelanie v psychoterapii + praktické skúsenosti s prácou so závislými klientmi	3	5

## MATERIÁL PREDKLADANÝ NA POSÚDENIE BOL ZLOŽENÝ Z NASLEDOVNÝCH TEMATICKÝCH OKRUHOV:

- A PROFESIONÁLNA VYBAVENOSŤ RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA**
- B VYBRANÉ ZLOŽKY RESOCIALIZAČNÉHO PROGRAMU**
- C LOKALIZÁCIA RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA**
- D ŠTRUKTÚRA KOMUNITY A JEJ CHARAKTERISTIKA**
- E ĎALŠIE VÝZNAMNÉ OTÁZKY VO VZŤAHU K RESOCIALIZÁCII ZÁVISLÝCH OSÔB**

### DISKUSIA K TEMATICKÉMU OKRUHU B/2

Cieľom tejto práce nie je analyzovať úroveň psychoterapeutickej starostlivosti na Slovensku v zdravotníckych zariadeniach, no odpovede na túto otázku v prvom kole boli pre mňa sklamaním. Otázka bola položená jednoznačne – požiadavka na kvalifikáciu psychoterapeuta. Dnes jej kritériá jednoznačne stanovuje Slovenská psychoterapeutická spoločnosť (SPS). Odvodené, resp. prevzaté sú z kritérií Európskej psychoterapeutickej spoločnosti (EPA). Tá jednoznačne stanovuje, že v zozname psychoterapeutov môže byť zapísaný odborník, ktorý absolvoval dlhodobý výcvik – 600 hodín (200 hodín teórie, 200 hodín osobného zážitku, 200 hodín praktických cvičení), zároveň 150 hodín supervízie vo svojom smere a 150 hodín vlastnej individuálnej terapie. Všetky vedomosti a skúsenosti musí zároveň osvedčiť v teoretických prácach a kazuistikách. Z odpovedí expertov v prvom kole jednoznačne vyplývalo obrovské zmäčenie týchto podmienok. Zaujímavé by bolo vedieť, či to vyplýva z ohľadu na počiatky práce resocializačných zariadení a nedostatok odborníkov, alebo odpovede jednoducho odzrkadľujú požiadavky odvodené z úrovne psychoterapie poskytovanej v zdravotníckych zariadeniach. V druhom kole experti posunuli svoju požiadavku smerom ku kvalite odbornej prípravy v psychoterapii. Väčšinou sa prikláňajú k akcentácii vzdelania psychoterapeuta.

### OTÁZKA B/3

**AKÝ PODIEL NA RESOCIALIZAČNOM PROCESE MÁ MAŤ PRÁCA (PRACOVNÁ ČINNOSŤ) POČAS DŇA?**

p. č.	Podiel práce	Počet odpovedí	
		1. kolo	2. kolo
1.	6 hodín	1	2
2.	1/2 dňa	1	2
3.	2/3 dňa	1	-
4.	ako v bežnom živote	1	4
5.	40 %	1	-
6.	8 hodín (návyk na fungovanie v bežnom živote)	1	4
7.	70 %	1	-
8.	6 – 10 hodín v kombinácii s každodennou psychoterapiou	1	-
9.	0 – 2 hodiny	1	-
10.	5 hodín	1	2
11.	1/3 (nie majoritný)	1	-
12.	neviem	2	-
13.	50 %	1	-
14.	je veľmi podstatná	1	-

### DISKUSIA K TEMATICKÉMU OKRUHU B/3

Tento tematický okruh kladie expertom otázku, aký podiel má mať v resocializačnom procese práca. Považovala som za dôležité položiť túto otázku v jednom balíku so psychoterapiou, pretože psychoterapia a práca sú (mali by byť) dve nosné činnosti, ktorými má personál možnosť pôsobiť na uzdravenie klienta a v konečnej fáze na jeho sociálnu inklúziu.

Odpovede na túto otázku sú veľmi zaujímavé a jedinečné tým, že ani minimálny počet expertov sa v prvom kole nezhodol na rovnakej odpovedi. Celkovo však možno konštatovať, že približne

1/3 odpovedí sa pohybuje v rámci 6 až 8 hodín. Otázku som ponechala ako otvorenú z dôvodu, že som očakávala, že experti budú špecifikovať dĺžku pracovnej terapie s ohľadom na dĺžku pobytu a postup v terapii. Je jednoznačné, že pri vstupe do resocializačného procesu je podiel psychoterapie nepomerne vyšší než podiel pracovnej terapie. S postupom resocializácie sa stáva dominantnou práca a psychoterapia sa uplatňuje iba ako podporná metóda práce s klientom. Cieľom pobytu klienta v resocializačnom zariadení je, aby po odchode bol schopný existovať samostatne. V druhom kole som dostala odpovede už kompaktnejšie, neodlišovali sa v takej miere ako v prvom kole a experti vybrali z možností, ktoré sami uvádzali ako prvú odpoveď. Zhodli sa v tom, že práca by mala byť v resocializačnom zariadení v rozsahu 6 až 8 hodín. Takto stanovený rozsah je pomerne široký a jasne odlišuje typ zariadenia sociálnych služieb od zariadenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

### ZÁVERY K TEMATICKÉMU OKRUHU B

V oblasti resocializácie závislosti odborníci preferujú kognitívno-behaviorálny smer psychoterapie, psychoterapeut resocializačného strediska by mal mať výcvik v psychoterapii a pracovná činnosť by mala byť podľa názoru expertov zaradená do denného programu resocializačného strediska v rozsahu 6 až 8 hodín tak, aby sa táto skutočnosť približovala k reálnemu životu.

### TEMATICKÝ OKRUH C

V prvopočiatkoch vznikali terapeutické komunity v extravilánoch. Táto skutočnosť vyplývala z dnes už pomerne zastaralého názoru, že narkomanov treba izolovať niekde mimo spoločnosti, nechať ich tvrdo pracovať, čo vedie k ich uzdraveniu. Zámerom na zaradenie tohto tematického okruhu do prieskumu bola snaha o zmapovanie názorov expertov na vonkajšiu limitujúcu skutočnosť – lokalizáciu zariadenia a možnosti, prípadne obmedzenia, ktoré s lokalizáciou strediska súvisia.

### EXPERTI ODPOVEDALI NA NASLEDOVNÉ OTÁZKY:

**OTÁZKA C/1: AKÁ LOKALIZÁCIA RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA VZHLADOM NA CENTRUM JE NAJVHODNEJŠIA PRE RESOCIALIZAČNÝ PROCES?**

**OTÁZKA C/2: JE NEVYHNUTNÉ, ABY V ĎALŠÍCH FÁZACH RESOCIALIZAČNÉHO PROCESU BOLA PRE KLIENTA LAHKO DOSTUPNÁ ŠKOLA (RESP. MOŽNOSŤ ZAMESTNANIA)? (1 – VEĽMI SÚHLASÍM, 5 – VEĽMI NESÚHLASÍM)**

**OTÁZKA C/3: RESOCIALIZAČNÉ STREDISKO MUSÍ BYŤ UMIESTNENÉ MIMO OBCE (HORA, SAMOTA, LAZY...), NAKOĽKO V CENTRE OBCE SÚ KLIENTI OHROZENÍ MOŽNÝM KONTAKTOM S DÍLERMI. (1 – VEĽMI SÚHLASÍM, 5 – VEĽMI NESÚHLASÍM).**

### OTÁZKA C/1

**AKÁ LOKALIZÁCIA RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA VZHLADOM NA CENTRUM JE NAJVHODNEJŠIA PRE RESOCIALIZAČNÝ PROCES?**

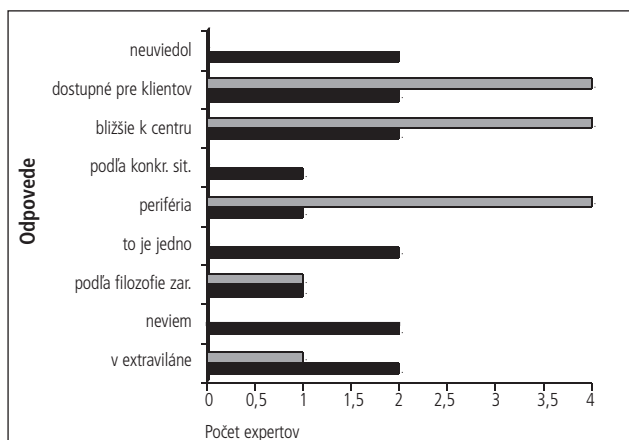
### DISKUSIA K TEMATICKÉMU OKRUHU C/1

V prvom kole metódy Delphi iba dvaja experti uviedli umiestnenie komunity v extraviláne, jeden ju umiestnil na periférii (čomu

p. č.	Lokalizácia	Počet odpovedí	
		1. kolo	2. kolo
1.	V extraviláne	2	1
2.	Neviem	2	-
3.	Záleží od „filozofie“ zariadenia	1	1
4.	Je to jedno	2	-
5.	Periféria	1	4
6.	Záleží od konkrétnej situácie	1	-
7.	Bližšie k centru	2	4
8.	Aby bolo dostupné pre klientov	2	4
9.	Neuviedol	2	-

rozumiem ako nie úplne mimo obce, ale na jej okraji). V praveha je teda možnosť umiestnenia resocializačného strediska v rámci obývanej lokality. V druhom kole konsenzus nenastal, ba čo viac, názorový rozptyl expertov sa prehĺbil. Stojí za úvahu preskúmať motívy, postoje a názory expertov, ktoré ich viedli k odpovediam v takejto štruktúre, samostatne, prípadne venovať sa tejto otázke podrobnejšie v inej práci.

GRAF Č. 4: UMIESTNENIE STREDISKA

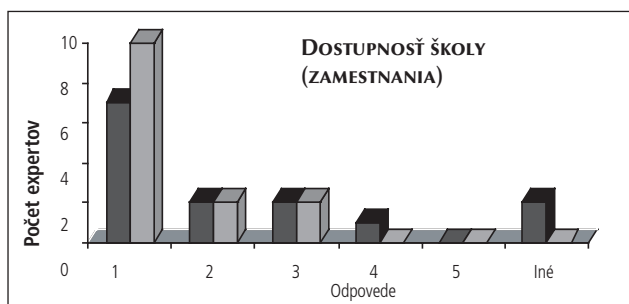


#### OTÁZKA C/2:

**JE NEVYHNUTNÉ, ABY V ĎALŠÍCH FÁZACH RESOCIALIZAČNÉHO PROCESU BOLA PRE KLIENTA LAHKO DOSTUPNÁ ŠKOLA, RESP. MOŽNOSŤ ZAMESTNANIA? (Hodnotenie: 1 – veľmi súhlasím, 5 – veľmi nesúhlasím)**

p. č.	Stupeň škály	Počet odpovedí	
		1. kolo	2. kolo
1.	1	7	10
2.	2	2	2
3.	3	2	2
4.	4	1	-
5.	5	0	-
6.	Iné (zamestnanie, škola, zariadenie pre matky s deťmi)	3	-

GRAF Č. 5:



#### DISKUSIA K TEMATICKÉMU OKRUHU C/2

Z odpovedí na túto otázku už v prvom kole vyplýva, že všetci experti preferujú dostupnosť školy a zamestnania pre klientov v resocializačnom programe. Iba jeden expert považuje dostupnosť

práce (školy) skôr za nepotrebnú. Možno teda konštatovať, že zhoda expertov v názore na túto otázku nastala už v prvom kole metódy Delphi a potvrdila sa i v druhom kole. Paradoxom je výsledok odpovedí na túto otázku v komparácii s odpoveďami na predošlú otázku (v druhom kole). Experti na jednej strane jednoznačne preferujú ľahkú dostupnosť práce (školy) pre klientov, na druhej strane si takúto dostupnosť možno veľmi ťažko predstaviť zo zariadenia, ktoré je situované mimo obce.

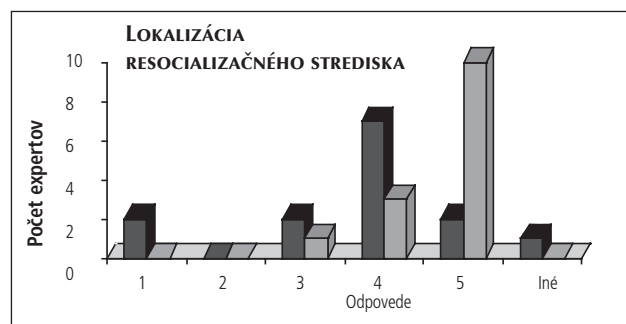
#### OTÁZKA C/3:

**RESOCIALIZAČNÉ STREDISKO MUSÍ BYŤ UMIESTNENÉ MIMO OBCE (HORA, SAMOTA, LAZY...), NAKOLKO V CENTRE OBCE SÚ KLIENTI OHROZENÍ MOŽNÝM KONTAKTOM S DÍLERMI (hodnotenie: 1 – veľmi súhlasím, 5 – veľmi nesúhlasím)**

GRAF Č. 6:

p. č.	Stupeň škály	Počet odpovedí	
		1. kolo	2. kolo
1.	1	2	0
2.	2	0	0
3.	3	2	1
4.	4	7	3
5.	5	2	10
6.	neuviedol	2	0

#### DISKUSIA K TEMATICKÉMU OKRUHU C/3



V tejto otázke zaujali experti takmer zhodné stanovisko ako v predošlej otázke. Iba dvaja experti sú presvedčení, že kvôli možnému ohrozeniu dílermi má byť resocializačné stredisko umiestnené na samote. Problém dílerstva v rámci terapeutických komunit je nastolovaný skôr z laického prostredia – od ľudí, ktorí sa závislostiam nevenujú. Z filozofie života v terapeutickej komunite jednoznačne vyplýva, že jej jednotliví členovia si zámerne a vlastným úsilím vytvárajú protektívne prostredie, ktoré je pre abstinenciu v jej počiatkoch veľmi dôležité. Ak ojedinele dôjde k recidíve niektorého člena komunity, je samozrejmé, že komunita túto situáciu rieši nekompromisne, často vylúčením z komunity za porušenie „kardinalného pravidla“. Aj v odpovediach na túto otázku nastala zhoda expertov už v prvom kole, druhé kolo zhodu potvrdilo.

#### ZÁVERY K TEMATICKÉMU OKRUHU C

Väčšina expertov pripisuje veľký význam dostupnosti školy (zamestnania) a ohrozenie klientov dílermi v závislosti od lokalizácie zariadenia nevníma. Napriek tomu sa v postoji na lokalizáciu resocializačného zariadenia nezhodli. Štyria sú presvedčení, že vhodná je lokalizácia v centre, štyria by radi videli stredisko na periférii, jeden by zariadenie umiestnil do extravilánu. Štyria experti sa vyjadrili pomerne neutrálne – zariadenie by umiestnili tak, aby bolo dostupné pre klientov. Z tohto vyjadrenia možno predpokladať, že by zrejme malo ísť o lokalizáciu bližšie k centru.

*Výsledkom posledných dvoch tematických okruhov sa budeme venovať v nasledujúcom čísle.*

# ČISTÝ DEŇ

V. ROČNÍK

ČÍSLO 2/2007

CENA 30,- Sk

## NÁVYKOVÝCH LÁTOK A RIZIKOVÉHO

ŠTVŔŤROČNÍK PRE VŠETKÝCH, KTORÍ CHCÚ ŽIŤ BEZ



SPRÁVNANIA – ZDRAVO, POZITÍVNE A HARMONICKY

- Autentické výpovede závislých v resocializácii ➡ Ako zanechať fajčenie? ➡
- Seriál z histórie návykových látok ➡ Ako zorganizovať preventívny program v rodine
- ➡ Druhy zakázaných látok v športe ➡ Anaboliká a trestné právo ➡ Adresár CPLDZ ➡
- Aké majú byť terapeutické komunity? ➡ Prevencia delikvencie a kriminality v škole
- ➡ Rozhovor s ministerkou Vierou Tomanovou