

UNIVERZITA PALACKÉHO OLOMOUČ

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Tatiana Trnková

**Multikultúrné prístupy k problematike
závislostí**

Olomouc 2020

Vedúci práce:

Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

Čestné vyhlásenie

Vyhlasujem, že som predkladanú diplomovú prácu „, Názov “ spracovala samostatne a pod odborným vedením školiteľky diplomovej práce. Použitú literatúru uvádzam v zozname použitej literatúry, a zároveň osvedčujem použité citáty. Potvrdzujem tiež, že elektronická forma predkladanej diplomovej práce je 100 % identická s tlačenu formou.

V dne

.....

vlastnoručný podpis

Pod'akovanie

Ďakujem svojim rodičom, ktorý mi umožnili kráčať cestou univerzitného poznávania a všetkým ďalším blízkym osobám, ktoré sú súčasťou môjho života a mojou veľkou oporou.

Ďalej ďakujem mojím spolužiakom vďaka, ktorým som v priebehu štúdia získala mnoho skúseností a všetkým vyučujúcim, ktorý nás viedli behom troch rokov.

V neposlednej rade chcem poďakovať mojim priateľom za pevné nervy a pomoc pri tvorení tejto práce. No hlavne Eliške Spurnej, ktorá počas celej tvorby práce, stále pri mne, bola veľkou podporou. Lenke Szokalovej, za veľkú pomoc v posledných chvíľach. A Petrovi Koskovi za jeho cenné rady.

Ďakujem Mgr. Petre Jurkovičovej, PhD. za odborné vedenie tejto práce, za veľkú pomoc, trpezlivosť, pochopenie.

Jméno a příjmení:	Bc. Tatiana Trnková
Katedra:	Špeciální pedagogiky
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Multikultúrne prístupy k problematike závislostí
Název v angličtině:	Multicultural approaches about addiction
Anotace práce:	<p>Moja práca sa zaoberá multikultúrnymi prístupami k problematike závislostí, ako už hovorí samotný názorv. Cieľom práce je poukázať na riešenie závislostí v rôznych častiach sveta, v rôznych krajinách nielen z hľadiska legislatívneho. Práca sa skladá z dvoch častí. V prvej časti práce sa venujem problematike závislosti vo všeobecnej rovine, tj. vymedzením pojmu, stručným vývojom, typmi a príčinami, prevenciou, liečbou a rehabilitáciou. V neposlednom rade aj odlíšením závislosti u dospelého a dieťaťa. Druhá časť rieši problematiku závislostí v rôznych krajinách. V druhej časti uvádzam príklady zahraničných osôb, závislých na drogách a riešenie ich situácie prostredníctvom krátkeho rozhovoru. Tieto rozhovory majú čisto teoretický rámec. Prostredníctvom rozhovoru so zahraničnými osobami som sa snažila viac priblížiť dorogovú politiku a situáciu v danej krajine. Vybrala som si krajiny ako Veľká Británia, India, Španielsko, Taliansko a v neposlednom rade aj Slovenská republika. Rozhovor sa skladal zo 6 otázok. Na koniec práce som pridala rôzne výzkumi vo svete, ktoré by mohli pomôcť priblížiť, či nájsť možné riešenia pre osoby drogovu závislé.</p>

Klíčová slova:	Liečba. Príčiny. Typy. Vývoj. Závislosti.
Anotace v angličtině:	<p>Multicultural approaches about addiction. The aim of the research is to explore possible addiction treatments in different parts of the world, conducted in a holistic approach, rather than just in terms of its legislature. The research consists of two parts. The first part describes the general problematics of addiction, its definition, development, types and causes of addiction, prevention, treatment and rehabilitation. Furthermore, the differences between addiction of a child and addiction of an adult are also determined. In the second part of the essay, there are examples derived from short theoretical interviews of addicts from various countries who describe the ways they deal with their drug problem. The interviews of foreign participants were done to develop an understanding of addiction policy, as well as, of a current situation of each of the participant's country. The countries selected for this research were the UK, India, Spain, Italy and lastly Slovakia. The interview consisted of six questions. Conclusively, I evaluate academic research on the topic of addiction to offer objective stance towards the addiction treatment.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Treatment. Causes. Types. Development. Dependence.
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 - prepis rozhovorov

Rozsah práce:	
Jazyk práce:	slovenský jazyk

Obsah

ÚVOD	13
1. ZÁVISLOSŤ	15
1.1 Vymedzenie závislosti	15
1.1.1 Definícia závislosti podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb.....	16
1.1.2 Definícia závislosti podľa Americkej psychiatrickej asociácie	17
1.2 Stručný vývoj užívania drog	17
1.3 Príčiny závislosti	20
1.3.1 Spúšťacie faktory.....	20
1.3.2 Osobnosť závislého jedinca	20
1.3.3 Enviromentálne faktory.....	22
1.4 Typy závislosti	23
1.5 Vplyv okolia na vzniku závislostí	24
1.6 Závislosti a súvisiace zdravotné problémy	25
1.7 Prevencia v boji proti závislostiam.....	26
2 NIEKTORÉ ODLIŠNOSTI ZÁVISLOSTI U DETÍ A DOSPIEVAJÚCICH	27
2.1 Špecifiká pôsobenia návykových látok u detí a mládeže	27
• Biologické odlišnosti.....	27
2.2 Rizikové faktory u detí a mladistvých vedúce k závislosti	29
3 LIEČBA A REHABILITÁCIA OSÔB SO ZÁVISLOSŤAMI	31
3.1 Farmakoterapia závislostí.....	32
3.2 Modely psychoterapie používané v praxi.....	32
3.2.1 Individuálna psychoterapia	33
3.2.2 Skupinová terapia	33
3.2.3 Rodinná terapia a práca s rodinou	34
3.3 Sociálna práca	34
3.3.1 Sociálna rehabilitácia	35
4. RIEŠENIE PROBLEMATIKY ZÁVISLOSTI V RÔZNYCH KRAJINÁCH.....	35
4.1 Vývoj národných legislatív v EÚ v posledných rokoch	35
4.2 Stratégie EÚ v drogovej politike	36
4.3 Drogová scéna v ČR.....	38
4.3.1 Vývoj českej nelegálnej drogovej scény	38

4.3.2 Aktuálna situácia v rámci drogovej scény.....	39
4.3.3 Financovanie protidrogovej politiky.....	39
4.4.4 Súvisiace predpisy	40
4.5 Drogová scéna v SR	42
4.5.1 Národná protidrogová politika SR.....	42
4.6 Rozhovory so zahraničnými závislými osobami.....	43
5. Zahraničné výzkumy a porovnanie odpovedí opýtaných.....	46
ZÁVER	54
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	55
ZOZNAM PRÍLOH	58
ZOZNAM ILUSTRÁCIÍ A TABULIEK.....	59
ZOZNAM SKRATIEK A ZNAČIEK.....	60

ÚVOD

*“Budúcnosť je niečo, kam sa každý z nás dostane rýchlosťou
60 minút za hodinu, a to bez rozdielu, kto to je a čo urobí.”*

Clive Staples Lewis

Naša minulosť je to čo zmeniť nemôžeme, no môžeme sa z nej poučiť. No čo keď sme v prítomnosti kde minulosť nevnímame ako zlú pretože sa to stále deje, a budúcnosť vidieť nechceme. Pretože sa bojíme, že sa nevieme vzdať vlastných zlých návykov. Citát tvrdí, že naša budúcnosť bude bez rozdielu, ale len my môžeme ovplyvniť našu budúcu hodinu, či sa v našom živote niečo zmení alebo budeme pokračovať v naučených vzorcoch.

Je jedno v akej krajine žijeme, budúcnosť nás čaká všetkých. No všade k tomu pristupujú ináč. Na základe ich niekoľko tisíc ročných skúseností. Na základe viery, či iných pohľadov na svet.

Keďže ľudia, ktorý svoju budúcnosť ani nemajú možnosť vidieť svetlejšie pretože im zrak zatieňuje závislosť. Avšak stále si myslím, že v každej krajine je pohľad na túto problematiku trochu odlišný. Pohľad na závislosť ako takú, taktiež aj pohľad na to ako pristupovať či pracovať s osobami závislými.

Rozhodla som sa preto, zhromaždiť pár názorov z rôznych krajín na túto tématiku. Vybrala som si krajiny, kde mám pár priateľov, alebo som ich počas písania práce navštívila.

Vždy ma nejakým spôsobom zaujímal čo pre samotných ľudí znamená závislosť. Zároveň ma vždy zaujímal ako žijú a berú veci ľudia v iných krajinách. Tak nás napadlo, spojiť tieto dve veci a skúsiť zistiť ako ľudia v iných krajinách riešia problematiku závislosti.

Vieme, že v rôznych krajinách ľudia majú inú mentalitu, iný pohľad na svet a teda aj odlišný pohľad na niektoré problematiky.

Závislosť v akejkoľvek forme je samozrejme vážnym problémom, najmä keď začne ovplyvňovať v značnej miere osobný či pracovný život. Závislosti všetkých druhov sa v spoločnosti zvyšujú, či už sa jedná o alkohol, drogy, hazardné hry, atď. Závislosť a jej dôsledky patria celosvetovo medzi vážny verejne zdravotný problém. Na celom svete je odhadom 32,4 miliónov užívateľov opiátov. Ich nelegálne užívanie je spojené s vysokou somatickou komorbiditou vrátane infekčných chorôb ako HIV a hepatitíd z dôvodu infekčného užívania a rizikového sexuálneho správania, vysokou mierou úmrtí z predávkovania, kriminálnou aktivitou a s ňou spojeným vylúčením zo spoločnosti, nízkou kvalitou života užívateľoch a ich rodín,

finančnými nákladmi a stratou súdržnosti v spoločnosti. V neposlednej rade je jasné, že alkohol a drogy predstavujú vážny problém pre značnú časť pracujúcej populácie, čo má významné následky pre postihnutých jednotlivcov, podniky a hospodárstvo krajiny ako celok.

Tento trend bol jedným z dôvodov, prečo nás daná problematika zaujala a rozhodli sme sa jej hlbšie venovať. Jedným z aspektov, ktorý nás zaujal je skutočnosť akým spôsobom môže problém s návykovými látkami u jedincov ovplyvniť pracovné prostredie.

Cieľom práce je poukázať na riešenie závislostí v rôznych častiach sveta, v rôznych krajinách nielen z hľadiska legislatívneho. V druhej časti uvádzam príklady zahraničných osôb, závislých na drogách a riešenie ich situácie prostredníctvom krátkeho rozhovoru.

Práca sa skladá z dvoch častí. V rámci prvej časti práce sa venujem problematike závislosti vo všeobecnej rovine, tj. vymedzením pojmu, stručným vývojom, typmi a príčinami, prevenciou, liečbou a rehabilitáciou a v neposlednom rade aj odlíšením závislostí u dospelého a dieťaťa.

Druhá časť rieši problematiku závislostí v rôznych krajinách. V tejto časti som sa prostredníctvom rozhovoru so zahraničnými osobami snažila viac priblížiť drogovú politiku a situáciu v danej krajine. Vybrala som si krajiny ako Veľká Británia, India, Španielsko, Taliansko a v neposlednom rade aj Slovenská republika. Rozhovor sa skladal zo 6 otázok.

1. ZÁVISLOSŤ

Aby bolo možné sa bližšie venovať problematike závislostí, či ich možným zdravotným dôsledkom a dôsledkom pre rodinu alebo spoločnosť, je potreba si najskôr bližšie špecifikovať samotný pojem závislosť. V tejto súvislosti je popísaná nielen definícia závislosti zo všeobecného hľadiska, ale aj jej definícia konkrétne podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb a tiež podľa Americkej psychiatrickej asociácie.

Hartl a Hartlová (2009, s. 384) popisujú závislosť ako: „*stav chronickej periodickej otravy opakovaným požitím prirodzenej alebo syntetickej drogy, ktorá poškodzuje postihnutého aj spoločnosť; dnes väčšinou používaný termín závislosť drogová alebo presnejšie závislosť látková ... u závislosti ide o zvláštny patologický vzťah látky, ktorá následne vedie k periodicky sa opakujúcej intoxikácií spojenej so silnou túžbou až nutkaním opakovane látku užívať ...*“

Latinský termín vymedzujúci závislosť je „*addictus*“. Tento termín pôvodne znamenal odovzdávanie tovaru medzi obchodníkmi, buď predajom, alebo súdnym rozhodnutím. Na súde týmto spôsobom napr. dlžníci vracali svojim veriteľom. Odtiaľ sa význam tohto slova preniesol k odovzdávaniu aj iných látok, neskôr drog. Vyznačoval sa tak vždy vzťah veriteľa a dlžníka (Nešpor, 2011).

1.1 Vymedzenie závislosti

Závislosť je možné veľmi zjednodušene charakterizovať ako stav mysle, kedy je niekto podmienený okolnosťou či situáciou, o ktorej sa domnieva, že ju nevyhnutne potrebuje k svojej vlastnej existencii. Živé organizmy sú všeobecne závislé od dostatku potravy, vody, vzduchu atď. Závislosť je však mnohokrát vyvolaná tým, že danému jedincovi môže niečo nahrádzať. Sama o sebe môže predstavovať formu úniku pred niečím. Napríklad pri požívaní alkoholických nápojov človek prestáva myslieť na veci, ktoré ho sužujú. Rozvinutie závislosti je pravdepodobné u veľkej väčšiny látok, ale aj v správaní, ktoré dotknutým prináša určitú formu úľavy, potešenie, prípadne ho zbavujú bolesti. Avšak za predpokladu, že sa už tento prínos spája so značne negatívnymi dôsledkami na zdraví či na spoločenských vzťahoch a tiež pokiaľ jedinec postupne prichádza o schopnosť kriticky zvažovať možné riziká či prínosy, hovoríme už o tzv. patologickkej závislosti.

Ak však chceme plne porozumieť svetu závislého človeka, je potrebné sa v rámci svojho premýšľania dostať „za“ drogu, na ktorej je človek závislý, ako to aj za jej účinky. Samotná

závislosť totiž nie je vecou danej látky, na ktorú je priamo naviazaná. Skôr sa jedná o vec nášho vzťahu k sebe samému, k druhým či k celému svetu. Závislosť predstavuje najmä jeden z možných spôsobov, ako zvládať svoj život.

Podľa Křivohlavého (2009) znamená závislosť byť niečím tak posadnutý, že to človeka zotročí, zbaví ho vnútornej slobody a nakoniec napríklad aj osobnej bezúhonnosti. Bez zápasu o prekonanie tejto závislosti čaká takého človeka istá skaza. Závislosť teda znamená „byť lapený“, chytený, zajatý a potom pomaly aj zničený. Začiatok závislosti nie je príliš dramatický, je ním napr. prvý pohárik, prvá cigareta, prvý rizikový sexuálny styk, prvá dávka drogy. Je ním popretie toho, že niečo nie je správne, popretie morálnych hodnôt, strata perspektívy a správneho videnia reality apod.

Napríklad Langmeier a kolektív (2000, s. 390) uvádza vymedzenie závislosti nasledovne: „*Tradičnou podobou medicínsky ponímaných chorobných závislostí je škodlivý návyk na užívaní psychotropných pôsobiacich látok - tzv. toxikománia čiže drogová závislosť, vyznačujúca sa rôznym stupňom nebezpečnosti pre závislého jedinca, prípadne jeho okolia.*“ Zároveň svoje tvrdenie dopĺňa o MKN 10.

1.1.1 Definícia závislosti podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb

Podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb je možné syndróm závislosti definovať ako skupinu fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych javov, pri ktorých užívanie určitej látky má u daného človeka oveľa väčšiu prednosť ako iné konanie, ktorého si v minulosti cenil viac.

Popisnú charakteristiku syndrómu závislosti predstavuje túžba (ktorá je spravidla veľmi silná a v niektorých prípadoch až nezvládnuteľná) užívať psychoaktívne látky (tie môžu, ale aj nemusia byť priamo na lekárske predpis), alkohol či tabak. Je tiež potrebné dodať, že opätovné užívanie látky po období abstinencie spravidla spôsobuje oveľa rýchlejšie znovuobjavenie iných rysov syndrómu, než je tomu u ľudí, u ktorých sa závislosť neprejavuje (Nešpor, 2005).

Avšak definitívnu diagnózu závislosti je možné určiť jedine v prípade, kedy v priebehu jedného roka dôjde k trom či viacerým javom, ktoré sú popísané nižšie: (Nešpor, 2005)

- dochádza k veľmi silnej túžbe či nutkaniu užívať určitú látku,
- dochádza k problémom, ktoré sa týkajú sebakontroly počas užívania látky,
- dochádza k užitiu látky so zámerom minimalizovať príznaky, ktoré boli vyvolané jej predchádzajúcim použitím (na tlmenie odvykacieho stavu býva v niektorých prípadoch užívaná tiež látka s podobnými účinkami),
- dochádza k zvyšovaniu tolerancie na danú látku (je nutné zvyšovať dávky, aby bol dosiahnutý predchádzajúci efekt s podaním menšej dávky totožnej látky),

- dochádza k poklesu záujmu o iné činnosti, ktoré boli u daného jedinca doposiaľ dôležitejšie (naopak oveľa väčšie množstvo času je obetované zháňaniu či užívaniu danej látky),
- dochádza k neustálemu užívaniu danej látky, hoci je u jedinca zle znášaná a spôsobuje negatívne následky.

Dodajme tiež, že syndróm závislosti sa môže prejaviť jednak pre samostatnú látku, ako je napríklad tabak či diazepam, tak aj pre celú skupinu látok, ako sú napríklad opioidy. (Nešpor, 2005)

1.1.2 Definícia závislosti podľa Americkej psychiatrickej asociácie

Čo sa týka diagnózy závislosti podľa Americkej psychiatrickej asociácie, je nutné, aby jedinec vykazoval minimálne tri zo siedmich nižšie uvedených javov, a to v období celkom jedného roka: (West, 2016)

- dochádza k zvyšovaniu tolerancie na danú látku,
- dochádza k výskytu odvykacích príznakov potom, čo je látka vysadená,
- dochádza k užívaniu látky vo väčšom množstve či po dlhšiu dobu, ako mal pôvodne jedinec v pláne,
- dochádza k dlhodobej snahe, prípadne k jednému alebo viacerým pokusom danú látku obmedziť a mať jej používanie pod kontrolou,
- dochádza k tráveniu veľkého množstva času, či už samotným užívaním či zháňaním danej látky,
- dochádza k obmedzovaniu alebo úplnému vylúčeniu sociálnych, pracovných alebo reakčných činností vďaka užívaniu látky,
- dochádza k ďalšiemu užívaniu látky, hoci sa objavujú dlhodobé či často sa opakujúce sociálne, psychologické či telesné problémy, ktoré si sám užívateľ danej látky uvedomuje a ktoré sa jednoznačne zhoršujú práve na základe používania tejto konkrétnej látky.

1.2 Stručný vývoj užívania drog

Všeobecne je v povedomí ľudí, že najstarším remeslom sveta bola prostitúcia. Ale pozastavme sa nad obchodom s drogami. Ako dlho je tu on? V praveku boli drogy využívané najmä na liečebné, magické a náboženské účely prostredníctvom šamanov či starších, ktorí boli za poskytnuté služby odmeňovaní. Escotado uvádza, že už vo veľkej časti pravekých kultúr prechádzali jedinci nejakou skúsenosťou s psychoaktívnou látkou, ktorá ich učila a upevňovala ich kultúrnu spolupatričnosť. Prežitky zmeneného stavu vedomia navodzovali šamani pomocou posvätných pokrmov pozostávajúcich z psychoaktívnych látok ako peyo itl, víno alebo niektoré jedovaté huby a rastliny. Veľakrát ich účinky vydávali za vôľu bohov. Úroveň znalostí

psychoaktívnych látok a prežívanie formy pôvodného náboženstva, záviselo na schopnosti daného šamana. To on sám určoval, kto, kedy a ako, ktorú drogu užije. Prostredníctvom drog vytvoril most medzi obyčajným a neobyčajným, čo užíval k magickým proroctvám, rituálnym účelom a liečeniu.

V staroveku už drogy začínajú byť užívané bežne k potešeniu človeka. S Hippokratom prišla vtedajšia medicína na liečenie chorôb určitou drogou a naprosto odmietla vplyv mágie a náboženstva. Drogy v tejto dobe stratili svoju nadprirodzenosť a boli chápané prevažne ako látky, ktoré liečia alebo zabíjajú. Eschotado uvádza, že značné percento vtedajšej antickej populácie užívalo každodenne ópium, ale ako drogu ohrozujúcu jedinca vtedajšia spoločnosť videla víno, ako spomína Eschotado. Pitie vína bolo podľa Rimanov pôvodcom všetkých osobných i spoločenských problémov, a snáď preto prastarý zvyk zakazoval pitie vína ženám mladším tridsiatich rokov. Platón in Eschotado v diele Zákony hovorí, aby chlapci do 18 rokov vôbec neokoštovali víno, až od 30 rokov ochutnávali mierne dávky vína bez opijania a veľkého pitia, keď muž vstupuje do štyridsiatky, aby po peknom ochutnaní vína k oslave bohov zároveň i zábave starších mužov, daroval víno ľuďom ako liek proti mrzutej prísnosti staroby. (Eschotado, 1999)

Dalo by sa povedať, že s rozpadom Rímskej ríše a vďaka rozpínavosti cirkvi, boli drogy zakázané a popíjanie vína bolo určené výhradne kňazom. Tým ustúpilo do pozadia uvoľnené jednanie pod vplyvom drog a dôležitou sa stáva iba viera. Túžba po včasnej smrti sa stáva odsúdeniahodná rovnako ako jej prostriedky, veď život nepatrí človeku avšak Bohu. Pohanské poznania, zvlášť potom týkajúce sa drog, začali byť považované za čarodejníctvo. Užitie „diabolských rastlín“ bolo považované za zradu kresťanskej viery. Drogist (v zmysle lekárskom) podľa vtedajších predstáv boli mágmi a mágia bola zakázaná. (Kurdle, 2003)

Vývoj a poznanie sa v kresťanskej Európe počas niekoľkých storočí prepadol o tisíc rokov naspäť. S krížovými výpravami sa začali drogy v podobe liekov vracieť späť do Európy a mnohí učenci sa zasadzovali o ich legalizáciu na liečebné účely. Zároveň bol objavený spôsob výroby alkoholu a tak bol prepad raného a vrcholného stredoveku zakrytý nadmernou konzumáciou rozmanitých likérov a pod. (Kurdle, 2003)

Nové možnosti drog súviseli v období novoveku s objavovaním nových kontinentov a ich prírodného bohatstva (v zmysle rastlinnom). Vďaka objaveniu amerického kontinentu sa lekárom otvoril svet obrovských liečebných prostriedkov. Ako uvádza Eschotado našlo sa tu na 3000 rastlín, z toho cez 2500 nových rastlín, ktoré sa dali využiť ako na liečbu tak aj k navodeniu príjemného stavu. Z Aztéckej ríše sa dostalo pozornosti drogám teonanácatlu. Nie menšiu pozornosť si zaslúžil oliugqui a tiež peyotl a ďalšie. V ríši Inkov bolo zase výsadným právom dvora užívanie koky. Ďalšou americkou stimulačnou drogou bola cezmina paraguayská, známa u nás ako maté. Nezabúdajme ani na pôvod kakaa, ktorého pestovanie pochádza zrejme z Mexika. Zostáva ešte spomenúť najrozšírenejšiu drogu Ameriky, ktorá sa na celom kontinente pije, pojedá a fajčí, ktorou

je tabak.(Eschotado, 1999)

V ďalších storočiach, sa vďaka vývoju lekárstva poťažmo farmakológie, liehovarníctva a pivovarníctva a ďalších rôznorodých odvetví, škála drog rozširovala a ďaleko presiahla počet známych drog v staroveku. V 19. storočí došlo v odbore chémie k úžasným objavom, ktoré boli sprevádzané ohromnými obchodnými úspechmi. Na lekárskech pulkoch sa tak ocitlo tisíce prípravkov tajného zloženia, obsahujúcich psychoaktívne drogy. Predstavovali modernejšiu verziu starodávneho všeliaku, ktorý postupne zaplavoval trh. Nebolo na tom nič divné, veď práve došlo k objavu aktívnych zložiek rôznych rastlín ako napríklad morfinu, kodeínu, atropínu, koféinu, kokaínu, heroínu, meskalínu a barbiturátov. Okrem psychoaktívnych zložiek sa začali používať ako anestetiká éter, chloroform a oxid dusný. S veľkým rozvojom psychoaktívnych látok vypláva na povrch problém, ktorým je závislosť. Ako prvý je popísaný morfizmus. Rovnako ako morfium sa odporúčal heroín na liečbu závislosti na ópiu, o pol storočia neskôr bolo cieľom vyliečiť návyk na heroíne metadónom.(Eschotado, 2003)

Približne do roku 1960 boli drogy pokladané za odborný problém, ktorým sa zaoberala úzka skupina špecializovaných odborníkov tj. kriminalistov na strane potierania kriminality a lekárov, psychiatrov na strane liečby závislosti. V období rokov 1960 až 1990 sa drogy vyvinuli vo vyspelých krajinách v problém spoločenský, pretkaný naprieč všetkými sociálnymi vrstvami a skupinami. V tejto dobe došlo v USA a západnej Európe napríklad k zrýchlenému nárastu užívania drog s vážnymi sociálnymi a zdravotnými následkami, čo zmenilo prístup spoločnosti k drogám. Od roku 1990 bol už medzinárodným spoločenstvom charakterizovaný problém drog ako problém globálny.

V Československu okrem fajčenia tabaku, požívania alkoholu a v čase prvej republiky fajčenia kokaínu vo vyššej spoločenskej vrstve, čo bolo prechodnou módnou záležitosťou, nedochádzalo k nadmernému užívaniu iných drog. Socialistické Československo bolo relatívne odrezané od svetového obchodu s drogami, plnilo prevažne úlohu tranzitnej krajiny nielen preto, že československá koruna nebola pre drogovú mafiu atraktívnou menou. Problémy s alkoholom sa dlhú dobu umelo skrývali. Podomácky vyrábaný pervitín a braun bol záležitosťou pomerne malej skupiny ľudí. Až v druhej polovici 80. rokov dvadsiateho storočia sa viac začala pestovať a fajčiť marihuana. Po novembri 1989 sa situácia dramaticky zmenila, na drogovej scéne sa objavilo veľké množstvo doteraz nedostupných alebo veľmi zle dostupných návykových látok. (Kurdle, 2003)

Z náčrtu histórie užívania drog vyplýva, že už od nepamäti ľudstva boli, sú a vždy budú ľudia a drogy vždy tesne spätí. V dnešnej dobe, ktorá je charakteristická rýchlym životným tempom, vysokými nárokmi na jedinca a dôrazom na individualitu, bývajú drogy únikom pred týmto tlakom alebo vyskúšaním novej možnosti a prekonaním existujúcich bariér a pod. Vďaka jednoduchej dostupnosti drog, sú práve najviac ohrozenou skupinou deti a mládež, ktorí nie sú

natol'ko vyspelí, aby dokázali lákavému pokušeniu drogy odolať.

1.3 Príčiny závislosti

1.3.1 Spúšťacie faktory

K tomu, aby človek vzal drogu, je vždy podľa Urbana (1973) treba nejaké spúšťacie, provokujúce podnety, ktoré uvedú v chod interakcie medzi faktormi farmakologickými, somatickými, psychickými a environmentálnymi. Medzi takéto faktory Urban (1973) radí zavrhnutie blízkou osobou, na ktorej bol jedinec závislý alebo zamedzenie kontaktu s ňou, prevzatie náročnejšej role, napríklad v zamestnaní, v manželstve, v rodičovstve a vážne nepriaznivé okolnosti alebo fyzické ochorenia.

Stresové životné udalosti slúžia tiež ako spúšťacie faktory v prípadoch rôznych psychiatrických a psychosomatických porúch. Je dôležité podotknúť, že by tieto vplyvy nemohli viesť k drogovej závislosti, keby postihnutá osoba nemala v čase, keď k udalosti došlo, prístup k droge.

Pohnútkou k abúzu drogy môže byť podľa Urbana (1973) zvedavosť, nuda alebo pocit, že je život neznesiteľný. Môžu to byť tiež problémy v prispôbení sa sociálnym pomerom, neschopnosť vyhovieť kladeným nárokom, priama túžba po opojení, po zvláštnych duševných i telesných zážitkoch.

Pohnútkou môže byť tiež túžba po vystupňovaní sexuálnej aktivity a sexuálnych zážitkov alebo naopak želanie sexuálnu aktivitu potlačiť. Ako dôvod k užívaniu drog sa uvádza tiež túžba po prehĺbenom, kvalitatívne inom, mystickom poznaní seba. Častým dôvodom je snaha imponovať dospelo a mužne. S tým súvisí aj užívanie drog pri rôznych rituáloch spojených s prechodom do dospelosti (napríklad pomaturitné večierky).

Ďalšími provokujúcimi faktormi sú psychosomatické poruchy, spôsobené dlhodobými vedomými alebo nevedomými tenziami. Vyskytujú sa až u 80 % závislých jedincov.

1.3.2 Osobnosť závislého jedinca

Na začiatku sedemdesiatych rokov sa začína ustaľovať názor, že u nikoho nemožno s istotou vylúčiť možnosť vzniku drogovej závislosti. Pointa je v tom, že nikdy nemožno vopred s istotou vedieť, že sa určitá osoba nestane na droge závislá. Závislosť možno v podstate vypestovať za určitých podmienok u každého jedinca. Je teda lepšie hovoriť o štruktúre osobnosti inklinujúcej k „problémom“ v súvislosti s užívaním psychoaktívnych látok.

Medzi odbornou i laickou verejnosťou sa diskutuje o možnom dedičnom podmienení

drogovej závislosti. Existujú osobnosti s istou predispozíciou už dedičnou, ktoré k problémom s návykovými látkami či priamo k drogovej závislosti akoby plynule smerujú. Ide ale vždy o zložitú kombináciu prírodných faktorov a ich vzájomného pôsobenia (Kalivas, 2003).

Podľa Bergeret (1995) neexistuje hlboká a stabilná psychická štruktúra špecifická pre závislé správanie a odlišná od „normálnej“ osobnosti. Bolo popísaných mnoho typov či štruktúr osobnosti, ktoré sa môžu stať závislými na drogách. Podľa Urbana (1973) patria medzi rizikové osobnosti predovšetkým jedinci s rysmi nezdržanlivosti, ľahko podliehajúce vonkajším vplyvom. Títo jedinci sú viac menej pasívne obeť drogy.

Ďalšími rizikovými osobnosťami sú osobnosti s malou sebaistotou, pre ktoré droga funguje ako opora pre vnútornú neistotu a ako náhrada za chýbajúcu sebadôveru. Poskytuje tiež úľavu od úzkostí, ktoré sú u týchto osobností časté. Hysteroidným osobnostiam droga pomáha prekonať nepokoj a pocit neuspokojenia, ktorý je pre nich charakteristický. Schizoidné osobnosti radi s drogami experimentujú, nielen na sebe, ale aj na druhých. Neurotickým osobnostiam je droga pomocníkom pri riešení záťažových situácií. Pomáha im uniknúť do sveta zabudnutia, narkózy alebo spánku.

Presl (1994) upozorňuje na dôležitosť zaoberať sa komplexnou štruktúrou osobnosti jedinca doteraz nezasiahnutého drogou. Nezvyčajne vysoké percento osôb s neskoršími drogovými problémami má už premorbidne stanoviteľnú psychiatrickú diagnózu. Najčastejšie je to sklon k poruchám v emočnej sfére, predovšetkým k depresiám. Ďalšími dôležitými faktormi sú vlastnosti ako nezdržanlivosť, nestálosť, zvýšený egocentrizmus, sklon k požívačnosti a znížená odolnosť voči svojmu okoliu. Podobné rizikové vlastnosti uvádza aj Urban (1973). Všeobecne by sa podľa Presla (1994) dali predisponované osobnosti zaradiť do dvoch hlavných skupín:

- osoby zvýšene citlivé, zraniteľné a úzkostné
- osoby skôr extrovertné, obrátené svojou reaktivitou navonok

Osoby v prvej skupine majú problém v komunikácii, sú zraňovaní vo svojich vzťahoch k autoritám a trpia neschopnosťou nadviazať uspokojujúci partnerský vzťah. Majú sklony k úzkostnému sebasledovaniu. Takto štruktúrované osobnosti pravdepodobne siahnu po droge stimulačného typu. U osôb v druhej skupine sa často prejavuje zvýšená dráždivosť, znížená schopnosť koncentrácie, sklony k impulzivite a dramatizovaniu spolu so zvýšenou striednosťou. Takto štruktúrované osobnosti pravdepodobne siahnu po drogách tlmivého typu, predovšetkým opiátoch. Pri užívaní dochádza k prežitiu nepoznaného stavu vnútorného pokoja a mieru. Rozpúšťa sa vnútorné napätie, jedinec sa celkovo uvoľňuje.

Presl (1994, s. 50) ďalej uvádza, že „... pre naladeného jedinca je stretnutie s príslušnou

drogou dôležitejším javom ako pre osobu, ktorej tieto dispozície chýbajú a ktorá je voči drogám v akosi neutrálnom postoji. “

Na záver tejto podkapitoly treba zdôrazniť, že nie všetci jedinci závislí na návykových látkach musia mať uvádzané vlastnosti a naopak. Nie všetky neurotické osobnosti a jedinci s poruchami správania sa stanú závislými. Problémy s návykovými látkami môže mať každý „sebenormálnejší“ jedinec. Rozdiel je v tom, že u naladeného jedinca dochádza väčšinou k významnému pôsobeniu ďalších príčinných faktorov, napríklad vplyvov sociálneho prostredia.

1.3.3 Enviromentálne faktory

Za najdôležitejšie z vplyvov sociálneho prostredia sa považuje rodina. Dieťa pozoruje a napodobňuje správanie rodičov a iných členov rodiny väčšinou bez toho, aby si to uvedomovalo. Podľa Urbana (1973) skúsenosť ukazuje, že prvé formujúce skúsenosti a alkoholom, tabakom, kofeínovými drogami a liekmi si vytvára človek už v detstve v rámci svojej nukleárnej rodiny. Vešpier (2000) uvádza rizikové faktory vzniku závislosti na úrovni rodiny:

- výskyt neliečenej a nezvládnutej návykovej choroby u rodičov
- nejasné pravidlá týkajúce sa správania dieťaťa
- nedostatok času na dieťa zvlášť v ranom detstve
- neorganizovaná a prehnaná prísnosť, týranie a sexuálne zneužívanie dieťaťa
- schvaľovanie pitia alkoholu a zneužívanie drog
- malé očakávania od dieťaťa a podceňovanie dieťaťa
- vážna duševná choroba rodičov
- zlé fungovanie rodiny
- časté sťahovanie rodiny
- dieťa žije bez rodiny a bez domova
- závislosť, škodlivé alebo rizikové užívanie u manžela / manželky, partnera / partnerky
- vážna duševná choroba u manžela / manželky, partnera / partnerky

Ďalším dôležitým vplyvom sociálneho prostredia sú vzťahy s vrstovníkmi. Najčastejším miestom prvého kontaktu s drogou sú diskotéky a rockové kluby, teda prostredie spojené s trávením voľného času medzi priateľmi.

Taktiež niektoré povolania sú rizikové vzhľadom ku vzniku závislosti na drogách. Sú to napríklad zdravotníci. Známa je afinita maliarov, hudobníkov a spisovateľov k niektorým drogám, obzvlášť marihuane, LSD, kokaínu. K rizikovým patria aj všetky povolania, ktoré vyžadujú

neprirodzené zásahy do režimu spánku. Sú to napríklad vodiči diaľkových trás, prekladatelia, študenti, iní duševní zamestnanci. Za rizikové sa považujú tiež povolania spojené s veľkým rizikom zlyhania pred verejnosťou, napríklad výkonní umelci, alebo naopak sa značnou odmenou za vrcholný výkon, či už jednorazový, napríklad športovci. K vzniku alebo dekompenzácii drogovej závislosti môže dôjsť aj vo výkone trestu odňatia slobody.

Predtým sa tvrdilo, že na rozšírenie drogovej závislosti má vplyv bieda, v ktorej žili široké vrstvy obyvateľov. Po druhej svetovej vojne sa však ukázalo, že napríklad alkoholizmus sa šíri aj v zámožných vrstvách obyvateľstva. Ekonomická situácia nie je jediným ani rozhodujúcim činiteľom pre vznik a šírenie závislosti. Rozhodujúci vplyv na vznik, udržiavanie a šírenie drogovej závislosti má dosiahnuteľnosť drogy. V tejto oblasti má svoj vplyv aj „ móda “.

1.4 Typy závislosti

Často sa v lekárskejších ordináciách vyskytujú ľudia s problémami, ktoré nie je príliš jednoduché zaradiť. U týchto ľudí sa totiž objavuje mnoho znakov závislostného správania, avšak v skutočnosti žiadnym látkam, ktoré by bolo možné označiť ako návykové, neholdujú. Túto neucelenú skupinu porúch je možné označiť ako tzv. psychické závislosti. U ľudí v rámci nich dochádza ku zmene prežívania, a to vďaka príjemnému zážitku, ktorý má priamu súvislosť s určitou vykonávanou činnosťou (Benkovič, 2007).

Taktiež Štablová (1997) vysvetľuje, že vznik závislého správania nemusí nutne súvisieť priamo s určitými typmi látok, ktoré sú užívané. Naopak, je možné ho pozorovať aj v prípade správania, ktoré človeku prináša výrazný pocit úľavy, potešenie či potlačenie bolesti. Aj v takom prípade sa môže rozvinúť závislosť. Je preto možné konštatovať, že všeobecne rozlišujeme celkom dva základné typy porúch, ktoré sa týkajú závislostnej tematiky:

- Látkové (drogové) závislosti - sú charakteristické tým, že človek sa stáva závislým na psychoaktívnych látkach, a to na základe patologických procesov, ktoré práve tieto dané látky spôsobujú.
- Nelátkové (nedrogové) závislosti - niekedy sú nazývané aj ako behaviorálne závislosti. V súvislosti s týmto typom závislosti človek prejavuje závislostné správanie k určitým činnostiam (Hupková, 2009)

Vyššie uvedené členenie závislostí na drogové a nedrogové však nie je jediné možné, hoci skutočnosťou je, že práve toto delenie je zďaleka najbežnejšie a najrozšírenejšie. Pochopiteľne

existuje nespočetné množstvo rôznych typov závislostí, pričom záleží najmä na tom, podľa čoho budeme závislosti deliť.

Jedným z najzákladnejších delení závislostí je aj tom, ktoré opisuje Sikorová (2012). Autorka vysvetľuje, že je možné rozlišovať celkom štyri typy závislostí, ktoré vychádzajú jednak z formy správania a jednak z charakteru rodinného prostredia, kde deti či dospelujúci vyrastajú:

- Závislosť traumatického typu - spravidla sa začína prejavovať tam, kde sa v minulosti vyskytovala nejaké trauma, zneužívanie či nespracované úmrtia. Vzniká tiež v dôsledku psychickej poruchy v rodine, pričom dôležité je dodať, že po dôkladnom spracovaní traumatizácie môže tento typ závislosti u človeka postupne dokonca až odznieť.
- Závislosť neurotická - spravidla sa začína prejavovať tam, kde sa vyskytuje nahromadené napätie, ako aj nejasné vzťahy, ktoré sú naplnené vinou a pocitmi krivdy. Neurotická závislosť je typ závislosti, na ktorý majú priamy vplyv tiež partnerské problémy rodičov daného jedinca, u ktorého sa neskôr môže prejavovať závislé správanie. Je potrebné doplniť, že zároveň sa jedná o zďaleka najčastejšie prostredie, v rámci ktorého dochádza k vzniku závislého správania.
- Závislosť prechodová - spravidla sa začína prejavovať tam, kde je zrejma aj nejaká duševná porucha v rodine, bizarné vzťahy, prehnaná tabuizácia či manipulatívna a viacvýznamová komunikácia. Doplníme, že v tomto prípade sa môže jednať aj o súbežné ochorenie, ktoré hraničí s poruchou osobnosti človeka čiže takzvanou komorbiditou.
- Závislosť sociopatická - spravidla sa začína prejavovať tam, kde je úplne bežná ľahostajnosť, kriminálne správanie či fyzické násilie v rodine. Je potrebné zdôrazniť, že závislosť nie je primárnym problémom v rodine, tvorí súčasť životného štýlu osobnosti závislého jedinca (Sikorová, 2012).

1.5 Vplyv okolia na vzniku závislostí

Životné problémy dokážu do viesť niekedy človeka aj na takú križovatku, ktorá ponúka určitú alternatívu lepšieho subjektívneho prežitia života. Riešenie rôznych životných kríz je dané predovšetkým pôvodným prostredím z ktorého jedinec pochádza, jeho osobnosťou a životných okolnostiach. V situácii, kedy je človek dlhšiu dobu v zložitých životných podmienkach a veľmi ťažko sa orientuje v zvládaní svojich starostí, môže upadnúť do pokušenia vyskúšať nejakú drogu či stať sa závislým na určitej látke či skupine. Nie je to až také zložité ako by sa mohlo zdať. Látky, ktoré ovplyvňujú ľudskú psychiku a sú schopné vyvolať závislosť sú všade okolo nás. Už len keď sa pozrieme do bežného supermarketu zistíme aké množstvo drog je vlastne úplne legálne

spoločnosti tolerované. Na tento fakt majú predovšetkým vplyv tradície, historický vývoj či životný štýl v danej spoločnosti. Za takto voľne dostupné drogy môžeme považovať alkohol, tabakové výrobky, kávu ale aj sladkosti a mnoho z bežne dostupných liekov, ktoré môžu ovplyvňovať našu psychiku. Pritom na druhej strane odmietanie kávy či alkoholu je v rade kultúr a aj v našich podmienkach považované za krajne nespoločenské. Väčšina spoločenských stretnutí býva spojená s konzumáciou alkoholu. (Hubinková a kol., 2008)

Dôležitú rolu v konzumácii napríklad alkoholu hrá taktiež motivácia, napodobovanie vzorov, dostupnosť a prístup k nemu a reklama. Vlastné pitie väčšinou začína vo veku 18 – 25 rokov. Zvyšovanie postojov, ktoré podporujú pitie alkoholu nastáva už v rannej puberte kedy klesá pozitívne posudzovanie vzdelania, rodičovskej autority.

Hodnotenie konzumácie alkoholu je dané aj určitými kultúrnymi a sociálnymi tradíciami. Pokiaľ pije muž, je to viac tolerované ako v prípade u žien. Muži pijú väčšinou v spoločnosti a ženy naopak svoj návyk skôr skrývajú v prostredí domova. Alkohol môže človeka doviesť až k invalidite, keďže poškodzuje množstvo orgánov, vrátane psychiky. Je taktiež spojovaný ako jednou z príčin trestnej činnosti.

Výrost (2001) vo svojej publikácii uvádza, že značný podiel na prípadnom vzniku závislostí sa oprávnene pripisuje spoločnosti. Spoločnosť prispieva k šíreniu epidémie drog mnohými spôsobmi :

- Ich relatívne jednoduchou dostupnosťou,
- Presvedčovaním o obmedzenej škodlivosti drog,
- Umožňovaním určitým skupinám prekračovať relatívne bez postihu sociálne normy vrátane noriem súvisiacich s návykovými látkami,
- Šírením často diskutabilných informácií o psycho aktívnych možnostiach drog.

1.6 Závislosti a súvisiace zdravotné problémy

Ľudia so závislosťou majú často jeden alebo viac súvisiacich zdravotných problémov, medzi ktoré môžu patriť choroby pľúc alebo srdca, mozgová príhoda, rakovina alebo poškodzujúce stavy duševného zdravia. Zobrazovacie snímky, röntgenové snímky hrudníka a krvné testy môžu preukázať škodlivé účinky dlhodobého užívania drog v tele. Napríklad je dnes už dobre známe, že tabakový dym môže spôsobiť veľa druhov rakovín, metamfetamín môže spôsobiť vážne zubné problémy, známe ako „ plesň v ústach “, a že opioidy môžu viesť k predávkovaniu a smrti. Niektoré lieky, ako sú napríklad inhalačné látky, môžu navyše poškodiť alebo zničiť nervové bunky v mozgu alebo periférnom nervovom systéme (nervový systém mimo mozgu a miechy). Užívanie

drog môže tiež zvýšiť riziko nákazy. K infekcii vírusu ľudskej imunodeficiencie (HIV) a hepatitídy C (závažné ochorenie pečene) môže dôjsť pri zdieľaní injekčného zariadenia a pri nesprávnom úsudku, ktorý vedie k nebezpečnej sexuálnej aktivite. Infekcia srdca a jeho chlopní (endokarditída) a kožná infekcia sa môže vyskytnúť po vystavení baktérií injekčným užívaním drog. (Comiskey, 2020).

Okrem dlhodobých účinkov na zdravie existuje aj skutočnosť, že závislosť môže byť smrteľná. Alkohol, cigarety a drogy môžu zabíjať buď v dôsledku predávkovania, samovraždy, nehody alebo v dôsledku fyzického poškodenia týmito látkami. Medzi ďalšie vedľajšie účinky patrí nárast počtu pohlavne prenosných chorôb, nechcené tehotenstvo a vrodené chyby v dôsledku závislosti od matky (Sun, 2016).

1.7 Prevencia v boji proti závislostiam

Prevencia v boji s drogami je veľmi náročná, nákladná a účinná len v prípadoch, že je robená odborne v kontexte celospoločenského diania so zameraním na určitú skupinu a v spolupráci s rodinnou, školou či zamestnaním. Má niekoľko typov podľa cieľových skupín na ktoré pôsobí.

- a) Primárna prevencia - v jej rámci ide predovšetkým o predchádzanie vzniku sledovaného javu a teda zoznámením širokej a predovšetkým rizikovej časti spoločnosti s tým, čo drogy sú a kam ich užívanie vedie, ukázať alternatívne spôsoby využitia voľného času a naučiť sa správaniu pri strete s drogou, na koho sa obrátiť a ako zostať čistými. (Hubinková, 2008)
- b) Sekundárna prevencia – obecným cieľom intervencie sekundárnej prevencie užívania všetkých typov návykových látok je znížiť dopyt po užívaných látkach. Usiluje tým pádom o to buď zastaviť užívanie, viesť k zníženiu počtu problémových užívateľov. Cieľovou skupinou sekundárnej prevencie je tá časť populácie, ktorá návykové látky už užíva či už formou experimentu, rekreačne, príležitostne alebo problémovo. Intervencia sa zameriava na spotrebu drog.
- c) Terciárna prevencia, minimalizácia rizík (Harm reduction) – tento termín bol pôvodne používaný výhradne vo vzťahu k opatreniam a programom zameraným na znižovanie nepriaznivých zdravotných dôsledkov užívania omamných a psychotropných látok. V súčasnej dobe je však tento pojem stále častejšie používaný vo vzťahu ku všetkým stratégiám, ktoré prispievajú ku znižovaniu potencionálnych zdravotných a sociálnych rizík a poškodení plynúcich z užívania všetkých typov drog, vrátane intervencií znižovania ponuky a dopytu po drogách. Efektivita prístupu minimalizácie možných rizík a predchádzania poškodeniam, ktoré

môžu vzniknúť v súvislosti s užívaním drog je podložená radou výskumov a stala sa súčasťou drogových politík väčšiny krajín EÚ. Cieľovou skupinou terciárnej prevencie sú problémoví užívatelia, ktorí predstavujú najväčšiu hrozbu pre verejné zdravie. Intervencie sa zameriavajú na spôsoby akými sú drogy užívané, nezameriava sa teda na znižovanie počtu užívateľov (Radimecký, 2007)

2 NIEKTORÉ ODLIŠNOSTI ZÁVISLOSTI U DETÍ A DOSPIEVAJÚCICH

Táto kapitola by sa dala rozdeliť do dvoch, ale pri hlbšom preskúmaní tejto problematiky zistíme previazanosť rizikových faktorov s pôsobením návykových látok na deti a mládež.

2.1 Špecifika pôsobenia návykových látok u detí a mládeže

Rozdielnosti pôsobenia návykových látok u detí a mladistvých oproti dospelým sú mnohé, či už je to fyziologickým alebo psychickým nedospením. Môžeme ju rozčleniť do niekoľkých kategórií podľa podobnosti. Členenie je len orientačné, niektoré spomínané odlišnosti sú úzko zviazané s ďalšími a môžu tak spadať do viacerých kategórií (Hupková, 2012).

- **Biologické odlišnosti**

Deti a mladiství sa oveľa častejšie stávajú závislými na psychotropných látkach, na vzrušujúcich hrách a na krajne citovo nabitých receptívnych činnostiach (nutkavé sledovanie televízie, nutkavé počúvanie určitej hudby či nutkavé vyhľadávanie stále ďalších vzrušujúcich podnetov na internete a pod.) (Lindenmeyer, 2009).

Výskyt drogových či iných závislostí sa šíri stále rýchlejšie, v stále nižších vekových kategóriách. V súčasnosti medzi mládežou a deťmi už okolo 12 rokov veku. Čo potvrdzuje aj Vešpier, závislosť na návykových látkach sa vytvára podstatne rýchlejšie (to, k čomu potrebuje dospelý často roky alebo desiatky rokov, stihne dospievajúci aj rádovo počas mesiacov) (Nešpor, 2007).

U takto mladistvých, psychicky aj biologicky nezrelých jedincov sa stav závislosti vyvíja z prvých experimentov ľahšie a rýchlejšie, u väčšieho percenta detí v populácii, vzhľadom na nedostatok skúseností, sociálnych zručností a liečenie má u nich v súčasnosti aj horšiu prognózu než u dospelých. To popiera Říčan (2006), ktorý uvádza, že dlhodobá prognóza týchto problémov u detí a mladistvých môže byť priaznivejšia ako krátkodobá, pretože prirodzený proces zrenia je často tichým spojencom.

Nezrelosť metabolických procesov a nízka tolerancia, spomaľuje elimináciu návykových látok, takže hrozia ťažšie telesné poškodenia a nebezpečnejšie otravy, uvádza zhodne Langmeier (2000) a Říčan (2006).

Nešpor (2007) ešte poukazuje na sklon k riskovaniu, ktorý je v dospievaní častý a zvyšuje tak riziko nebezpečného konania pod vplyvom návykovej látky. Je tu tiež častejšia tendencia zneužívať širšie spektrum návykových látok a prechádzať od jednej k druhej, alebo k viacerým látkam súčasne. Čo opäť zvyšuje riziko otráv a ďalších komplikácií. Recidívy u detí a mladistvých sú časté.

▪ **Psychologické odlišnosti**

Počas dospievania dochádza nielen k telesným a hormonálnym zmenám, ale tiež k vytváraniu nových neurónových sietí v mozgu. Aj len mierne poškodenie poznávacích funkcií alkoholom, vedie k horším študijným a neskôr i pracovným výsledkom (Stančiak, 2011).

U mladistvých závislých na alkohole vo veku 15 až 16 rokov bola zistená horšia schopnosť pamätať si slová a geometrické obrazce. U detí a dospievajúcich mladistvých závislých na návykových látkach alebo ich masívne zneužívajúcich býva viditeľné zreteľné zaostávanie v psychosociálnom vývoji napr. v oblasti vzdelávania, citového vyzretia, sebakontroly, sociálnych zručností atď. (Stančiak, 2011).

▪ **Sociálne odlišnosti**

Pri prevencii i liečbe je potrebné ešte vo väčšej miere, než je tomu u dospelých, brať do úvahy rodinné interakcie, a ak je to možné, pracovať aj s rodičmi alebo inými relevantnými dospelými z okolia klienta. Miňhová (2006) dopĺňa, že v etiológii drogovej závislosti mladistvých, zaujíma popredné miesto rodinné prostredie.

Sociálno psychologické výskumy potvrdzujú, že najväčšie percento mladistvých toxikomanov, pochádza jednak z neúplných rodín, jednak z rodín, kde je deťom venovaná prehnaná starostlivosť. Je známou skutočnosťou, že droga môže byť tiež formou úniku zo starostlivosti hyperprotektívnej matky. Janíková (2007) uvádza, že deti sú pevne viazané na rodičovské postavy, stretávajú sa s nedostatkom potreby odpútať sa z tohto závislostného stavu. To opisuje Pešek (2009) ako problém separácie, ktorá predstavuje tiež jeden z ťažkých vývojových úloh tohto obdobia. Dospievajúci by sa mal do určitej miery oddeliť od svojej rodiny a pomáha mu v tom napr. štúdium mimo bydliska, partnerský život, spolužitie s rovesníkmi. Mnoho mladistvých v tomto období prežíva silné vnútorné bloky, ktoré súvisia s opustením rodičov, ale ktoré môžu prameniť z toho, že im rodičia vedome alebo nevedome v separácii bránia. V niektorých rodičoch totiž prechod ich detí

do novej vývojovej etapy (a tým aj prechod do novej etapy života celej rodiny) vzbudzuje obavy, pretože to ohrozuje zažitú rovnováhu rodinného systému. V tejto súvislosti sa tiež hovorí o drogovej závislosti dieťaťa ako o „chorobe“ celej rodiny.

2.2 Rizikové faktory u detí a mladistvých vedúce k závislosti

Rodinné rizikové faktory

V prípade, že sa dieťa či mladiství a jeho rodina stretávajú s problémami spojenými s užívaním návykových látok, je nevyhnutné sa starať nielen o dieťa, ale o celý systém rodiny, v ktorej žije. V tomto prípade vychádzame z predpokladu, že závislosť môže byť tiež dôsledkom patologickej rovnováhy vo vzťahoch alebo v rodinnom systéme mladého užívateľa drog. Pritom rôzni autori indikujú celú škálu rodinných faktorov, ktoré môžu byť spájané s problémami užívania návykových látok. Janíková in Šlosár uvádza, že môže ísť napríklad o:

- Užívanie omamných a psychotropných látok ďalšími členmi rodiny alebo o ich postoje voči ich užívaniu.
- Kvalita vzťahov medzi dospelými a dospelujúcimi členmi rodiny, napr. nedostatok oceňovania alebo podceňovanie detí v rodine či nepriateľstvo.
- Nedôsledná a slabá disciplína v rodine, teda nejasné pravidlá pre správanie detí.
- Nedostatočné zapojenie do jej života najmä zo strany otcov (Šlosár, 2009).

Medzi ďalšie rizikové faktory, ktoré súvisia s rodinnou, zaraďuje Pešek in Šlosár tieto faktory:

- Ľahká dostupnosť drog v rodine.
- Nedostatok úprimnej starostlivosti o dieťa.
- Nejasné, zmätené role členov rodiny.
- Slabé citové puto dieťaťa k rodine a vyrastanie mimo rodiny (Šlosár, 2009).

Sociálne rizikové faktory

Medzi významné rizikové faktory patrí vplyv rovesníkov, ktorí mladému človeku ponúka

radu, pomoc, prijatie a spätnú väzbu. Pre mladistvého je dôležité, aby bol medzi svojimi rovesníkmi prijímaný, obľúbený, aby si získal ich pozornosť. Zároveň je v tomto období normálny vzdor voči autoritám a spoločenským pravidlám. Pre takú vývojovú „sebarealizáciu“ môže byť vhodným prostriedkom práve užívanie alkoholu a iných drog. Akonáhle raz užívanie drog u mladistvého začne, rovesníci sa stávajú dominantným sociálnym faktorom a rodičia sa môžu snažiť o vplyv len nepriamo, napr. kontrolou sociálnych aktivít a dodržiavaním časového režimu dospelujúceho (Turček, 2007).

Medzi ďalšie, často zmieňované rizikové faktory patrí neúspech v škole a nízka miera spirituality (spiritualitu možno definovať ako konanie vyplývajúce z oddaného vzťahu k tomu, čo adolescent práve považuje za transcendentné) (Turček, 2007).

Rizikové osobnostné charakteristiky

Medzi rizikové osobnostné charakteristiky, ktoré môžu viesť k užívaniu drog, patrí nízke sebavedomie a sebahodnotenie, tiež nedostatok schopnosti a zručnosti čeliť tlaku rovesníkov, zdravotný handicap alebo poruchy správania, najmä potom agresívne a asociálne správanie, poruchy sústredenia. V neposlednom rade tiež pozitívne očakávania efektu drogy či zvedavosť a sklony experimentovať, dlhodobé prežívané emócie úzkosti, strachu, hnevu a stresu (Nešpor, 2011).

Paclt a Florian (1998) ešte dopĺňajú, že rozvoj drogovej závislosti sa často viaže na osoby, ktoré majú častejšie a hlbšie depresívne nálady, sklony k úzkostným reakciám, vyššie sebasledovanie, sebahodnotenie a očakávania rôznych chorôb a tiež neurotické ťažkosti či poruchu stravovacieho programu.

Vývojové riziko

Puberta, ako uvádza Janíková (2007), je synonymom dosiahnutia pohlavnej zrelosti a schopnosti plodiť (od 11 - 12 rokov do 14 - 16 rokov). Adolescencia je psychické a sociálne dospievanie, ktorého cieľom je dosiahnuť štatút dospelého (do 20 - 22 rokov). Dospievanie je ťažké obdobie plné náročných situácií, ktoré dospievajúcemu komplikujú jeho sociálnu úlohu a psychologickú istotu a ktoré musia riešiť:

- už nechce byť dieťaťom a ešte nevie byť dospelým,
- potrebuje nahradiť detský svet, ktorého bol stredom, novými sociálnymi väzbami,
- stojí pred mnohými rozhodnutiami (tabak, alkohol, drogy, sex ...), ktoré kladú nároky na jeho osobnú zodpovednosť,
- zisťuje, že existuje mnoho spôsobov, ako prežiť život,
- hľadá zmysel sveta, života a seba.

Langmeier (2010) nastolil tieto základné rozpory kritickej oblasti adolescencie:

- rozpor medzi fyzickou a psychickou zrelosťou
- rozpor medzi rolami a štatútom, očakávaniami a možnosťami
- rozpor medzi hodnotami mladej a starej generácie.

Na základe vyššie uvedených rozporov a kritických oblastí sa o období adolescencie uvažuje ako o kríze, v rámci ktorej môže mať užívanie návykových látok svoju špecifickú rolu, ako sa s krízou vyrovnávať. Obdobie dospievania je späté s nespokojnosťou, ktorá je prirodzená a môže jedinca motivovať k jeho ďalšiemu vývoju (Langmeier, 2010).

Nemusí tak tomu ale vždy byť, pretože existujú aj iné možnosti, ako nespokojnosť riešiť. Ďalším z možných spôsobov riešenia je tzv. deviantná adaptácia - inovácie, útek či rebelantstvo voči autoritám a nimi vyznávaným sociálnym normám (Langmeier, 2010).

To môže byť, v súvislosti s užívaním návykových látok, zapríčinené účinkami návykových látok, ktoré navodzujú príjemnejšie stavy vedomia. Pod ich vplyvom potom na jedinca prestávajú doliehať nespokojnosti, prestáva ich vnímať v ich skutočnej podobe a stráca motiváciu sa s nimi vysporiadať. Užívaním návykových látok sa tak jedinec zbavuje dôvodu pre vývoj od závislosti k slobode, od dieťaťa k dospelému (Langmeier, 2010).

3 LIEČBA A REHABILITÁCIA OSÔB SO ZÁVISLOSŤAMI

Hlavným ideálnym cieľom liečby je okrem minimalizácie ujmy na zdraví spôsobenej toxickými účinkami drog úplné a trvalé odstránenie závislosti. V liečbe osôb z drogových závislostí je vždy dôležitý komplexný postup zahŕňajúci psychologický prístup, úpravu sociálneho zázemia pacienta a eventuálne farmakologický prístup.

Liečba závislostí by mala byť pokiaľ možno dlhodobá a intenzívna. Dôležité je aj stanovenie správnej diagnózy, ktoré uľahčuje rozhodovanie o ďalšej liečbe. Pojem „ matching “ (Nešpor, 2003) zahŕňa komplexný pohľad na klienta a pri voľbe najvhodnejšej formy pomoci berie do úvahy nielen diagnostickú kategóriu, ale aj rad ďalších okolností. Pre výber správnej formy intervencie môžu podstatnú úlohu zohrávať rôzne psychologické charakteristiky klienta, jeho sociálna situácia vrátane schopnosti určitú formu liečby uhradiť, trvanie návykového problému, sieť sociálnych vzťahov, trestné stíhanie, štádium motivácie, vek, pohlavie, doterajšie skúsenosti z rôznymi liečebnými programami a ich prínos pre klienta, náboženské vyznanie, telesné zdravie atď.

3.1 Farmakoterapia závislostí

Farmakologická liečba návykových chorôb je neoddeliteľnou súčasťou liečebnej intervencie, možno ju rozdeliť nasledujúcim spôsobom:

- Medikácia podávaná cielene na závislosť, ako disulfiram, naltrexón, metadon a ďalšie. Pri vlastnej medikamentóznej terapii závislostí sú však určité názorové rozdiely, kedy Rotgers a kol. (1999) uvádzajú, že „farmakoterapia má pre liečbu závislostí ďaleko užší rozsah použitia ako psychoterapia“ v porovnaní s hodnotením Neruda a Nerudová (1999).
- Medikácia podávaná na zmiernenie škôd, ktoré vznikli pri užívaní návykovej látky, napr. hepatoprotektíva, čo sú lieky zvyšujúce regeneráciu pečene.
- Medikácie podávané klientom s duálnou diagnózou, ktorá je špecifická pre danú duševnú poruchu.

Psychoterapia s kombináciou farmakoterapie je u väčšiny pacientov overená ako najúčinnější, tu jasne záleží na psychopatológii liečeného jedinca. Symptomatiku niektorých vyššie uvedených stavov možno viac či menej ovplyvniť lieky. Sú aj stavy, kedy medikamentózna liečba je jediná možná, tzn. nemení sa spracovaním, ale podaním liekov a pomocou ďalších podporných prostriedkov.

3.2 Modely psychoterapie používané v praxi

Psychoterapia tvorí jeden zo základných článkov starostlivosti o drogovo závislé osoby. Nájdeme ju na všetkých úrovniach typov starostlivosti o závislé osoby. Pre psychoterapiu všeobecne nie sú vhodní pacienti v akútnej fáze ochorenia, napríklad intoxikácie či psychózy. Osoby s mentálnym defektom majú obmedzené možnosti pre ovplyvnenie psychoterapeutickými prostriedkami. Špecifickým znakom skupiny osôb závislých na návykových látkach je nižšia úroveň motivácie k zmene v určitých častiach liečby. Psychoterapia je v terapii drogových závislostí využívaná často a intenzívne, ale nie je jedinou a ani hlavnou formou pomoci. S úspechom sú používané rôzne ďalšie formy, napríklad výchovné pôsobenie, poradenstvo, krízová intervencia, praktická pomoc, rôzne záujmové a vzdelávacie kluby. Preto je veľmi dôležité stanovenie presnej diagnózy, spolu so skutočnými možnosťami a potrebami klienta (matching), s úrovňou jeho motivácie k spolupráci, s ohľadom na fázu, v ktorej sa klient nachádza.

3.2.1 Individuálna psychoterapia

Predstavuje jednu z možností liečby závislostí. V súčasnom systéme liečebnej starostlivosti je ďaleko viac využívaná skupinová psychoterapia. Individuálna psychoterapia môže prebiehať v rámci ústavnej aj ambulantnej liečby.

Hlavnou indikáciou individuálnej terapie v liečbe závislostí je (Miovský, Bartošíková, 2003):

- ohrozenie zvládnutia štandardného liečebného programu u klienta inak motivovaného tento program dokončiť
- zrelosť a motivovanosť klienta vstúpiť do terapie na účely osobnostného rastu

Vo vzťahu k potrebám klientov a vo vzťahu k aktuálnej situácii je rozlišovaných niekoľko základných rovín individuálnej psychoterapeutickej práce (Miovský, Bartošíková, 2003):

- krízová intervencia - extrémna forma individuálnej psychoterapie
- podporná psychoterapia - zameraná na bezprostredné zvládanie záťaže, súčasťou môže byť aj práca na motivácii klienta
- motivačná psychoterapia - príprava vhodná motivácia klienta pre ďalšiu liečbu, systematická dlhodobá psychoterapia

3.2.2 Skupinová terapia

Skupinová psychoterapia je často využívanou metódou práce so závislými klientmi. Je však vhodná len v určitých fázach liečby a často jej predchádza individuálna práca s klientom najmä v oblasti motivovania klienta a prípravy klienta na vstup do skupiny. Skupinová psychoterapia môže prebiehať v rámci ambulantnej aj ústavnej liečby. Býva tiež dôležitou súčasťou doliečovacích programov.

Existujú pokusy o opísanie určitých spoločných rysov skupinovej psychoterapie závislých osôb (Nešpor, CSEM, 1996): vhodná je aspoň minimálne príprava pred vstupom do therapeutickej skupiny, väčšia štruktúrovanosť skupín, terapeut preberá väčšiu iniciatívu, najmä v začiatkoch práce skupiny, časté konfrontácie v skupine, slúži k spochybneniu a rozbitiu skorších rizikových postojov klienta, skupina by mala byť bezpečným miestom, kde je možné sa zveriť.

Ku skupinovej terapii patria aj svojpomocné skupiny, založené na vzájomnej pomoci ľudí s podobnými životnými osudmi.

3.2.3 Rodinná terapia a práca s rodinou

Metódy rodinnej terapie sú založené na myšlienke prospešnosti zapojiť do liečby blízke osoby klienta. Rodina môže byť zdroj masívnej patológie a početných problémov, na druhej strane tiež zdrojom emočnej podpory. Rodina, ktorá funguje, zmierňuje dopad nadmerného stresu a vzťahy v rodine často motivujú k liečbe a k pozitívnej zmene (Nešpor, CSEM, 1996).

Rodinná terapia sa odporúča tam, kde súčasné vzťahy, konflikty a nedorozumenia priamo prispievajú k užívaniu návykovej látky. Môže byť dôležitá aj v prípadoch, keď členovia rodiny nejakým spôsobom umožňujú jedincovi užívanie návykovej látky. Rodinná terapia môže byť využiteľná tiež v prípadoch snahy o presvedčenie závislého člena o nutnosti liečby. Môže tiež pomôcť ostatným členom rodiny, ktorí sú negatívne ovplyvňovaní správaním závislého člena (Rotgers, 1999).

V praxi sa najčastejšie stretávame s dvoma situáciami (Nešpor, CSEM, 1996). Prvá situácia zahŕňa spoluprácu s rodičmi maloletého alebo mladého dospelého pacienta, ktorý je najčastejšie závislý na nealkoholových drogách. Druhá situácia zahŕňa spoluprácu s partnerom alebo partnerkou dospelého pacienta, ktorý je najčastejšie závislý na alkohole. K typickým problémom v rodinách s dieťaťom závislým na návykových látkach patrí pseudoindividualizácia, zdanlivé osamostatnenie, ktorú opísal Haley. Dieťa odmieta autoritu rodičov, ale súčasne býva stále menej schopné sa o seba postarať a zlyháva v životných rolách. V tejto situácii sa odporúča pracovať s dieťaťom v systéme rodiny, čo dieťaťu paradoxne pomôže v neskoršom skutočnom osamostatnení. V rodinách, kde sa vyskytuje závislosť, je tiež častá triangulácia. Jedinec s návykovým problémom sa snaží uzatvárať spoločenstvo s jedným z rodičov proti druhému, s prarodičmi proti rodičom, s terapeutom proti rodine a s rodinou proti terapeutovi. Tým získava väčší priestor pre návykové správanie. Proti triangulácií sa odporúča zlepšenie komunikácie a tzv. „enmeshment“, oslabenie medziosobných a medzigeneračných hraníc. V liečbe návykových problémov sa používajú postupy známe z iných oblastí rodinnej terapie, ako je napríklad edukatívne pôsobenie, nácvik komunikácie, práca so životným štýlom rodiny, práca s motiváciou členov rodiny na prekonanie problému, zadávanie úloh alebo využitie terapeutických kontraktov medzi členmi rodiny (Nešpor, 2002).

3.3 Sociálna práca

Sociálna práca je aplikovaná spoločensko vedná disciplína, zároveň aj oblasť praktických činností, ktorej cieľom je odhaľovanie, vysvetľovanie, zmierňovanie a riešenie sociálnych problémov. Sociálni pracovníci pomáhajú jednotlivcom, rodinám, komunitám dosiahnuť spôsobilosti k sociálnemu uplatneniu, sociálna práca má v psychiatrii dlhoročnú tradíciu a uplatňuje sa v ústavnej aj ambulantnej starostlivosti (Kalina, Frouzová, 2008).

3.3.1 Sociálna rehabilitácia

Cieľom sociálnej rehabilitácie je znovu zaradenie závislého klienta do spoločnosti prostredníctvom (znova) nadobudnutých sociálnych a profesijných zručností a podporného sociálneho prostredia a vzťahov. Kľúčovou témou je zvládnutie sociálnych rolí, ktoré umožňujú úspešné začlenenie do spoločnosti, ponúka taký priestor k sociálnemu učeniu, ktorý obnovuje, znovu vytvorí alebo v niektorých prípadoch toto vytvára prvýkrát. Sociálna rehabilitácia predchádza liečbu, tvorí pre ňu základňu v rôznych formách a podielom zastúpenia sprevádza klienta celým procesom liečby a následnej starostlivosti. Sociálne aspekty celého procesu zmien sa s aspektmi psychologickými navzájom ovplyvňujú a prekrývajú, psychoterapeutická technika hrania rolí (táto technika sa využíva v terapeutických komunitách, doliečovacích centrách a pod.) ktorá okrem sebapoznávacej a interpersonálnej hodnoty môže byť použitá aj ako tréning sociálnych zručností zameraný napr. na rozvoj komunikačných zručností. Tu (znova) nadobudnuté zručnosti posilňujú pozitívne sebahodnotenie a súčasne vytvárajú aj lepšie predpoklady k zvládaniu rôznych sociálnych situácií aj vzťahov, kombinácia poradenských, tréningových a vzdelávacích aktivít ponúka k vytvoreniu potrebných zmien rad ďalších sociálno podporných služieb týkajúcich sa rozvoja profesijného vzdelania (sociálne terapeutická dielňa alebo chránené pracovné miesto), spôsob aktívneho trávenia voľného času v akceptujúcom spoločenstve (socioterapeutické kluby), alebo dočasné sociálne zabezpečenie v podobe chráneného bývania. Panuje všeobecná zhoda v tom, že čím dlhšie je kontakt klienta s psychosociálne orientovanou službou či svojpomocnou skupinou, tým trvalejších zmien klient dosiahne, trvá do 18 mesiacov. Princípom je nácvik zmien v postojoch a hodnotovej schéme, zvýšenie zodpovednosti voči sociálnemu okoliu, sociálna rehabilitácia nakoniec vedie klienta k seba prijatiu s vedomím svojich „čiernych i bielych“ miest, svojich kvalít aj limitov (Kuda, 2008).

4. RIEŠENIE PROBLEMATIKY ZÁVISLOSTI V RÔZNYCH KRAJINÁCH

V tejto kapitole sa bližšie pozrieme na pohľad národných legislatívnych systémov a budeme ich popisovať a porovnávať z pohľadu jednotlivých vybraných návykových látok.

4.1 Vývoj národných legislatív v EÚ v posledných rokoch

- Kanabis

V oblasti legislatívy týkajúcej sa kanabisu došlo v dvoch krajinách k reklasifikácii konope.

Obom prípadom bola venovaná značná mediálna pozornosť, aj keď nie vždy boli zverejňované informácie presné. Belgicko prostredníctvom dvoch právnych predpisov - vyhlášky a smernice pre štátne zastupiteľstvo, ktoré do existujúceho právneho rámca vniesli niekoľko zmien, z ktorých najzávažnejšie je zrejme zaradenie produktov z konope do inej právnej kategórie ako ostatné drogy. Bola vytvorená nová kategória trestných činov, takže dospelaj osobe, ktorá sa prvýkrát dopustí trestného činu držania konope pre osobnú potrebu, ak nebude súčasne naplnená skutková podstata verejného pohoršenia alebo problémového užívania, bude iba uložená pokuta a povinnosť hlásiť sa na políciu. Smernica pre prokuratúru vykladá množstvo konope dostatočné pre osobnú potrebu ako najvyšš 3 gramy alebo jednu rastlinu. Verejné pohoršenie však môže byť trestané odňatím slobody v dĺžke troch mesiacov až jedného roka a / alebo pokutou vo výške 5 000 až 500 000 EUR, pričom pri existencii prítušujúcich okolností, napr. držanie v prítomnosti maloletých, sú tresty prísnejšie.

Vo Veľkej Británii bolo konope a jeho deriváty v britskej typológii preradené z kategórie B, resp. A do kategórie C. V dôsledku toho sa maximálny trest za držanie pre osobnú potrebu znížil z piatich rokov na dva roky odňatia slobody, avšak držanie konope v akomkoľvek množstve zjavne zostáva aj naďalej trestným činom. Dva súvisiace faktory, teda maximálny postih za držanie s úmyslom podávania iným osobám a kvalifikácia držania konope ako trestného činu podliehajúceho trestu odňatia slobody, zostáva v dôsledku paralelnej legislatívnej úpravy v zásade nedotknutá. Avšak pokyny vydané britskou Asociáciou veliacich policajných dôstojníkov obsahujú odporúčanie, aby polícia za držanie zatýkala iba za istých konkrétnych okolností, napr. fajčenie na verejnosti alebo v prítomnosti maloletých. Aj naďalej by mali byť zadržované takisto osoby mladšie ako osemnásť rokov, aby bolo možné odovzdávať ich na liečenie. Belgicko aj Veľká Británia vo svojich právnych predpisoch alebo smerniciach výslovne upravujú problémové užívanie kanabisu, o ktorom sa v tejto správe pojednáva.

4.2 Stratégie EÚ v drogovej politike

Stimson (2003) uvádza, že súčasné drogové politiky spravidla tvoria tri široké stratégie:

- potláčanie ponuky (represia a regulácia)
- znižovanie dopytu (prevencia a kauzálna liečba)
- minimalizácia rizika a škôd (terciárna prevencia a liečba)

Potlačovanie ponuky drog.

Cieľom je znížiť ich dostupnosť prostredníctvom potlačania ponuky. Intervencie sa zameriavajú na výrobu a distribúciu.

Znižovanie dopytu po drogách.

Cieľom je znížiť dopyt a tým predísť, zastaviť alebo znížiť užívanie, znížiť počty problémových užívateľov. Intervencie sa zameriavajú na užívanie drog.

Minimalizácia rizík a škôd z užívania drog (harm / risk reduction).

Cieľom je znížiť škody z užívania látok u jedincov a v spoločnosti. Preventívne a liečebné intervencie sa zameriavajú predovšetkým na rizikové spôsoby, ktorými sú drogy užívané. Harm reduction teda čelí populačným verejnozdravotným rizikám pomocou znižovania nepriamych individuálnych zdravotných rizík.

Znižovanie ponuky a dopytu je v konečnom dôsledku zamerané predovšetkým na zníženie užívania drog. Oproti tomu prístup harm reduction (explicitné stratégie a spoločenské hnutia, ktoré sa vyvinuli predovšetkým vo vzťahu k ilegálnym drogám), sa zameriavajú na riziká, ktoré môžu potencionálne viesť ku škodám. Podporuje menej rizikové správanie u osôb, ktoré návykové látky užívajú, a tak pomáha znižovať negatívny dopad ich užívania na jednotlivcov i celú spoločnosť. Všetky popisované prístupy a intervencie vo vzťahu k užívaniu drog totiž sledujú cieľ maximálnu možnú mieru predchádzať škodám u jednotlivcov a spoločnosti. Ak by sa podarilo dosiahnuť krátkodobých cieľov v oblasti prevencie, iste by to malo významný vplyv na prevalenciu užívateľov drog.

Prehľad nového vývoja protidrogovej politiky

- 26 z 29 krajín, vykonáva svoju drogovú politiku podľa národného plánu, stratégie alebo podobného dokumentu. Najväčšie názorové rozdiely panujú v otázke znižovania rozsahu spôsobovaných škôd.
- Nové národné protidrogové stratégie nadobudli účinky v siedmich krajinách: v Estónsku, Francúzsku, na Cypre, v Litve a Fínsku (2004), ako aj v Luxembursku (2005).
- Viac krajín teraz hodnotí pokrok vyhodnotením implementácii svojich stratégií. Prijatie dôsledných stratégií a zosilnené vyhodnocovanie viedlo v niektorých krajinách (napr. Maďarsku a Luxembursku) k nárastu výdavkov na protidrogovú politiku.
- V niekoľkých členských štátoch boli v roku 2003 a 2004 prijaté nové zákony, ktoré majú napomôcť zníženiu vystavenia mladých ľudí drogám (Česká republika, Dánsko, Španielsko, Lotyšsko, Maďarsko, Poľsko, Spojené kráľovstvo).
- V roku 2003 a 2004 niekoľko štátov prijalo zákony dotýkajúce sa otázky znižovania rozsahu spôsobovaných škôd (Francúzsko, Luxembursko, Fínsko, Spojené kráľovstvo a Nórsko).

- V roku 2003 a 2004 zmenili niektoré krajiny svoje tresty za užívanie kanabisu (Belgicko a Spojené kráľovstvo - nižšie tresty; Dánsko – vyššie tresty). V roku 2003 znížilo Grécko najvyšší trest za užívanie drog z piatich rokov na jeden rok, ale Maďarsko odstránilo trestný čin užívania drog zo svojho trestného zákonníka (hoci užívanie drog môže byť aj naďalej trestané podľa trestných činov získanie a držanie).
- Tresty sa vo všeobecnosti zvýšili za obchodovanie s drogami a za drogové trestné činy, ktoré ohrozujú nepľnoletých.
- Dve krajiny ohlásili návrhy zákonných opatrení týkajúcich sa drog na pracovisku (Fínsko a Írsko).

4.3 Drogová scéna v ČR

4.3.1 Vývoj českej nelegálnej drogovej scény

Priamo súvisí s vývojom ekonomicky- spoločenského systému v dobe komunistického režimu a po zamatovej revolúcii. Na začiatku 70 rokov 20 storočia začal vznikať aj u nás väčší dopyt po drogách. V tej dobe boli zaznamenané aj krádeže omamných látok z lekární. Po domácky sa začali vyrábať dve základné drogy a to pervitín a braun , ktoré neboli distribuované bežným tržným spôsobom, ale v rámci uzavretých spoločenstiev dodávateľov, výrobcov a zároveň užívateľov. Nekonvertibilná socialistická československá koruna spôsobila, že do zamatovej revolúcie v roku 1989 bola drogová scéna v českých podmienkach úplne závislá na domácej nelegálnej produkcii a nebol záujem o pašovanie a distribuovanie drog v zahraničí. Po roku 1989 sa v českých podmienkach objavovali nové drogy a drogový trh sa veľmi rýchlo zmenil na typický drogový trh pod organizáciou zahraničných gangov. S tým súvisí aj nárast drogovej kriminality. Na druhej strane začali vznikať organizácie, ktoré sa snažia pracovať s prevenciou alebo už s drogovými závislými (Hubinková a kol., 2008).

Od roku 2002 je situácia v oblasti užívania nelegálnych drog v ČR pomerne stabilizovaná. Miera užívania nelegálnych návykových látok je v ČR zhruba porovnateľná s ostatnými štátmi Európskej únie. Od roku 2002 rastie počet osôb, ktoré experimentujú alebo rekreačne užívajú extázu. Jedná sa hlavne o vekovú skupinu od 18 do 24 a od 25 do 35 rokov. Rastie taktiež užívanie lysohlávok a iných prírodných halucinogénov. Rozsah užívania konopných látok je dlhodobo na relatívne stabilnej úrovni. Rovnaká situácia je aj v prípade užívania opiátov a amfetamínu. Rozsah užívania opiátov a stimulácií je z dlhodobého hľadiska stabilizovaný. Čo sa týka alkoholu patrí

Česká republika dlhodobo ku krajinám s najväčšou spotrebou. Priemerná ročná spotreba stopercentného alkoholu sa pohybuje okolo 10 litrov na jednu osobu. (Radimecký, 2007)

4.3.2 Aktuálna situácia v rámci drogovej scény

Každý tretí občan v ČR má podľa poslednej výročnej správy o stavu vo veciach drog skúsenosť s nelegálnymi drogami. Najčastejšie použitou nelegálnou drogou v ČR sú konopné látky, ktoré niekedy v živote vyskúšala približne štvrtina až tretina a v posledných 12 mesiacoch približne desatina dospelaj populácie. Je viditeľný mierny pokles miery prevalence použitia konopných látok vo všeobecnej populácii vo veku 15 - 64 rokov najmä medzi mladými dospelými vo veku 15 - 34 rokov. Relatívne stabilná je medzi mladými dospelými aj prevalencia aktuálneho užívania extázy, pervitínu, kokaínu a halucinogénnych húb s tým, že zatiaľ čo v prípade pervitínu dochádza v posledných rokoch skôr k miernemu poklesu prevalence aktuálneho užívania, v prípade kokaínu je možné hovoriť skôr o miernom náraste. Z dostupných výsledkov celopopulačných štúdií vyplýva, že nelegálne drogu užilo niekedy v živote približne 30 – 40 % opýtaných vo vekovej kategórii 15-64 rokov. Najčastejšie išlo o konopnej látky (26 – 38 %), extázu (5 - 6 %), halucinogénne huby (4 – 5 %), pervitín (2 %) a kokaín (1 – 3 %). Ostatné nelegálne drogy vrátane psychedelik užilo 1 % populácie alebo menej. Skúsenosť s užitím nelegálnych drog majú častejšie muži. „Najvyšší počet problémových užívateľov drog je v Prahe a Ústeckom kraji, čiže v oblasti s možným výskytom problémových užívateľov opioidov,“ tvrdí Viktor Mravčík, vedúci Národného monitorovacieho strediska pre drogy a osoby. (Mravčík a kol. , 2018)

4.3.3 Financovanie protidrogovej politiky

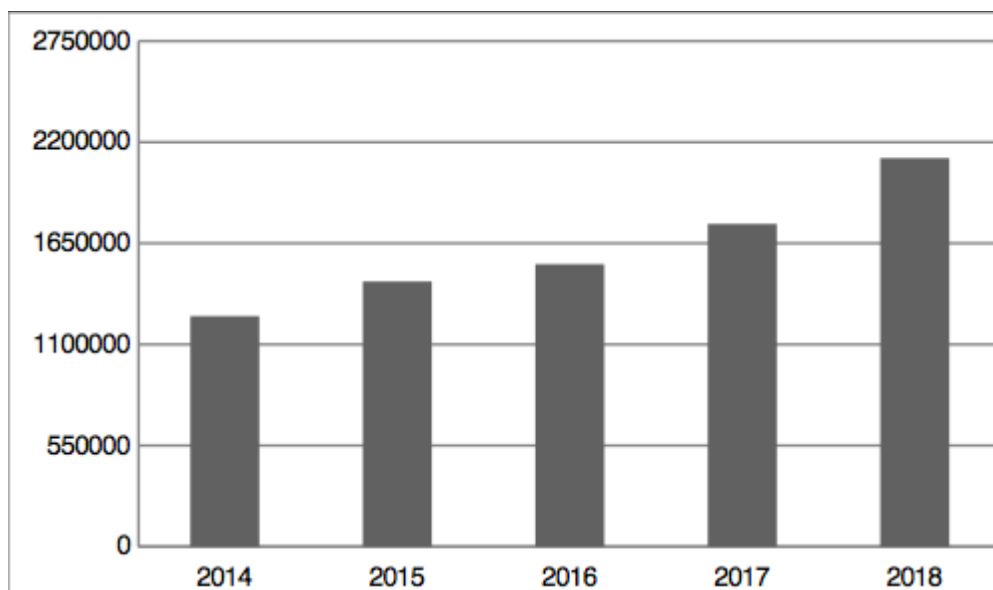
Politika v oblasti závislostí je financovaná z dvoch úrovní a to z úrovne centrálnej (štátny rozpočet) a z regionálnej (krajské a obecné rozpočty). Okrem verejných rozpočtov sú služby pre užívateľov drog a závislých osôb financované z verejného zdravotného poistenia a z európskych fondov.

Vo výročnej správe o stavu vo veciach drog v Českej republike sa uvádza , že v roku 2018 predstavovali výdaje na integrovanú protidrogovú politiku z rozpočtov štátnej správy a samosprávy celkom 2113,3 mil. Kč z toho výdavky štátneho rozpočtu 1762,7 mil. Kč a výdavky z rozpočtov samospráv 350,6 mil. Kč . V roku 2018 došlo k nárastu výdavkov na všetkých úrovniach a na všetky typy služieb a oblastí politiky v oblasti závislostí.

Výdaje štátneho rozpočtu sa medziročne zvýšili o 309,2 mil. Kč, z toho k najvyššiemu nárastu došlo u výdavkov Polície ČR, MPSV (o 84,4 mil. Kč) a RVKPP. Výdaje z miestnych rozpočtov (kraje a obce) sa súhrne zvýšili o 48,4 mil. Kč, najvýraznejšie narástli v krajoch

Královohradeckom (o 22,6 mil. Kč), Karlovarskom (o 9,3 mil. Kč) a Nitrianskom (O 4,8 mil. Kč), k medziročnému poklesu došlo v krajoch Olomouckom a Pardubickom (0,4 mil. Kč).

Výdaje zo zdravotného poistenia na liečbu porúch spojených s užívaním návykových látok v roku 2017 predstavovali 1798 mil. Kč (1818 mil. Kč v r. 2016), z toho na liečbu porúch spôsobených alkoholom bolo vydané 1195 mil. Kč a na liečbu porúch spôsobených ostatnými drogami 603 mil. Kč. Adiktologické (AT) programy z výdavkov zo zdravotného poistenia na liečbu porúch spojených s užívaním návykových látok čerpali 275 mil. Kč (270 mil. Kč v roku 2016). (Mravčík a kol., 2018)



Graf 1 Porovnanie výdajov protidrogovej politiky v ČR

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018

4.4.4 Súvisiace predpisy

Zabrániť šíreniu a zneužívaniu drog sa snažia všetky vlády prostredníctvom legislatívnej politiky, ktorá je potom prakticky naplňovaná v protidrogovej stratégii jednotlivých štátov, ale aj na úrovni medzinárodnej spolupráce. V Českej republike podľa zákona č. 167/1998 Sb. Zákon o návykových látkach a v znení niektorých ďalších zákonov, ktorý nabral účinnosť v roku 1999 môže byť držanie drog hodnotené ako priestupok či ako trestný čin s odňatím slobody na 2 až 5 rokov a hranice medzi priestupkom a trestným činom sa veľmi ťažko stanovuje. Zákon nerozlišuje medzi držaním drogy pre vlastnú potrebu či pre cudziu, ale všíma si predovšetkým toho, či držiteľ drogy neposkytuje nepľoetým (Hubinková a kol., 2008). Väčšina štátov má svoje protidrogové národné politiky. Národná stratégia protidrogovej politiky na roky 2019 - 2027 je kľúčovým dokumentom vlády Českej republiky, ktorý upresňuje protidrogovú politiku na základe aktuálneho stavu vedeckých informácií o fenoménu užívania drog a všetkých súvisiacich dôsledkoch.

Národná stratégia sa prioritne zameriava na témy ako posilnenie prevencie a zvýšenie informovanosti o negatívnych účinkoch užívania návykových látok, zabezpečenie kvalitnej a dostupnej siete adiktologických služieb, efektívnu reguláciu trhov s návykovými látkami, posilnenie riadenia, koordinácie a efektívne financovanie protidrogovej politiky. Špeciálnymi témami sú nadužívanie psychoaktívnych liekov, nadužívanie moderných technológií a problematika konope a kanabinoidov.

Hlavnými princípmi stratégie sú:

- európske hodnoty,
- integrovaný prístup v oblasti závislostí,
- vedecky overená účinné opatrenia a dobrá prax,
- vyvážený prístup medzi slobodou jednotlivca a ochranou spoločnosti,
- vyvážený prístup medzi vymáhaním práva a preventívnymi opatreniami,
- diferencovaný prístup podľa rizikovosti návykových látok,
- ciele dostupných zdrojov prioritne tam, kde hrozí najväčšie škody alebo kde možno očakávať najvyššie verejno-zdravotné zisky,
- zvýšená ochrana detí a mladistvých,
- koordinovaný postup,
- posilnenie úlohy samospráv,
- participácie odborných spoločností, poskytovateľov služieb určených osobám s adiktologickou poruchou, ďalších zodpovedných inštitúcií a klientov,
- spoločná zodpovednosť, racionálne, vyvážený a vedecky overený prístup v medzinárodnej kontrole drog. (Mravčík ,2018)

S ohľadom na problematiku predkladanej práce je potrebné spomenúť, že základným právnym predpisom, ktorý upravuje zákaz požívania alkoholických nápojov a zneužívanie iných návykových látok na pracoviskách zamestnávateľa a v pracovnom čase je zákonník práce.

4.5 Drogová scéna v SR

4.5.1 Národná protidrogová politika SR

Národná protidrogová stratégia Slovenskej republiky je definovaná ako základný strategický dokument Slovenskej republiky v oblasti protidrogovej politiky, ktorý vychádza z Protidrogovej stratégie Európskej únie na obdobie 2013 – 2020.

Národná protidrogová stratégia Slovenskej republiky na obdobie rokov 2013 – 2020 (ďalej len „NPS“) je v poradí piatym dokumentom vlády Slovenskej republiky, ktorým v roku 1995 položila základy národnej protidrogovej politiky a ktoré ďalej rozvíja a aktualizuje. Vláda Slovenskej republiky sa svojou protidrogovou politikou hlási k medzinárodným dohodám Organizácie spojených národov (ďalej len „OSN“) o drogách, k Politickej deklarácii o základných princípoch znižovania dopytu po drogách zo Zvláštneho zasadnutia Valného zhromaždenia OSN z júna 1998, k Politickej deklarácii a Akčnému plánu o medzinárodnej spolupráci, vedúcej k vytvoreniu komplexnej a vyváženej stratégie v rámci boja proti svetovému problému drog (Komisia pre narkotiká OSN, marec 2009), k záverom Dublinskej konferencie o podobe budúcej protidrogovej stratégie Európskej únie a k programu Svetovej zdravotníckej organizácie Zdravie pre všetkých v 21. storočí.

Slovenská republika (ďalej len „SR“) ako členský štát Európskeho spoločenstva pri tvorbe NPS rešpektuje všeobecný politický rámec a hlavné priority Európskej únie (ďalej len „EÚ“). V európskom kontexte na obdobie 2013 – 2020 určili členské štáty a inštitúcie EÚ rámec, účel a ciele protidrogovej stratégie, ktoré budú slúžiť ako východisko pre dva nasledujúce štvorročné protidrogové akčné plány EÚ. Spoločným základom národných stratégií a/alebo akčných plánov členských štátov je vyvážený prístup k znižovaniu ponuky drog a dopytu po drogách a preferencia hodnôt, na ktorých je EÚ založená: úctu k ľudskej dôstojnosti, slobodu, demokraciu, rovnosť, solidaritu, právny štát a ľudské práva.

NPS vychádza zo zásad, ktoré sú zakotvené v legislatívnom rámci SR. Cieľom je chrániť a zvyšovať blaho spoločnosti a jednotlivcov, chrániť verejné zdravie, poskytovať vysoký stupeň bezpečnosti pre širokú verejnosť a zabezpečiť multidisciplinárny, integrovaný, vyvážený a faktami podložený prístup k drogovej problematike.

Prostredníctvom priorít a opatrení, predovšetkým v oblasti nelegálnych drog, podporovaných a koordinovaných prostredníctvom tejto NPS, by sa mal do roku 2020 dosiahnuť celkový účinok v súvislosti s kľúčovými aspektmi drogovej situácie v SR. Tieto priority a opatrenia majú zaistiť vysokú úroveň ochrany ľudského zdravia, sociálnej stability a bezpečnosti, a to prostredníctvom uceleného, účinného a efektívneho vykonávania opatrení, intervencií a prístupov k zníženiu dopytu po drogách a ich ponuky na národnej úrovni, úrovni EÚ a medzinárodnej úrovni,

ako aj prostredníctvom minimalizácie potenciálnych neúmyselných negatívnych dôsledkov súvisiacich s vykonávaním týchto opatrení.

NPS poskytuje spoločný a na faktoch založený rámec pre riešenie drogovej problematiky v rámci SR i mimo nej. Stratégia poskytuje rámec pre spoločné a doplnkové opatrenia, zaisťujúc tak účinné a efektívne využívanie zdrojov investovaných do tejto oblasti, pričom zohľadňuje inštitucionálne a finančné obmedzenia a kapacity SR a inštitúcií SR.

Cieľom NPS je prispieť k zníženiu dopytu po drogách a ich ponuky v rámci SR, ako aj k zníženiu zdravotných a sociálnych rizík a škôd spôsobených drogami.

4.6 Rozhovory so zahraničnými závislými osobami

V nasledujúcej časti sme sa prostredníctvom rozhovoru so zahraničnými osobami snažili viac priblížiť drogovú politiku a situáciu v danej krajine. Vybrali sme si krajiny ako Veľká Británia, India, Španielsko, Taliansko a v neposlednom rade aj Slovenská republika. Tieto štáty sme vybrali na základe mojich osobných známostí, ktorý boli ochotný odpovedať na naše otázky.

Rozhovory prebiehali formou emailov s každým opýtaním zvlášť. Všetci opýtaní boli informovaný, že sa jedná o diplomovú prácu, a každý sa zúčastnil na základe dobrovoľnosti. Každého opýtaného som predom informovala, o akú tému sa jedná, a uistila som sa, že im nebude robiť problém, odpovedať na intímne otázky z ich života.

Rozhovor sa skladal zo 6 otázok na ktoré respondenti odpovedali:

- Z akej krajiny pochádzaš? (Táto otázka je vhodná na úvod, aby sme mali prehľad z akých krajín jednotlivci pochádzajú)
- Prečo si prvýkrát siahol po droge? (Otázka, má pomôcť priblížiť a ukázať dôvody, prečo často ľudia prvýkrát siahnú po droge, a ako sa k nej samotnej dostanú)
- Ako náročné je zohnať drogy v tvojej krajine? (Keďže, sme sa zaujímali o rôzne kultúry, táto otázka by mohla priblížiť drogovú scénu a dostupnosť, v každej krajine)
- Aký je postoj ľudí v tvojej krajine či rodiny k drogám? (Veľmi dôležitým aspektom, je spoločnosť v ktorej sa pohybujeme, a rodina ako základná jednotka spoločnosti, to je hlavný dôvod prečo som položila túto otázku. Vzhľadom na to, že mentalita obyvateľov, každej krajiny je odlišná, tak isto aj zvyky či tradície. Preto sa domnievam, že postoj a pohľad

spoločnosti či rodiny majú často veľký význam a môžu mať veľký vplyv na samotného jedinca)

- Aké su v danej krajine možnosti liečby? (Touto otázkou, som chcela zistiť možné rozdieli v liečebných praktikách, v každej krajine.)
- Ak si bol liečený ako to prebiehalo? (Posledná otázka nám môže konkrétnejšie popísať priebeh liečby, a teda aj možné odlišnosti medzi krajinami.)

4. 7. Rozbor odpovedi opýtaných

V tejto kapitole sú uvedené vypracované výsledky na základe prevedených rozhovorov. Všetky rozhovory a výsledny majú teoretický rámec.

Prepis všetkých rozhovorov sú uvedené v prílohach tejto práce. Sú uvádzané v slovenskom jazyku.

Krajina pôvodu

Opýtaní sú prevažne z Európy. Väčšinou z každej krajiny máme iba jedného odpovedajúceho. Veľka Británia, Slovensko, Španielsko. Z talianska odpovedali dvaja opýtaný jeden muž a jedna žena. Ďalej sa zúčastnil jeden opýtaný z Indie.

Dôvod prečo si prvý krát siahol po droge

Všetci opýtaní, odpovedali viac menej rovnako. Ku droge sa prvý krat dostali, vďaka svojim kamarátom a známym, ktorý im to ponúkli. Muž z Indie tvrdí, že to videl u viacerých kamarátov ako sa bavia, tak to skúsil sám, no na rozdiel od ostatných, mu to nikto priamo nenúkal.

Obtiažnosť zaobstarania drogy

Všetci opýtaní až na muža z Indie odpovedali rovnako. Možnosti zaobstarania drogy v ich krajinách je jednoduché. Niekedy to trvá dlhšie no vždy úspešne. Muž z Indie odpovedal viac menej podobne, je to možné, no často veľmi zložitú.

Postoje spoločnosti a rodiny k drogám

Žena z Veľkej Británie sa vyjadrila, že marihuana je tolerovaná majoritnou spoločnosťou. Podobne žena zo Španielska tvrdí o kokaine, vraj to spoločnosť nevníma ako veľký problém skôr prechodné štádium dospievania. Muž z Talianska tvrdí, že postoj spoločnosti k tejto problematike sa často líši na základe toho v akej oblasti bývajú, či je to mesto alebo dedina. Väčšina sa zhodla, že

spoločnosť v ich krajine, nemá rózne postoje proti drogám, skôr často je to viac benevolentné. Avšak opäť muž z Indie tvrdí, že v jeho krajine či spoločnosť či rodina, sú rózne proti a často jedinca odsúdia.

Možnosti liečby

Väčšina opýtaných na túto otázku, odpovedalo postojom, že pre nich liečba úplne nie je prijateľná, alebo ju ani nepotrebovali. Tým pádom sa moc nezaujímal o možnosti pomoci v tejto oblasti. Avšak žena z Veľkej Británie, ktorá bola aj liečená 7 mesiacov odpovedala, že vo VB sú možnosti od online intervencií až po privátne liečebne. Žena z Talianska sa vyjadrila na margo tejto otázky, že vie, že v Taliansku existujú rôzne pomocné skupiny a liečebné centrá.

Priebeh liečby

Väčšina opýtaných sa k tejto otázke ani nevyjadrili, keďže nepodstúpili žiadnu liečbu. Tí, ktorí áno odpovedali veľmi v skratke. Muž zo Slovenskej republiky, sa vyjadril, že jemu samotná liečba nepomáhala, pretože nikomu neveril. Pokiaľ sám nezmenil svoj postoj k danej problematike a neodišiel z krajiny preč. Žena z Veľkej Británie podstúpila náročnú 7 týždňovú hospitalizáciu.

Na základe rozhovor som zistila, že najčastejšia príčina prvého kontaktu s drogou, sú kamaráti, či známi. Často aj tlak skupiny či komunity, v ktorej sme. Rozhovory taktiež poukázali, že často samotná majoritná spoločnosť nemá zásadný problém s drogami, a skôr to berú ako obdobie v živote človeka, ktoré je normálne. Pokiaľ ide o možnosti liečby, sa domnievame na základe odpovedí, že práve skupina, postihnutá najviac, má najmenej informácií o možnostiach liečby. Preto by som navrhla väčšiu informovanosť aj v oblasti osôb s už vzniknutým problémom. Tieto výsledky nie sú podriadené výskumnému šetreniu, majú len teoretický základ.

5. Zahraničné výzkumy a porovnanie odpovedí opýtaných

V tejto kapitole, sme sa bližšie pozreli na pár zahraničných výskumov o možných príčinách závislosti, na postoje spoločnosti k drogovej závislosti a v neposlednom rade na možnosti liečby v iných krajinách sveta. Zároveň sme pridávali odpovede našich opýtaných. Odpovede opýtaných, môžeme pokladať len za zdroje teoretických informácií.

5.1 Možná príčina vzniku závislosti

Návrh, že drogová závislosť by mohla byť naučenou reakciou, by sa zdalo výhodné zvážiť pre lepšie porozumenie závislosti. Na základe klinického prieskumu závislosti sa dospelo k záveru, že rozsah a závažnosť závislosti, je závislá od miery, do akej ich konkrétna osobnosť môže tolerovať (tj. príznaky, ako je úzkosť, ktorá by sa objavila bez drogy), napríklad pacienti s frustráciou sú tí, ktorí sú viac závislí na drogách. Vývoj závislosti v skutočnosti značne závisí od osobnosti, forma závislosti viac od okolností a príležitostí, s ktorými bola daná osoba konfrontovaná. Tieto úvahy sú len teoretického rámca. (Walton, 1960)

Naše rastúce chápanie psychologických mechanizmov zahrnutých do prechodu z kontrolovaného na obvyklé nutkavé užívanie drog, charakteristický znak závislosti na drogách, sa spolieha na zvieranie modely, v ktorých základný behaviorálny konštrukt odráža niektoré z hlavných črt drogovej závislosti u ľudí, ako je napríklad hľadanie potravy. (Belin, 2011)

Už od pradávna sú rituály známe a spojené s užívaním návykových látok. Často samotný rituál nesie väčší význam než droga sama. Užitie niektorých drog je viazané na čas (slnovrat, spln) na miesto (uctievaná hora) či na osobu (šaman). Väčšina rituálov sa vykonáva v komunite. (Hampl, 2001)

Spěváček (2009) vo svojej diplomovej práci čerpá od Zinberga, ktorý prišiel vo svojej štúdií na to že všetci užívatelia drog, v určitej miere ritualizujú účinok aplikácie drog. Taktiež samotné zháňanie drog môžeme brať ako akýsi rituál.

Už od pradávna sú rituály známe a spojené s užívaním návykových látok. Často samotný

rituál nesie väčší význam než droga sama. Väčšina rituálov sa vykonáva v komunite. (Hampl, 2001)

Opýtaný odpovedajú, že zohnať drogu nie je až také zložité. Žena zo Španielska povedala: *Drogy v mojej krajine? to je tak jednoduché, ak vieš kam ísť a koho sa spýtať.* Podobne sa k tomu vyjadrila aj žena z Veľkej Británie: *Myslím si, že v UK ľahké drogy ako tráva je tolerovaná majoritnou spoločnosťou.*

S rituálnym a legálnym užívaním drog sa môžeme aj v dnešnej dobe stretnúť napríklad v Jemene, kde poobede mužská populácia prežúva kath. (Spěváček, 2009)

Na základe tohto, že droga je prítomná všade, a často je aj tolerovaná. Preto nás nemôže prekvapovať, že samotné zaobstaranie drogy je pomerne jednoduché.

Ako môžeme vidieť pokiaľ máte okruh známych a teda komunitu, vždy sa nájde možnosť ako sa k látke dostať. Podobnú odpoveď poskytol aj muž zo Slovenska: *Ak to je moc tak na otázku aké je ľahké zohnať drogy ...veľmi ľahké niekedy to trvá ale vždy sa zoženú.*

V našich rozhovoroch si môžeme všimnúť, že väčšina z opýtaných mala prvú skúsenosť s drogou v okruhu kamarátov, či známych. Často sa to spája s komunitou, a teda sa môžeme domnievať, že samotné užívanie nie je o požití drogy ako skôr udržanie si miesta v komunite známych. Ako uvádzame (viď. kapitole 1.2) už v dávnej dobe užívanie drog upevňovalo ich kultúrnu spolupatričnosť. Tak ako sa k tomu vyjadril aj muž z Indie: *ked' som videl akú dobrú náladu z toho majú som to tiež skúsil.* Môžeme si všimnúť, že aj v dnešnej dobe sú často ľudia ovplyvňovaní spoločnosťou v ktorej žijú. Žena z Talianska odpovedala, že jej kamaráti, ponúkli drogu. Tak isto aj žena aj žena zo Španielska sa vyjadrila, že *„Bola som na párty s mojím priateľom. Bola som opitá a mala potrebu väčšej zábavy. A on sa ma spýtal či chcem skúsiť niečo špeciálne čo pomôže nášmu vzťahu.“*

Naše otázky boli len čisto teoretického rámcu, avšak niektoré výskumy potvrdzujú, že práve okruh priateľov, či známych im dopomohol k skúsenosti s drogou.

Empirická podpora predpokladu, že rovesníci sú hlavnými určujúcimi činiteľmi užívania drog u dospievajúcich, sa do značnej miery odvodzuje od častého zistenia, že dospievajúci, ktorí uviedli, že ich priatelia užívali drogy, mali väčšiu pravdepodobnosť užívania drog sami. Tvrdí sa, že silná a dôsledná korelácia v užívaní drog priateľmi je prinajmenšom čiastočne spôsobená inými faktormi, ako je vzájomný vplyv. (Buman, 1994)

Všeobecne sa predpokladá, že vplyv rovesníkov je hlavnou príčinou skúšania drog u dospievajúcich. (Bauman 1996)

Dôležitosť vplyvu priateľa ako determinantu správania mladistvých bola odvodená predovšetkým z výskumu, ktorý opakovane preukazoval, že správanie priateľov je podobné. Homogenita medzi vrstovníkmi však môže byť spôsobená aj procesom výberu, kde si mladistvý vyberie a udržuje priateľov, ktorých správanie je podobné ich vlastnému. (Fisher, 1988)

5.2 Postoje spoločnosti k drogám a drogovým závislým osobám

Za posledných sedem desaťročí sa skúmali trendy v postojoch verejnosti k narkotikom. V porovnaní s verejným pohľadom v roku 1900 je narkoman považovaný za menej zodpovedného za svoje správanie a spoločenskému prostrediu sa dáva väčší význam. (Pattison, 1968)

Drogová závislosť sa často považuje za podkategóriu duševných chorôb a poisťovacie plány ich zoskupujú do rubriky „Behaviorálne zdravie“. Vzhľadom na výrazne odlišné názory verejnosti na drogovú závislosť v porovnaní s duševnými chorobami, môžu obhajcovia potrebovať odlišné prístupy k zníženiu stigmy a presadzovaniu verejnej politiky. (Barry, 2014)

V Spojených štátoch sa uskutočnil internetový národný prieskum, ktorého cieľom bolo porovnať postoje o stigme, diskriminácií, účinnosti liečby a politickej podpore v súvislosti s drogovými závislosťami. Američania v tomto prieskume, zastávali výrazne negatívny názor na osoby s drogovou závislosťou. Zistili, že väčšina má vysokú túžbu po spoločenskej vzdialenosti. Veľký podiel respondentov nebolo ochotných prijať do svojej rodiny osobu s drogovou závislosťou, alebo s nimi úzko spolupracovať. Respondenti by boli ochotní akceptovať diskriminačné praktiky voči osobám s drogovou závislosťou, boli veľmi skeptický voči akejkolvek liečbe, a často sa stavali proti praktikám zameraným na ich pomoc. (Barry, 2014)

Na základe týchto výskumov, ktoré prevádzali autori niekoľko desiatok rokov, môžeme vidieť že postoj spoločnosti voči osobám závislých na drogách, bol a naďalej je skeptický. Neberú tieto osoby, ako osoby choré, skôr na ne pozerajú ako na hrozbu. Avšak aj naďalej, sú niektoré drogy prijímané a rešpektované majoritnou spoločnosťou. Ako tvrdila žena z Uk: „drogy ako tráva je tolerovaná majoritnou spoločnosťou. Tvrďšie drogy to záleží.....niektorý ľudia to odsudzujú, iný

to milujú. Moja rodina bola vždy proti drogám, a dávali mi správny príklad”

Žena zo Španielska, zasa odpovedala, že :,, V mojej krajine napríklad ak berieš kokain, spoločnosť si nemyslí že nemáš nejaký veľký problém. Je im to jedno, myslia si, že je to obdobie pre zábavu.”

Avšak nemôžeme na všetko pozerat' celistvo. Na porovnanie muž z Indie odpovedal na túto otázku úplne odlišne, s tým, že v jeho krajine sa to nerešpektuje vôbec (*Je to ako veľká hanba pre rodinu ak by niekto o mne toto vedel.*)

Každá krajina sa v tomto líši, avšak často názory na osoby závislé sa zhodujú.

Verejné odporúčania týkajúce sa riešenia problému závislosti sa presunuli z trestných metód na lekárske ošetrovanie a sociálnu rehabilitáciu. Tieto zistenia sú v súlade so súčasnými zmenami v ľudovom pohľade na povahu človeka.(Pattison, 1968)

Aj keď zdravotníctvo v oblasti správania čoraz viac zdôrazňuje integráciu, výsledky naznačujú, že obhajcovia môžu potrebovať odlišné prístupy k postupnému znižovaniu stigmy. Uvádzajú, že prístup k redukcii stigmy je sľubný. Výskum HIV, podporuje názor, že zvyšujúce sa uznanie liečiteľnosti zo strany verejnosti môže znížiť stigmú a diskrimináciu osôb so závislosťou. Bolo by dobré pochopiť, že závislosť treba vykresliť ako liečiteľnú, tým môžeme znížiť stigmú medzi širokou verejnosťou, ktorá si zvykla vidieť mediálne zobrazenie neliečených jedincov s drogovou závislosťou ako nečestných, často bez domova a potenciálne nebezpečných. (Barry, 2014)

5.3 Možnosti liečby závislosti vo vybraných krajinách

Na základe zistení bolo zastavenie užívania drog významnou koreláciou s vysokou mierou sociálnej podpory. Zdá sa že poskytovanie vzdelávacieho programu rodinám závislých pre väčšiu podporu pacientov pri odvykaní bol priaznivý. (Jalilian, 2014)

Štúdiá v Južnej Afrike a ďalších krajinách s nízkymi a strednými príjmami, sa zaoberala otázkou, ako efektívne reagovať na vznikajúce epidémie závislosti na metamfetamíne. Zásah na zvýšenie využívania služieb pre osoby závislé by mal obsahovať hlavne aktívne vyhľadávanie užívateľov drog a budovať ich motiváciu ku liečbe a ponúkať služby nepretržitej starostlivosti, aby sa zabránilo recidíve. Potrebné sú aj vzdelávacie kampane v komunite. (Meade, 2015)

Akupunktúra preukázala klinickú účinnosť a relevantné neurobiologické mechanizmy pri vysadení opiátov. Klinické štúdie boli zriedkavé v prípade rastlinných liekov. Radix Puerariae preukázal najslubnejšiu účinnosť na alkoholizmus pôsobením prostredníctvom daidzínu. Peyote má tiež určité dôkazy o liečbe alkoholizmu medzi domorodými Američanmi. Tradičné bylenné liečby môžu komplikovať farmakoterapiu pri odvykaní od drog a prípadnej prevencii relapsu s menšími nákladmi a možno s menšími vedľajšími účinkami. Liečba akupunktúrou aj bylinkami vyžaduje testovanie ako doplnok na zníženie dávok a trvaní štandardných farmakoterapií. (Lu, 2019)

V posledných troch desaťročiach narastal záujem o akupunktúrnu liečbu zneužívania návykových látok na celom svete. V tejto oblasti možno identifikovať tri dôležité kroky.

Wen z Hongkongu bol prvým (1972), ktorý uviedol, že akupunktúra v 4 bodoch tela a 2 ušné body v kombinácii s elektrickou stimuláciou môže u závislých osôb zmierniť abstinenčné príznaky opiátov.

Druhým významným krokom bol Dr. M. Smith v New Yorku, vedúci National Acupuncture Detoxification Association (NADA) USA, ktorý dokončil protokol (1985), pričom na liečbu drogová závislosť.

Han v Pekingskej univerzite v Pekingu, ktorý charakterizoval protokol (2005), využíval elektrickú stimuláciu identifikovaných frekvencií v tele na zlepšenie príznakov abstinencie od heroínu a zabránenie recidívy užívania heroínu.(Cui, 2018)

Ako potenciálna liečba drogovej závislosti sa navrhuje fyzická aktivita a konkrétne cvičenie. V tomto prehľade diskutujeme o klinických a predklinických dôkazoch o účinnosti cvičenia v rôznych fázach procesu závislosti. Zatiaľ čo cvičenie vo všeobecnosti vytvára účinnú reakciu, určité cvičebné podmienky môžu byť buď neúčinné, alebo môžu mať škodlivé účinky v závislosti od úrovne / typu / načasovania vystavenia záťaži, stupňa závislosti, príslušného lieku a populácie pacientov. Počas začatia a ukončenia užívania drog môže byť jeho účinnosť spojená s jej schopnosťou uľahčiť dopaminergný prenos a akonáhle sa vyvinie závislosť, jej účinnosť môže súvisieť s jeho schopnosťou normalizovať glutamatergickú a dopaminergnú signalizáciu a zvrátiť liekmi indukované zmeny chromatinu prostredníctvom epigenetických interakcií s mozgovým neurotrofickým faktorom (BDNF) v dráhe odmeňovania. Stotožňujeme sa s budúcimi smermi, vrátane vývoja cvičebných zásahov samotných alebo ako doplnok k iným stratégiám liečby drogovej závislosti (Lynch, 2013)

Vplyv závislosti na verejnom zdraví, ktorý má vysokú mieru recidívy a obmedzenú účinnosť dostupných liečebných postupov, podnietil hľadanie alternatívnych terapeutických

prístupov. V nedávnej dobe sa obnovil záujem o antia návykový potenciál psychedelík. Spotreba ayahuascy, amazónskeho čaju s obsahom N, N-dimetyltryptamínu, prechádza bezprecedentnou expanziou. Rituálne použitie tohto nápoja získaného z *Banisteriopsis caapi* a *Psychotria viridis* v šamanských a náboženských kontextoch je v súčasnosti v Európe a Severnej Amerike populárne. Štúdie dlhodobých členov cirkvi ayahuasca v Brazílii zaznamenali prerušenie užívania drog po začatí užívania ayahuascy. Niekoľko centier, ktoré ponúkajú terapiu založenú na ayahuasca ako prostriedok na liečbu návykového správania, si vyžaduje vyššiu mieru úspešnosti ako tradičnejšie prístupy. (Bouso, 2014)

Vďaka týmto výskumom, kde každý sa zaoberá, inou formou liečby osôb závislých, v rôznych kútoch sveta. Každý výskum predstiera inú formu/metódu liečby. Väčšina výskumov, sa zaoberá rôznymi alternatívnymi možnosťami liečby. Na tento podnet sa môžeme domnievať, že primárne by sme mali prizerať na individualitu, každého jedinca zvlášť. Mali by sme sa zamerať na jeho potreby či záujmy. Na základe toho by sa mohla nastaviť možná a najviac vyhovujúca forma liečby. Preto sa domnievame, že veľmi dôležitý je hlavne holistický prístup.

Cestovanie za hranice kvôli zdravotnej starostlivosti. Je veľa dôvodov prečo si ľudia často vyberajú cestovanie za hranice kvôli zdravotnej starostlivosti. Najčastejší dôvod je, že je to podstatne lacnejšie a poskytuje to veľa možností. Jednotlivci, ktorý sa zaoberajú problémom zneužívania návykových látok, momentálne sledujú príklady v zahraničnom zdravotníctve. Skúmajú svoje možnosti v zahraničí a čoraz viac z nich sa rozhoduje že cestovanie za účelom liečby závislosti má zmysel.

Ako uvádza alcoholrehab.com benefity cestovania do zahraničia za účelom liečby závislostí sú:

- jednotlivec môže mať možnosti rekonvalescencie, ktoré nie sú dostupné doma. Niektoré medzinárodné rehabilitácie ponúkajú programy, ktorú môžu byť presne tým, čo jednotlivec potrebuje.
- pri cestovaní za liečbou do zahraničia, môže jednotlivec často nájsť lacnejšie možnosti, ako by našiel vo svojej domovskej krajine.
- sú jednotlivci , ktorí nechcú, aby ostatní ľudia vedeli o ich pobyte v rehabilitácii, a teda jeden zo spôsobov ako chrániť ich anonymitu, je cestovať do zahraničia (často nemusia používať ani svoje skutočné meno)
- je možné navštíviť zariadenie na exotickom mieste. Vstupom do obnovy jednotlivec buduje základ pre lepšiu budúcnosť, a zdá sa byť vhodné že to robí na osobitnom mieste.

- niektorí ľudia vnímajú rehabilitáciu v zahraničí ako odmenu za to, že urobili správnu vec.

Domnievame sa, že benefity liečenia v zahraničí sú naozaj veľké, vzhľadom na to, že práve veľa závislých jedincov a ich rodín má problém, práve s tým, ako na to bude reagovať okolie, a aká hanba je to pre rodinu. Presne ako uvádza muž z Indie: *Je to ako veľká hanba pre rodinu ak by niekto o mne toto vedel.* Na tomto príklade môžeme vidieť, že by mohlo byť jednoduchšie práve vycestovať za liečbou do zahraničia, kde je anonymita zaručená, a návrat domov môže potom byť ako veľké víťazstvo.

Taktiež často finančná stránka robí veľké starosti mnohým záujemcom o liečbu a ich rodinám. Nie každý má také možnosti, aby si mohli dovoliť liečbu.

Pokiaľ ide o liečbu závislostí, domnievame sa, že je potrebný individuálny prístup. Pretože, každý jedinec má za sebou iný príbeh, ktorý ho ovplyvnil, a iný pohľad na liečbu. Ako uvádza muž zo Slovenska : *Určite to pomohlo veľa ľuďom, to som si istý. Ale pre mňa by to boli iba prázdniny od fetu.*

Bohužiaľ väčšina jedincov v liečení, sú často len donútený okolnosťami. A ako náhle sú blízko domáceho prostredia v miestach, ktoré poznajú a majú známych je veľmi jednoduché dostať sa k drogám. Ale vycestovanie do zahraničia, do miest kde začíname od nuly, môže zabezpečiť aj väčší dištanc od nežiadúcich vplyvov.

Zároveň ako zmena miesta, ktoré jedinec môže poznať ako nový začiatok, môže prispieť k rekonvalescencii. Taktiež muž zo Slovenska spomína: *4 roky žijem v zahraničí kde som išiel nájsť sám seba, čo sa mi asi podarilo.* Preto sa domnievame, že aj toto môže mať blahodárny účinok na obdobie liečby.

Samozrejme aj taká liečby v zahraničí ma svoje nevýhody. Ktoré sa taktiež uvádzajú:

- pri zahraničnej rehabilitácii, sa môžu klienti obávať kultúrnych a jazykových problémov.
- jedinci, ktorí nikdy necestovali do zahraničia, môžu vnímať iné miesta ako nepriateľské či nebezpečné
- je možné, že náklady na cestovanie môžu byť vysoké, (ale nemusí to byť pravidlom, je dôležité aby, jednotlivec prepočítal, či je to správna cesta alebo nie)
- do niektorých krajín je potrebný určitý typ víz, a môže to jedinec vnímať ako veľké komplikácie. (avšak rehabilitačné centrum sa zakaždým snaží poradiť a prípadne pomôcť.)
- jedinec bude ďaleko od priateľov a rodiny
- existuje obava, že už byť triezvy zahŕňa veľké zmeny, takže pobyt v zahraničí môže túto zvláštnosť zvýšiť
- niektorí ľudia môžu mať pocit, že cesta do zahraničia na rehabilitáciu zvyšuje riziko

recidívy.

Každopádne, so všetkými ťažkosťami sa dá popasovať, alebo nájsť vyhovujúcu cestu riešenia. Avšak možnosť recidívy pri návrate do domovskej krajiny, nám príde ako najväčšia hrozba, s ktorou sa bude treba popasovať.

Samozrejme si myslíme, že aj poznanie nových krajín a teda aj vytvorenie novej komunity (to sme rozoberali vyššie) osobami z rôznych kútov sveta môže byť prospešné pri liečení. Poznanie nových kultúr, či spojenie rôznych kultúrnych rituálov, môže poskytnúť nové možnosti vytvorenia si nových rituálov pre ďalší život po liečbe, prípadne nám to môže poskytnúť nový pohľad či náhľad na daný problém.

Rozhodnutie odcestovať do zahraničia za účelom rehabilitácie môže mať veľký význam. Nie je to však voľba, ktorá bude vyhovovať všetkým, ale je to určite niečo čo niektorí ľudia budú chcieť zvážiť. Preto je dôležité ku jedincom pristupovať práve individuálne a prizerať na ich možnosti či potreby. Avšak sa domnievame, že pre veľa jedincov toto riešenie, môže byť veľkým prínosom či záchranou života.

Z tohto môžeme teda vyhodnotiť záver, že liečba závislostí, by mala byť hlavne postavená na individuálnom prístupe. Taktiež dávame týmto odporúčania a návrhy na ďalšie výskumné šetrenia. V prvom rade, zmapovať možnosti zahraničných liečební. Ďalej poskytnúť podnet, na ďalší teoretický či empirický výskum, či vlastne táto možnosť rekonvalescencie je úplne prospešná či vhodná, a pre akých jedincov. Ďalším podnetom pre možný výskum, by boli nástrahy pri návrate do domovskej krajiny a hrozba relapsu.

ZÁVER

V súčasnej dobe existuje mnoho druhov a foriem závislostí a je potrebné, aby s nimi spoločnosť bola dostatočne oboznámená. Mnohých ľudí sa dnes dotýka vývoj v oblasti závislostí a závislosť nelátková býva oproti tej látkovej veľmi zanedbávaná, a to aj napriek narastajúcemu počtu závislých jedincov. Zároveň pribúdajú ďalšie druhy a trendy. Bohužiaľ sa tento jav stáva pre spoločnosť prirodzený, hoci je jeho vývoj do značnej miery patologický. Prispieva k tomu aj rýchly vývoj moderných technológií, ktoré ovplyvňujú každodenné životy. Pravdou tiež je, že väčšina ľudí si život bez virtuálneho sveta nedokáže predstaviť.

V dôsledku vývoja nových drog (návykových látok) a ich vplyvu na utváraní nových typov závislostí je definovanie pojmu závislosť mnohokrát zložitejšia a vyžaduje ďaleko odbornejší prístup.

Závislosť je možné veľmi zjednodušene charakterizovať ako stav mysle, kedy je niekto podmienený okolnosťou či situáciou, o ktorej sa domnieva, že ju nevyhnutne potrebuje k svojej vlastnej existencii. Živé organizmy sú všeobecne závislé od dostatku potravy, vody, vzduchu atď. Závislosť je však mnohokrát vyvolaná tým, že danému jedincovi môže niečo nahrádzať. Sama o sebe môže predstavovať formu úniku pred niečím. Napríklad pri požívaní alkoholických nápojov človek prestáva myslieť na veci, ktoré ho sužujú. Rozvinutie závislosti je pravdepodobné u veľkej väčšiny látok, ale aj v správaní, ktoré dotknutým prináša určitú formu úľavy, potešenie, prípadne ho zbavujú bolesti. Avšak za predpokladu, že sa už tento prínos spája so značne negatívnymi dôsledkami na zdraví či na spoločenských vzťahoch a tiež pokiaľ jedinec postupne prichádza o schopnosť kriticky zvažovať možné riziká či prínosy, hovoríme už o tzv. patologickkej závislosti.

Liečba závislostí by mala byť pokiaľ možno dlhodobá a intenzívna. Dôležité je stanovenie správnej diagnózy, ktoré uľahčuje rozhodovanie o ďalšej liečbe. Hlavným cieľom liečby je okrem minimalizácie ujmy na zdraví spôsobenej toxickými účinkami drog úplné a trvalé odstránenie závislosti. V liečbe drogových závislostí je vždy dôležitý individuálny a komplexný postup zahŕňajúci psychologický prístup, úpravu sociálneho zázemia pacienta a eventuálne farmakologický prístup.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BARNARDOVÁ, M. 2011. Drogová závislosť a rodina. Praha: 2011. 202 s. ISBN 978-80-7387-3386-8

BEATTIEVOVÁ, M. 2006. Koniec spoluzávislosti. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2006. 275 s. ISBN 80-7162-631-7.

HARTL, P. - HARTLOVÁ, H. 2009. Psychologický slovník. Praha : Portál, 2009. 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

HUPKOVÁ, I. 2009. Úvod k prevencii nelátkových návykových chorôb. In Sociálna prevencia. 2009, č. 2. s. 3. ISSN neuvedené

HUPKOVÁ, I. – LIBERČANOVÁ, K. 2012. Drogové závislosti a ich prevencia. 1. vyd. 41 Trnava : Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity, 2012. 153 s. ISBN 978-80-8082-563-8

JANÍKOVÁ, B. 2007. Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence. Vyd. 1. Praha : Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. 159 s. ISBN 978-80-254-0525-3.

LANGMEIER, J. 2010. Dětská psychoterapie. 3. vyd. Praha: Portál, 2010. 431 s. ISBN 978-80-7367-710-7

MIŇHOVÁ, J. 2006. Psychopatologie pro právníky. 3. vyd. Plzeň : A. Čeněk, 2006. 134 s. ISBN 80-86898-70-9

NEŠPOR, K. 2000. Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby. Praha : Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.

NEŠPOR, K. 2007. Návykové chování a závislost. Praha : Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6

NEŠPOR, K. 2011. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 4.vyd., aktualiz. Praha : Portál, 2011, 173 s. ISBN 9788073679088.

PACLT, I. - FLORIAN, J. 1998. Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku. 1. vyd. Praha : Grada, 1998. 397 s. ISBN neuvedené

PEŠEK, R., NEČESANÁ, K. 2009. Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících : moderní metody pro nácvik psychosociálních dovedností zvyšujících sebedůvěru : vybrané klíčové dokumenty, výsledky aktuálních výzkumů, příčiny a vývoj užívání drog, motivace ke změně a léčba. Písek: Arkáda - sociálně psychologické centrum, 2009. s. 79. ISBN 978-80-254-

PEŠEK, R. 2018. Jak se zbavit závislosti na alkoholu. Praha, Pasparta Publishing, s. r. o., 2018. 114 s. ISBN 978-80-88290-02-5.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. A KOL. 2006. Dětská klinická psychologie. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.

STANČIAK, J. – NOVOTNÝ, J. 2011. Drogová závislosť a prevencia. Bratislava : Expol pedagogika, 2011. 113 s. ISBN 978-80-8091-240-6.

ŠLOSÁR, D. 2009. Drogová prevencia v sociálnej práci. Košice : Košický samosprávny kraj, 2009. 141 s. ISBN 9788097025182.

TURČEK, K. 2007. Diagnostika a terapia závislosti. Univerzita Mateja Bela : Banská Bystrica. 2007. 107 s. ISBN 978-80-8083-512-5.

WEST, R. 2016. Modely závislosti. Praha: Úřad vlády České republiky, 2016. 131 s. ISBN 987-80-7440-157-2.

SPĚVÁČEK, Jan. \textit{Vliv čaje na osoby s tendencí k závislostnímu chování} [online].

Olomouc, 2009 [cit. 2020-07-02]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/u8g1md/>>.

Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.

Vedoucí práce Miluše Hutýrová.

Travel Abroad for Addiction Treatment -. *Addiction & Drug*

Rehabilitation

Resources - Alcohol Rehab [online]. Copyright © 2008 [cit. 03.07.2020]. Dostupné

z: <https://alcoholrehab.com/drug-addiction-treatment/travel-abroad-for-addiction-treatment/>

<http://zákon.č.167/1998> zákon o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., TION LEŠTINOVÁ, Z., NECHANSKÁ, B., CIBULKA, J., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. 2019. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018 [Annual Report on Drug Situation 2018 - Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-237

Pattison, E.M., Bishop, L.A. and Linsky, A.S., 1968. Changes in public attitudes on narcotic addiction. *American Journal of Psychiatry*, 125(2), pp.160-167.

Barry, C.L., McGinty, E.E., Pescosolido, B.A. and Goldman, H.H., 2014. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65(10), pp.1269-1272.

Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y. and Everitt, B.J., 2011. Habit formation and compulsion. In *Animal models of drug addiction* (pp. 337-378). Humana Press.

Bauman, K.E. and Ennett, S.T., 1994. Peer influence on adolescent drug use. *American Psychologist*.

Bauman, K.E. and Ennett, S.T., 1996. On the importance of peer influence for adolescent drug use: Commonly neglected considerations. *Addiction*, 91(2),

Jalilian, F., Motlagh, F.Z., Amoei, M.R., Hatamzadeh, N., Gharibnavaz, H. and Mirzaei Alavijeh, M., 2014. Which one support (family, friend or other significant) is much more important to drug cessation. A Study among men Kermanshah addicts, the west of Iran. *J Addict Res Ther*, 5(174), p.2.

Fisher, L.A. and Bauman, K.E., 1988. Influence and Selection In the Friend-adolescent Relationship: Findings from Studies of Adolescent Smoking and Drinking 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 18(4), pp.289-314.

Lu, L., Liu, Y., Zhu, W., Shi, J., Liu, Y., Ling, W. and Kosten, T.R., 2009. Traditional medicine in the treatment of drug addiction. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 35(1), pp.1-11.

Cui, C.L., Wu, L.Z. and Luo, F., 2008. Acupuncture for the treatment of drug addiction. *Neurochemical research*, 33(10), pp.2013-2022.

Lynch, W.J., Peterson, A.B., Sanchez, V., Abel, J. and Smith, M.A., 2013. Exercise as a novel treatment for drug addiction: a neurobiological and stage-dependent hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), pp.1622-1644.

Bouso, J.C. and Riba, J., 2014. Ayahuasca and the treatment of drug addiction. In *The therapeutic use of ayahuasca* (pp. 95-109). Springer, Berlin, Heidelberg.

Meade, C. S., Towe, S. L., Watt, M. H., Lion, R. R., Myers, B., Skinner, D., Kimani, S., & Pieterse, D. (2015). Addiction and treatment experiences among active methamphetamine users recruited from a township community in Cape Town, South Africa: A mixed-methods study. *Drug and alcohol dependence*, 152, 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.04.016>

KURDLE, Stanislav. Historie užívání a zneužívání návykových látek. In: KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 83-88. ISBN 80-86734-05-6.

Escohotado, Antonio. Brief history of drugs. Rochester, Vt. : Park Street Press, 1999 (DLC) 99022763 (OCoLC)40954174 ISBN 9781594775796 1594775796

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha 1 - prepis rozhovorov

ZOZNAM ILUSTRÁCIÍ A TABULIEK

Graf

Graf 1 Porovnanie výdajov protidrogovej politiky v ČR

Tabuľka

Tabuľka 1 Odpovede ženy a muža z Talianska

ZOZNAM SKRATIEK A ZNAČIEK

atď.	a tak ďalej
ai.	a iné
a pod.	a podobne
ČR	Česká republika
EÚ	Európska únia
HIV	Human Immunodeficiency Virus
LSD	Diethylamid kyseliny lysergovej
napr.	napríklad
OSN	Organizácia spojených národov
SR	Slovenská republika
tj.	to jest
tzv.	takzvaný
Zb.	Zbierka
Z.z.	Zbierka zákonov

Príloha 1 - prepis rozhovorov

- **Žena z Velkej Británie**

„ Ahoj, volám sa Sylvia a som z UK. Môj úplne prvý krát kedy som skúsila drogu, bolo len zo zvedavosti. Bolo to v kruhu mojich priateľov, iba pre zábavu. Je to úplne jednoduché, môžeš ich zohnať kdekoľvek. Špeciálne v Londýne, miesto kde žijem. Myslím si, že to záleží od typu ľudí či spoločnosti v ktorej sa pohybuješ. Myslím si, že v UK ľahké drogy ako tráva je tolerovaná majoritnou spoločnosťou. Tvrdšie drogy to záleží.....niektorí ľudia to odsudzujú, iný to milujú. Moja rodina bola vždy proti drogám a dávali mi správny príklad. Ale bolo toho moc na mňa, a možno to je dôvod prečo som im možno chcela tým ublížiť? V UK môžeš nájsť veľa možností z NHS online až ku privátnym klinikám Ja som bola závislá a hospitalizovaná na 7 týždňov. Nebola to jednoduchá a príjemná cesta, ale určite cenná aby som žila normálny, šťastný život “.

- **Žena zo Španielska**

„ Prvý krát keď som skúsila drogu bola to náhoda. Bola som na párty s mojím priateľom. Bola som opitá a mala potrebu väčšej zábavy. A on sa ma spýtal či chcem skúsiť niečo špeciálne čo pomôže nášmu vzťahu. Tak som to skúsila. Môžem povedať bol to pekný zážitok. Drogy v mojej krajine? to je tak jednoduché, ak vieš kam ísť a koho sa spýtať. Samozrejme niekedy máte obdobie keď nie je dostatok pre všetkých. Nevieť možno veľký dopyt. V mojej krajine napríklad ak berieš kokain, spoločnosť si nemyslí že nemáš nejaký veľký problém. Je im to jedno, myslia si, že je to obdobie pre zábavu. Ja som tiež brala a moja rodina si myslela že je to iba obdobie puberty V skutočnosti o liečbe moc neviem. Viem že máme veľa možností na hospitalizáciu. Pár mojich kamarátov bolo hospitalizovaných. Ale pre mňa táto cesta nie je. Ja som sa rozhodla že chcem skončiť a skončila som. Teraz iba niekedy si zahúlim “.

- **Muž z Indie**

„ Som z Indie, štát Kerala, krajina patriaca Bohu. Kerala je totálne odlišná od ďalších častí Indie. Moje prvý krát, bolo iba zo zvedavosti a pre zábavu. A trochu adrenalínu. Na škole som zvykol iba fajčiť tabak. Keď som začal študovať na univerzite, stretol som pár chalanov, mali sme crew a ja som chodil s nimi von. Oni sem tam hulili trávu. Tak po pol roku, keď som videl akú dobrú náladu z toho majú, som to tiež skúsil. Prvý krát som nič necítil, druhý krát som sa veľmi smial, a zakaždým, tak som to začal milovať. Potom jeden môj kamarát ma zavolať, ísť k nemu domov si zahúliť pred robotou. Bolo to dosť silné, a nemohol som sa hýbať. Tak som si povedal už nikdy viac. Avšak po 3 dňoch som to skúsil znova a bolo to dobré. Vtedy som začal mínať na to peniaze a to bolo najhoršie. V mojej krajine nájsť a kúpiť tieto veci je trochu zložité, ale keď vieš ako, je to možné. Ale naisto to nie je tak jednoduché ako v Európe. Pretože tu je to ilegálne a to znamená naozaj veľké problémy. Tu v Indii je to trochu šíalené. Napríklad keď som doma, nemôžem fajčiť ani piť alkohol. Inak všetci by boli nahnevaný. A ak by moja rodina zistila že fajčím trávu, na isto by moja mama začala plakať a pýtať sa prečo práve jej syn je zlý chlapec. Potom by začal hrozny rozhovor s nimi. A som si istý, že by mi povedali, ak s tým neskončím oni odstránia moje meno zo zoznamu (každý dom ma zoznam mien, kto tam býva a ak ho odstránia je to ako vykopnutie z rodiny). Oni nikdy nepochopia, že tráva je nič v porovnaní s horšími drogami čo som kedy skúsil. Je to ako veľká hanba pre rodinu, ak by niekto o mne toto vedel. To je dôvod prečo som začal žiť tu vo Varkale ďaleko od môjho domova. Liečenie, naozaj neviem, nikdy som to neskúsil, ale ak by sa to stalo musí to byť skrývané. V inom prípade to znamená že život končí. Pretože je nemožné zohnať prácu alebo ženu a oženiť sa “.

- **Žena a muž z Talianska**

Žena a muž z Talianska odpovedali stroho, nechceli nám nič viac prezradiť.

Tabuľka 1 Odpovede ženy a muža z Talianska

žena	muž
<p>a) „kamaráti mi ponúkli b) jednoduché so správnymi kontaktami c) je to rôzne, niekto je totálne proti tomu, niekto je tomu otvorený. Niektorý berú príležitostne niektorý sú závislí d) pomocné skupiny, liečebné centrá “</p>	<p>a) „ bol som zvedavý a bolo jednoduché to zohnať a skúsiť s kamarátmi b) stredne, záleží či žijete v meste alebo na dedine c) všetci o tom hovoria v zlom ale každý skúsi nejakú drogu d) nikdy som to nepotreboval ani moji kamaráti, takže som si neni istý “</p>

Zdroj: vlastné spracovanie

- **Muž zo Slovenskej republiky**

„ Pochádzam zo Slovenskej republiky z malého mesta v strede Slovenska - Žiar nad Hronom, mám 31 rokov Všetko sa začalo veľmi dávno ako každý človek vždy chceš vyskúšať niečo nové nepoznané... Ako prvé to boli cigarety, ktoré si zabudol rodinný známy v aute môjho otca... s bratrancom sme si prvý raz zapálili ozajstnú cigaretu, bola to Lm červená, nevyfajčili sme ani polku a už sme sa krútili. Potom po týchto letných prázdninách som sa vrátil do školy kde zrazu všetci ako keby fajčili. Mal som okolo 10 rokov. Hrozné. Krátko na to sme začali skúšať alkohol, detaily nebudem hovoriť viete si predstaviť... hneď na to starší spolužiak prepadol k nám a začal nosiť gandžu / marihuanu. Mal som max 12 rokov... na dieťa v tom veku a vysokú potenciu to boli fakt zážitky. Najprv sme fajčili poza školu neskôr aj v škole. Ja som mal veľkú fantáziu s umeleckej školy tak som mával až akoby halucinácie. Takže na otázka prečo som siahol po drogách ? V mojom prípade to bolo tým že to prišlo do partie. A nebojím sa tvrdiť, že to je najčastejšia príčina. Pravda je že som mal veľké problémy s alkoholom v období od 13 do 16 rokov. Mohlo by sa to definovať ako alkoholizmus. Po prvé som nevedel kedy dosť, furt na mol po druhé, bolo to veľmi často... Je pravda, že v tom čase sa aj rozvádžali moji rodičia a to ma dohnalo. Až som to vystriedal za väčšieho pána piko. Začalo sa to v období strednej školy. Prvý krát som to mal u nás v meste asi, neviem presne. Nejako som sa potom začal spájať s ľuďmi a začali sme to riešiť raz za mesiac, neskôr raz týždeň, v mojom prípade až to prešlo

do skoro každodenného užívania ani nie že by som musel ale skôr som to chcel. Bolo jedno obdobie kedy som prestal užívať aj predávať. Keď som mal priateľku tá mi to zakázala a bola jediná, ktorú som počúval.. Neskôr ma nechala a odvtedy som sa spustil...bolo to hrozné obdobie bol som mimo a najlepšie je že všetci ti tvrdia že si mimo ale ty si presvedčený že si ok... Furt mi to ničilo život... bo sa snažíš prejsť každým dňom v núdzovom režime. Takže aj keď som mal kariérny postup som sa toho musel vzdať bo toho bolo veľa lebo som bol furt zničený bo som drogoval mimo práce a do práce som si dal vždy niečo aby som to zvládol. Takže konštantne nevyspatý .. poznám veľa ľudí čo takto dokážu fungovať celý život ...Ale ako by toho nebolo dosť, začal som hrať automaty. To bola smrteľná kombinácia - pervitín a automaty. Ak to je moc tak na otázku aké je ľahké zohnať drogy ...veľmi ľahké niekedy to trvá ale vždy sa zoženú...je to skaza....a zašlo to na svete tak ďaleko a profity sú tak vysoké, že je to nezastaviteľné. To ma dostalo na úplné dno a ešte hlbšie som zadlžený, že jediná možnosť je bankrot.. už 4 roky žijem v zahraničí kde som išiel nájsť sám seba čo sa mi asi podarilo.. drogy sú aj tu ale tu som prišiel na to že mám skoro 32 rokov, pol života preč a ja som za sebou nechal veľa spomienok a dlhov.... čo sa týka liečby.. jeden čas to bolo také zlé so mnou, že ma bonzol môj švagor, ktorí so mnou tiež fetoval 15 % času, mamine.. som mu za to vďačný..... bo maminu veľmi ľúbim.. tá sa mi potom snažila pomôcť.. otec to vedel už dávno ten pozná ľudí z ulice feťákov a tak, lebo mal krčmu a veľký rešpekt v meste... ale vravel, že je to môj život ale nech sľetovaný k nemu už nechodím.. Mamina ma prosila o liečbu ale ja sa poznám a vedel som aj od ostatných, že je to iba na tebe , v tvojej hlave ... je pravda že ma donútili skúsiť liečbu kde som dochádzal každý týždeň do Banskej Bystrice, avšak mne to nepomohlo, skôr som sa im vysmieval, a klamal, aj pri odovzdaní moču, lebo som ďalej fetoval, myslel som si že sú blbí a nič nezmôžu a mne sa pomôcť nedá. Určite to pomohlo veľa ľuďom, to som si istý. Ale pre mňa by to boli iba prázdniny od fetu... nemienil som prestať. Vďaka tým automatom to bol game over. Bola cesta byť veľmi zlý alebo ujsť lebo viem že v aktuálnom prostredí by som sa nedokázal zmeniť. Každý rok som sa vracal na Slovensko, nafetoval sa, prehral všetky úspory zo zahraničia a dookola ... toto bol prvý rok kedy som sa vrátil mal linku pred sebou a nedal si aj preto že som vedel že budem s rodinou zvyšné 2 týždne a veľmi ich milujem a sú to, čo má drží a poháňa vpred. A súcitím s tými, čo nemajú rodinu a musia sa spoľahnúť len na priateľov lebo to je veľmi divoká karta.... Mamina bola vždy pri mne a dala by hocičo aby mi to pomohlo.. A áno dala mi lásku a moja láska k nej, ktorú do mňa vštepovala celý život. Jedine má mrzí, že mi trvalo tak dlho si to uvedomiť skôr to začať, úplne cítiť ... “

