

VYSOKOŠKOLSKÉ SKRIPTÁ

Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave

DROGOVÉ ZÁVISLOSTI A ICH PREVENCIA

Ingrid Hupková

Kristína Liberčanová

2012

Trnavská univerzita v Trnave

© PhDr. Ingrid Hupková, PhD.

Mgr. Kristína Liberčanová, PhD.

Recenzenti:

prof. PhDr. Ing. Jozef Konôpka, CSc.

PhDr. Peter Szeliga, PhD.

Jazyková úprava: PaedDr. Ľubomír Rendár, PhD.

Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity 2012
ISBN 978-80-8082-563-8

OBSAH

Predhovor.....	7
1 Základné pojmy súvisiace s problematikou drog (Ingrid Hupková).....	8
1.1 Sociálna patológia a sociálnopatologické javy.....	8
1.2 Drogy – psychoaktívne látky a adiktológia.....	9
1.3 Niektoré prístupy k členeniu drog – klasifikácii drog.....	10
1.4 Užívanie drog.....	12
1.5 Drogová závislosť a znaky vymedzujúce závislosť.....	14
1.6 Fyzická a psychická závislosť, abstinčný syndróm a abstinencia, tolerancia a spoluzávislosť.....	15
2 História užívania drog (Kristína Liberčanová).....	18
2.1 Pravek.....	18
2.2 Starovek.....	19
2.3 Stredovek.....	20
2.4 Novovek.....	20
2.5 Novodobá história po súčasnosť.....	22
3 Príčiny užívania drog a typy motivácie vedúce k drogovému abúzu (Ingrid Hupková).....	27
3.1 Príčiny užívania drog a faktory vedúce k vzniku závislosti.....	27
3.1.1 Dedičnosť a osobnostné charakteristiky.....	31
3.1.2 Vplyvy prostredia.....	32
3.1.3 Prítomnosť drogy a jej charakteristiky.....	34
3.1.4 Vyvolávajúce situačné podnety.....	34
3.2 Typy motivácie drogového abúzu.....	35
4 Spôsoby a frekvencia užívania drog (Kristína Liberčanová).....	37
4.1 Kontinuum užívania.....	38
4.2 Kontinuum škôd.....	39
4.3 Spôsoby užívania drog.....	40
5 Klasifikácia a charakteristika vybraných skupín psychotropných látok (Kristína Liberčanová).....	42
5.1 Krátky prehľad prístupov k členeniu drog.....	42
5.2 Charakteristika vybraných skupín drog.....	45
5.2.1 Alkohol.....	45
5.2.2 Opioidy a opiáty.....	46
5.2.3 Konopné drogy.....	47
5.2.4 Farmaká s psychotropným účinkom.....	48
5.2.5 Psychomotorické stimulanciá.....	49
5.2.6 Halucinogény.....	50
5.2.7 MDMA a tanečné drogy.....	51
5.2.8 Tabak.....	52
5.2.9 Organické rozpúšťadlá (solvenciá).....	53
5.2.10 Ostatné typy drog a ich vzájomné kombinovanie.....	54
6 Vybrané nelátkové návykové choroby, tzv. „nelátkové závislosti“ a new addictions (Ingrid Hupková).....	57
6.1 Všeobecná charakteristika a vymedzenie tzv. nelátkových návykových chorôb a tzv. new addictions.....	57
6.2 Spektrum vybraných tzv. nelátkových návykových chorôb a tzv. new addictions.....	58
6.3 Poruchy príjmu potravy.....	59
6.3.1 Vymedzenie pojmu poruchy príjmu potravy, klasifikácia a stručný popis PPP.....	59

6.3.2	Niektoré spoločné znaky porúch príjmu potravy.....	62
6.4	Vymedzenie pojmu patologické alebo nezdržanlivé nakupovanie – schopingholizmus a jeho príznaky	62
6.5	Patologické hráčstvo – gambling	63
6.6	Sexuálna závislosť alebo tzv. závislosť na sexe a cybersex.....	66
6.7	Závislosti spojené s využívaním moderných komunikačných technológií – tzv. „komunikačné závislosti“.....	67
6.7.1	Internetová závislosť – (internet addiction) alebo problémové používanie internetu – (internet pathological use).....	67
6.7.2	Problémové užívanie mobilného telefónu ako jedna z foriem tzv. komunikačných závislosti.....	69
6.7.3	Niektoré znaky virtuálneho sveta komunikačných technológií	69
6.8	Podnety na preventívnu intervenciu pre tzv. nelátkové návykové choroby.....	70
7	Protidrogová politika – Európska únia a Slovenská republika (Ingrid Hupková)	72
7.1	Vymedzenie pojmu protidrogová politika, drogy ako globálny problém	72
7.2	Protidrogová politika Európskej únie.....	73
7.2.1	Hlavné črty európskeho prístupu k drogovej problematike – redukcia dopytu po drogách a redukcia ponuky drog	73
7.2.2	Akčný plán Európskej únie a spolupráca EU v drogovej problematike na medzinárodnej úrovni.....	75
7.2.3	EÚ a nové psychoaktívne látky a pomoc Systému včasného varovania (Early Warning System-EWS)	75
7.2.4	Národné observatóriá pre drogy a REITOX	76
7.2.5	Európske monitorovacie centrum pre drogy.....	76
7.3	Protidrogová politika Slovenskej republiky.....	76
7.3.1	Protidrogová politika Slovenskej republiky a Národný program boja proti drogám	77
7.3.2	Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009 – 2012.....	78
7.3.3	Hlavné subjekty realizácie protidrogovej stratégie.....	79
7.3.4	Národné monitorovacie centrum pre drogy (NMCD)	79
7.3.5	Vybrané aspekty financovania protidrogových aktivít v Slovenskej republike	80
8	Prevenencia drogových závislostí (Ingrid Hupková)	82
8.1	Vymedzenie pojmu prevencia.....	82
8.2	Členenie prevencie sociálnopatologických javov a členenie stupňov – úrovni drogových závislostí.....	83
8.3	Cieľové skupiny prevencie.....	87
8.4	Vymedzenie pojmov špecifická a nešpecifická prevencia, sociálna a edukačná prevencia.	88
8.5	Ciele prevencie.....	90
8.6	Kritériá účinnej a efektívnej prevencie	90
8.6.1	Kritériá efektívneho programu všeobecnej prevencie v školách	91
8.6.2	Zásady efektívnej primárnej prevencie a znaky efektívnych preventívnych programov.....	92
8.7	Vybrané charakteristiky nositeľov a adresátov primárnej prevencie.....	94
8.7.1	Deti a mládež ako adresáti primárnej prevencie v škole.....	94
8.7.2	Pedagógovia ako nositelia primárnej prevencie v škole	95
8.8	Niektoré nové výzvy pre prevenciu drogových závislostí	97
9	Vybrané právne normy týkajúce sa alkoholu, tabaku a iných drog v Slovenskej republike (Ingrid Hupková)	100

9.1	Vybrané právne normy na kontrolu a reguláciu tabaku v Slovenskej republike	100
9.2	Vybrané právne normy na kontrolu a reguláciu alkoholu v Slovenskej republike .	101
9.3	Vybrané právne normy na kontrolu a reguláciu drog v Slovenskej republike.....	103
10	Stručný prehľad dostupnej siete pomoci v prevencii závislostí v SR (Kristína Liberčanová)	106
10.1	Možnosti prevencie v rodine	107
10.2	Prevencia závislostí v rezorte sociálnych vecí a rodiny	109
10.3	Prevencia závislostí v rezorte školstva, kultúry a športu	112
10.4	Prevencia závislostí v rezorte kultúry	115
10.5	Prevencia závislostí v rezorte zdravotníctva	117
10.6	Prevencia závislostí v rezortoch vnútra a spravodlivosti	120
10.7	Prevencia závislostí na úrovni obcí a v činnosti neziskových organizácií.....	122
11	Využitie prístupu harm reduction v prevencii závislostí (Kristína Liberčanová).....	128
11.1	Ciele, princípy a stratégie harm reduction	129
11.2	Základné typy programov harm reduction	131
11.3	Špecifiká vybranej klientely harm reduction	137
11.4	Harm reduction v SR.....	138
12	Prevencia drogových závislostí u detí a mládeže v činnosti pedagogických a odborných zamestnancov (Kristína Liberčanová)	141
12.1	Možnosti a kompetencie pedagogických zamestnancov v prevencii závislostí v školách a školských výchovno-vzdelávacích zariadeniach.....	141
12.1.1	Prevencia závislostí v činnosti vychovávateľa	143
12.2	Možnosti a kompetencie odborných zamestnancov v prevencii závislostí v školách a školských výchovno-vzdelávacích zariadeniach.....	146
12.2.1	Prevencia závislostí v činnosti sociálneho pedagóga.....	146
	Záver	153

Predhovor

Učebné texty *Drogové závislosti a ich prevencia* sú určené pre študentov prvého stupňa vysokoškolského štúdia – bakalárskeho programu v študijnom odbore *sociálna pedagogika a vychovávateľstvo* na Pedagogickej fakulte Trnavskej univerzity v Trnave. Sú výsledkom tvorivej spolupráce asistentiek Katedry pedagogických štúdií Pedagogickej fakulty Trnavskej univerzity, ktoré sa mnohoročne profesijne venujú danej problematike. Vzhľadom na mnohostrannosť a rozsiahlosť fenoménu drog a širšie závislostného správania nebolo ľahké zhrnúť a obsahovo sumarizovať to najpodstatnejšie, čo je dôležité nielen pre teoretické poznanie, ale najmä to, čo je významné a kľúčové pre praktickú aplikáciu daných poznatkov do praxe sociálneho pedagóga a vychovávateľa.

Zaradenie predmetu *Drogové závislosti a ich prevencia* do študijného programu študentov denného aj externého štúdia považujeme za veľmi dôležité a nanajvýš opodstatnené. Sociálny pedagóg ako významný odborník v spektre pomáhajúcich profesií v rámci svojej *preventívnej kompetencie* má reálne možnosti prispieť k eliminácii toho nežiaduceho sociálnopatologického javu vo všetkých zariadeniach, kde pôsobí, a na všetkých úrovniach prevencie.

V snahe posilniť edukačnú funkciu učebného textu každá z dvanástich kapitol obsahuje jednak námety pre ďalšie hlbšie štúdium, a to odkazmi na použitú a citovanú literatúru, ale rovnako v závere každej kapitoly otázkami a úlohami smeruje študentov k spätnej väzbe overenia a porozumenia čítaného textu.

Prvá kapitola prináša *základné, s témou súvisiace pojmy v problematike závislostí* – ich vymedzenie. V druhej kapitole je popísaná stručná a sumárna *história užívania drog* od počiatkov ľudskej civilizácie po súčasnosť. V tretej kapitole prinášame vhlad do problematiky drog z hľadiska *príčin vedúcich k užívaniu drog* a popisujeme viaceré *typy motivácie vedúce k drogovému abúzu*. Ďalšia, v poradí štvrtá kapitola sa venuje *spôsobom a frekvencii užívania drog*. V piatej kapitole sa možno dočítať o *charakteristike jednotlivých skupín psychotropných látok*. Šiesta kapitola má väčší rozsah z dôvodu, že sa venuje *vybraným nelátkovým návykovým chorobám*. Obsahom siedmej kapitoly sú vybrané aspekty *protidrogovej politiky – Európska únia a Slovenská republika*. Jednou z najkľúčovejších a rozsahovo najobsiahlejších kapitol je ôsma kapitola pod názvom *Prevencia drogových závislostí*. Deviata kapitola sa zameriava na *vybrané právne normy týkajúce sa alkoholu, tabaku a iných drog* v Slovenskej republike. Desiata kapitola prináša sumárne *stručný prehľad dostupnej pomoci v systéme prevencie závislostí v SR*. Jedenásta kapitola prináša základné poznatky z oblasti *„harm reduction“* v *skúmanej problematike*. Posledná kapitola je zameraná na *Preveniu drogových závislostí u detí a mládeže v činnosti pedagogických a odborných zamestnancov so zacielením na možnosti v práci vychovávateľa a sociálneho pedagóga*.

V Trnave 31. 8. 2012

Za autorky Ingrid Hupková

1 Základné pojmy súvisiace s problematikou drog

Jedným zo základných predpokladov profesionálneho prístupu v komunikácii o drogách je aj terminologické vymedzenie základných, s témou súvisiacich pojmov. V snahe o širší pohľad na problematiku uvádzame definície a vymedzenia viacerých autorov, vrátane prístupu WHO (Svetovej zdravotníckej organizácie) k **vybraným pojmom**, ako sú *sociálna patológia*, *sociálnopatologické javy*, *konkretizujeme vybrané sociálnopatologické javy vrátane užívania drog a drogovej závislosti* a niektoré z tzv. nelátkových závislostí. Ďalej sa zameriame na *psychoaktívne látky – drogy* a vedný odbor *adiktológia*, poukážeme na *niektoré prístupy k možnému členeniu drog*, *poukážeme na užívanie drog*, *zadefinujeme pojem drogová závislosť a opíšeme znaky vymedzujúce závislosť*. Ďalšími, s drogami súvisiacimi pojmami, na ktoré sa zameriame, sú *vymedzenie fyzickej a psychickej závislosti*, *abstinenčného syndrómu* a *pojem kodependencia – spoluzávislosť*. Z dôvodu, že pôsobenie sociálnej pedagogiky je najmä v oblasti *prevencie*, detailne sa celej oblasti prevencie budeme venovať v kapitole 8.

1.1 Sociálna patológia a sociálnopatologické javy

Sociálna patológia ako odborný pojem má viacero významov. Je zrejmé, že ňou niektorí odborníci označujú jednak *vednú disciplínu*, jednak *študijný predmet*, ale rovnako a pravdepodobne asi najfrekvencovanejšie týmto pojmom *vymedzujeme spoločensky nežiaduce, chorobné javy spoločnosti*. Ak by sme chceli prostredníctvom definície vymedziť sociálnu patológiu, môžeme ku príkladu uviesť P. Ondrejkooviča, ktorý sociálnu patológiu definuje ako „*súhrnný pojem pre označenie chorých, nenormálnych, všeobecne nežiaducich spoločenských javov. Patria sem aj sankcionované formy deviantného správania, ako aj štúdium príčin ich vzniku a existencie*“ (Ondrejkoovič, 2001, In: Kraus a Hroncová, 2007, s. 9).

Autori Hartl, P. – Hartlová, H. v Psychologickom slovníku (2000, s. 401) uvádzajú, „*že sociálna patológia je starší výraz pre odvetvie sociológie, ktorá sa rozvíjala v Anglicku na začiatku 20. stor. a zaoberala sa priebehom a podmienkami abnormálnych sociálnych procesov, ako sú zločinnosť, alkoholizmus, pracovné úrazy, dopravná nehodovosť, sociálne podmienené psychické poruchy, chudoba, nezamestnanosť a ďalšie*. Predmetom záujmu sociálnej patológie sú sociálnopatologické javy (teda spoločensky nežiaduce javy), ale aj sociálne problémy spoločnosti. Sociálnopatologické javy sa odvodzujú od tzv. „normality spoločnosti“, čiže od štandardizovaného, očakávaného a vyžadovaného správania.

Ako v tejto súvislosti uvádzajú Fischer, S. – Škoda, J. (2010, s. 44) problematika závažných sociálnopatologických javov zahŕňa: *agresivitu a násilie, suicidálne správanie, zneužívanie psychoaktívnych látok, návykové a impulzívne poruchy, sociálnopatologické javy spojené s prostredím rodiny a kriminalitu a delikvenciu*. Ako uvádza I. Hupková (2009, s. 23 – 26) v súčasnosti do skupiny *nežiaducich spoločenských javov a sociálnych problémov* odborníci zaraďujú predovšetkým delikvenciu a kriminalitu; samovražednosť (suicídium); šikanovanie a agresivitu; prostitúciu a iné sexuálne deviácie (variácie); týranie, zneužívanie a zanedbávanie detí – syndróm CAN a rodovo (gender) podmienené násilie; xenofóbiu a rasizmus; ale aj **patologické závislosti** – (sem patria okrem drogovej závislosti aj hráčska závislosť a kultová závislosť). „*Novodobým fenoménom sú závislosti súvisiace s kultom tela – tanorexia – závislosť na opaľovaní a hnedej pokožke, závislosť na športovaní, ale aj poruchy príjmu potravy – anorexia, bulímia, záchvatovité prejedanie, ale aj bigorexia (závislosť na cvičení, raste svalov spojená s úpravou stravy a nezriedka spojená so*

zneužívaním anabolík či steroidov) a ortorexia (závislosť na zdravom životnom štýle spojená s konzumáciou výlučne iba biopotravín), ale aj iné s tzv. kultom tela nesúvisiace závislosti – závislosť na sexe (erotománia a nymfománia) vzťahové závislosti, patologické nakupovanie tzv. oniománia alebo schopingholizmus ale aj ďalšie tzv. komunikačné závislosti – chat, internet, mobil“ (Hupková, 2009, s. 23 – 26). Bližšie sa vybranými tzv. nelátkovými závislosťami budeme zaoberať v 6. kapitole.

Ako v tejto súvislosti uvádzajú B. Kraus a J Hroncová (2007, s. 11), do skupiny „nežiaducich spoločenských javov a sociálnych problémov patria aj chudoba; nezamestnanosť; dopravná nehodovosť a iné odchýlky“. Ďalší autori k sociálnopatologickým javom ešte priradujú aj bezdomovecť; rôzne formy extrémizmu; patologické subkultúry mládeže; rôzne formy sociálnych deviácií v školskom prostredí, akými sú záškoláctvo, krádeže a podobne. Českí autori hovoria o **rizikovitom správaní**, medzi ktoré okrem vyššie uvedených sociálnopatologických javov zaraďujú aj *sexuálne rizikové správanie* a niektoré formy adrenalínových športov. Vyššie uvedený výpočet sociálnopatologických javov zaiste nie je úplný. Ako sme už uviedli, sociálnopatologické javy sú iba odrazom spoločnosti, v ktorej žijeme. A preto aj v súčasnosti kopírujú našu konzumnú, na výkon orientovanú spoločnosť. Platí, že tak ako sa bude naša spoločnosť meniť, budeme zaznamenávať aj zmeny v oblasti sociálnopatologických javov, ale aj ďalších nežiaducich sociálnych javov.

1.2 Drogy – psychoaktívne látky a adiktológia

Slovo „droga“ má z lingvistického pohľadu jednoznačný pôvod v anglickom jazyku (angl. drug). Zodpovedá v podstate starému gréckemu výrazu „*pharmakon*“, ktorým sa označovali nielen liečivé prostriedky, ale aj jedy. Ako uvádza F. Novomeský (1996, s. 12) „v našom slovníku a literatúre sa pojem droga dobre udomácnil, väčšie problémy sú však s oficiálnou definíciou pojmu droga, kde ešte stále pretrvávajú isté terminologické nejasnosti či rozpory. Autor uvádza dve eventuality vnímania pojmu droga:

- *usušená upravená i neupravená surovina rastlinného alebo živočíšneho pôvodu, slúžiaca na výrobu liečiv alebo technicky dôležitých látok;*
- *omamný prostriedok*“.

Komisia expertov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) pre drogovú problematiku ustálila dosiaľ platnú a najčastejšie používanú definíciu drogy v nasledujúcom znení: „Droga je akákoľvek látka, ktorá po vstupe do živého organizmu je schopná pozmeniť jednu alebo viac jeho funkcií, pôsobí priamo alebo nepriamo na centrálny nervový systém a môže mať priznané postavenie lieku.“ (ibid., s. 12). Ako autor v tejto súvislosti ďalej dodáva, že „aj keď uvedená definícia nie je vyčerpávajúca, je veľmi výhodná pre svoje praktické použitie a pre potreby súdno-lekárskej praxe je vyhovujúca. Sú v nej obsiahnuté najmä také látky, ktoré nemajú oficiálne postavenie liečiv“ (ibid.).

Na porovnanie môžeme uviesť definíciu J. Presla (1994, s. 9), ktorý pod „drogou chápe každú látku (prírodnú či syntetickú), ktorá spĺňa dve základné požiadavky:

1. má tzv. psychotropný účinok t. j. nejakým spôsobom ovplyvňuje naše prežívanie okolitej reality, mení naše „vnútorné“ naladenie – jednoducho pôsobí na psychiku;
2. môže vyvolať závislosť, má teda niečo, čo pre nedostatok vhodnejšieho pomenovania niekedy označujeme ako „potenciál závislosti“.

Napokon v Psychologickom slovníku P. Hartl – H. Hartlová (2000, s. 122 – 123) uvádzajú, že podľa E. Urbana je droga látka, „ktorá je požívaná a zneužívaná pre zmenu nálady, vedomia, povzbudenie či tlmenie somatopsychických funkcií, ovplyvňuje biochemické pochody v mozgu, príp. v centrálnej i periférnej nervovej sústave, pri opakovanom užívaní vzniká možnosť závislosti“.

Posun v odbornej terminológii v tejto oblasti nastal okrem iného v tom, že pojem *toxikománia* nahradil predtým viac frekventovaný pojem *narkománia*, ktorý bol používaný v rovnakom význame. Uvedenú terminologickú náhradu pojmov považuje F. Novomeský (1996, s. 13) za správnu a vhodnú, pretože nie vždy ide o drogy s výlučne narkotickým, tlmivým účinkom.

E. Kolibáš a V. Novotný v tejto súvislosti upresňujú, že „*staršie názvy ako sú toxikománia, narkománia sa používajú zriedka z dôvodu, že sú nepresné*“ (1996, s. 7). Jap van der Steel (1998, s. 16) v novšej *Príručke prevencie* sa v tejto súvislosti zmieňuje, že „*v psychiatrickej terminológii sa pojem toxikománia nahrádza závislosťou.*“ Termín toxikománia je však často používaný verejnosťou a z tohto dôvodu ho mnohí odborníci naďalej používajú. Progresívne trendy v odbornej terminológii využívajú pojem ***závislosť od psychoaktívnych látok***, ktorú chápu ako psychickú poruchu prejavujúcu sa silnou túžbou po psychoaktívnej látke, opakovaným užívaním tejto látky a ďalšími pridruženými znakmi (bližšie znaky vymedzujúce závislosť, kapitola 1.5).

Pod *psychoaktívnymi látkami* (drogami, návykovými látkami) v súlade s Medzinárodnou klasifikáciou chorôb (MKCH – 10) možno chápať prírodné alebo syntetické látky, ktoré spôsobujú prechodné subjektívne príjemné zmeny v prežívaní života a ktoré sú schopné vyvolať závislosť.

Termín *psychoaktívne látky* odporúča používať aj *Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (EMCDD)*, a to predovšetkým z dôvodu, aby bolo možné do tejto kategórie zahrnúť aj *alkohol a tabak*, teda legálne drogy, ktoré však rovnako pôsobia na centrálnu nervovú sústavu. Túto skutočnosť by podľa európskych expertov mala mať na zreteli akákoľvek diskusia o prevencii, lebo užívanie akejkoľvek psychoaktívnej látky zvyšuje riziko užívania iných drog.

Adiktológia je podľa webového portálu [infodrogy.sk](http://www.infodrogy.sk) „*novokoncipovaný multidisciplinárny odbor, zameraný na liečbu, prevenciu a výskum užívania návykových látok, ako aj iných foriem potencionálne závislého správania, účinkov na jednotlivca a na spoločnosť a na sociálnu integráciu osôb, ktoré v dôsledku takýchto foriem správania trpia. Odbor vznikol v dôsledku postupne narastajúceho prepojovania nových poznatkov o príčinách a rozvoji závislostného správania z odboru medicíny, psychológie, sociológie a sociálnej práce. Adiktológia súčasne berie do úvahy aj poznatky z iných vedeckých disciplín, ako je ekonomika, právo, kriminológia, pedagogika, politológia, religionistika, kultúrna a sociálna antropológia. K štúdiu špecifických foriem ľudského správania s potenciálom vytvorenia závislosti, teda adiktológie, pristupuje v širšom výkladovom rámci štúdia kultúrnych, historických, sociálnych, ekonomických, environmentálnych a štrukturálnych podmienok a faktorov, ktoré ovplyvňujú správanie človeka*“. (<http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/SlovníkPojmov/reitox/>).

1.3 Niektoré prístupy k členeniu drog – klasifikácii drog

V odbornej literatúre sa stretávame s **viacerými prístupmi rôznych autorov k vymedzeniu druhov drogovej závislosti, ako aj s rôznymi kritériami ich klasifikácie.** Ako v tejto súvislosti naznačuje J. Lietava (1997, s. 19) „*jednotná klasifikácia drog naráža na problémy vyplývajúce z prílišnej chemickej, botanickej, fyziologickej a psychotropnej rozmanitosti jednotlivých zlúčenín. Každá droga má odlišnú schopnosť vyvolať závislosť, má odlišný účinok na organizmus a diferencovaný dosah na spoločnosť. Výsledkom toho je, že skupiny odborníkov členia preto drogy podľa vlastných kritérií*“.

Jedným z ***najfrekventovanejších prístupov*** ku klasifikácii drogových závislostí je kritérium členenia podľa ***druhu zneužívanej drogy a typu drogovej závislosti.***

Uvedieme základné typy drogových závislostí *podľa typu psychoaktívnej látky*, a to v rozsahu, ako ich uvádzajú E. Kolibáš a V. Novotný (1996, s. 19) alebo L. Okruhlica (1998, s. 40 – 41) či K. Nešpor (2000, s. 15). Táto klasifikácia je identická s klasifikáciou **Svetovej zdravotníckej organizácie MKCH-10** používa sa aj u nás a vymedzuje desať nasledovných duševných porúch a porúch správania – typov závislostí (označovaných ako diagnózy F 10 – F 19).

1. *závislosť od alkoholu*

2. *závislosť od opioidov (napr. heroínu, morfia)*

3. *závislosť od kanaboidov (napr. hašišu, marihuany)*

4. *závislosť od sedatív a hypnotík (napr. barbiturátov)*

5. *závislosť od kokainu*

6. *závislosť od iných psychostimulancií (napr. amfetamínu, pervitínu)*

7. *závislosť od halucinogénov (napr. LSD, meskalínu, lysohlávky)*

8. *závislosť od nikotínu*

9. *závislosť od prchavých látok (t. j. organických rozpúšťadiel, napr. toluénu)*

10. *závislosť od iných návykových látok, kde sú zaradované atypické a kombinované závislosti.*

Nespornou prednosťou a prínosom toho prístupu, ktorý je v súlade s pohľadom Európskej únie na problematiku, je, že pri členení sú medzi psychoaktívne látky zaradené aj tzv. **spoločensky tolerované drogy** – alkohol a nikotín.

Abúzus (zneužívanie) látok nevyvolávajúcich závislosť

Ako v tejto súvislosti uvádzajú P. Hartl a H. Hartlová (2000, s. 15) podľa MKCH-10 ide nadužívanie súboru liekov a prírodných prípravkov, ktoré možno rozdeliť do troch skupín:

1. psychotropné látky, ktoré nevyvolávajú závislosť, napr. väčšina antidepresív;
2. preháňadlá – laxatíva;
3. analgetiká predávané bez lekárskeho predpisu napr. aspirín, paracetamol a iné.

Patria sem aj látky, ako sú antacidá, vitamíny, hormóny a steroidy, rôzne prírodné a ľudové preparáty, teda ide o škodlivo užívané látky, ktoré na psychiku nepôsobia priamo, ale ich dlhodobé a neopodstatnené užívanie a nadužívanie môže viesť k škodlivým telesným príznakom, pri ktorých zákazy zamerané na neužívanie sa stretávajú s odporom užívateľa.

Rozdelenie drog a ich účinky

Zjednodušené členenie podľa prevažujúceho účinku drog:

• **Drogy s prevažne sedatívnym účinkom** – *alkohol a lieky* – barbituráty a nebarbiturátové sedatíva, hypnotiká – lieky na spanie (benzodiazepíny) Rohypnol, Dormicum, Diazepam, trankvilizéry a *inhalačné prostriedky so sedatívnym účinkom*.

• **Drogy s prevažne povzbudivým účinkom**

kokain, crack a amfetamíny (u študentov – zvýšenie výkonnosti a úrovne bdelosti a minimalizácia spánku na úkor pracuje duševne rýchlejšie s viacerými chybami, stráca sa chuť do jedla... Najčastejšie zneužívané sú metamfetamín (pervitín, speed), fenmetrazín.

• **Drogy s prevažne halucinogénnym účinkom**

Marihuana, LSD a syntetické drogy, MDMA a extáza, meskalín, magické huby napr. lysohlávka.

• **Drogy s prevažne narkotickým účinkom** – *heroín, morfium, ópim, syntetické narkotiká, metadon.*

Iným kritériom členenia, ktoré je možné v teoretickej rovine vymedziť, je podľa E. Kolibáša a V. Novotného (1996, s. 19) hľadisko príčin vedúcich k vzniku závislosti. Z tohto aspektu možno vyčleniť:

- **primárny typ závislosti**, pri ktorom je droga od začiatku užívaná pre príjemné euforizačné účinky. Najčastejšie sa tento typ vyskytuje u mladých ľudí a spája sa spravidla s tzv. nelegálnymi drogami;
- **sekundárny typ závislosti**, pri ktorom je droga spočiatku užívaná ako liek zmiernujúci ťažkosti (napríklad nespavosť, bolesti hlavy, napätie, úzkosť, bolesť a iné). Pri tomto type závislosti ide obvykle o ľudí v strednom a vyššom veku, často dobre spoločensky integrovaných.

Toto hľadisko však možno pokladať za veľmi povrchný, ba priam zjednodušený pohľad a práve so zreteľom na túto skutočnosť bol takýto prístup k členeniu, najmä v poslednom období, vystavený značnej kritike zo strany odbornej verejnosti. Rovnako je to pri **členení drog na tzv. mäkké a tvrdé**, odborne neuznávané kritérium členenia psychoaktívnych látok, ktorému sa venujeme v ďalšom texte.

Ďalším možným kritériom klasifikácie je **miera rizika vzniku závislosti**. Toto kritérium podľa J. Presla (1994, s. 10) slúži na členenie drog na **mäkké a tvrdé**, nazývané tiež ako **ľahké a ťažké** drogy. Príkladom **ľahkých drog** sú napríklad káva, tabakové výrobky, produkty konope (marihuana, hašiš), ale i alkohol – droga číslo jeden v našej spoločnosti. Uvedený prístup k členeniu však opäť možno považovať za **značne nepresný**. Nie je akceptovaný ani z pohľadu Európskej únie, ktorá z praktických dôvodov nerozdeľuje drogy na tzv. „tvrdé“ a „mäkké“. Ide okrem iného aj o dôvod, že v mnohých krajinách sú zreteľné tendencie rozlišovať drogy na základe **klasifikácie miery rizika**, a to ako vo vzťahu k jednotlivcovi, tak i vo vzťahu k spoločnosti.

Ako v tejto súvislosti uvádza J. Lietava (1997, s. 19) delenie drog na tvrdé a mäkké, prírodné a syntetické má vyslovene **orientačný charakter**. Autor v tejto súvislosti ďalej uvádza, že komisia odborníkov WHO hodnotila drogy a lieky zo **širšieho aspektu zameraného na prevenciu a praktické liečebné využitie**. Uvedená klasifikácia vychádza z myšlienky **diferencovanej kontroly** jednotlivých skupín liekov a drog a z **odlišného rizika ohrozenia verejného zdravia**.

Je zrejmé, že rôzne **drogy sú späté s rôznou mierou rizika**. Jedným z hlavných rizík je **možná strata sebakontroly** nad pôvodne občasnou konzumáciou a postupný vznik závislosti. J. Presl (1994, s. 10) uvádza, že „*práve toto riziko je prítomné pri každej droge, nevynímajúc ani spoločensky tolerované tzv. legálne drogy (alkohol, tabak, čaj, káva). Opačnou skupinou sú nelegálne drogy, ktorých držanie, užívanie a distribúciu spoločnosť netoleruje a postihuje zákonom*“.

1.4 Užívanie drog

V roku 1950 Znalci WHO – Svetovej zdravotníckej organizácie ako podstatné charakteristiky užívania drog špecifikovali:

- a) *neodolateľné želanie, nutkanie alebo potrebu pokračovať v užívaní drogy a snahu drogu získavať akýmkoľvek prostriedkami;*
 - b) *tendenciu zvyšovať dávky drogy;*
 - c) *psychickú a niekedy i fyzickú závislosť na účinkoch drogy.*
- J. Presl (1994, s. 9) k týmto trom charakteristikám pripája aj štvrtú
- d) *negatívne dôsledky na jednotlivca a spoločnosť.*

Všeobecne môžeme **užívanie drog** podľa E. Kolibáša a V. Novotného (1996, s. 7) rozdeliť na:

- a) **experimentálne** – vedené snahou po získaní nových zážitkov. Ide často o ľudí, ktorí sú nespokojní so svojou životnou situáciou, so svojím životom a majú tendenciu experimentovať s drogami. Subjektívne príjemný zážitok môže viesť k opakovanému užívaniu drogy;
- b) **rekreačné** – epizodické užívanie drogy, obvykle pri spoločenských udalostiach. Rekreačným spôsobom sa užíva napríklad alkohol, marihuana, kokaín, halucinogény a iné drogy;
- c) **symptomatické** – cieľom užívania psychoaktívnych látok je zmiernenie telesných alebo psychických ťažkostí alebo príznakov choroby (napríklad užívanie alkoholu pri úzkostných stavoch alebo analgetík pri bolestivých stavoch);
- d) **kompulzívne** – užívanie drogy je dôsledkom silnej nutkavej túžby po droge a je vlastne jedným z príznakov závislosti. Označuje sa angl. ako „craving“ – baženie.

Pri riešení problému drog máme najčastejšie na mysli tzv. problémové užívanie drog – t. j. užívanie drog spôsobom, ktorý významne zvyšuje riziko vzniku závažných a nepriaznivých telesných, psychologických či sociálnych dôsledkov pre užívateľa. Takéto chápanie zahŕňa nielen závislosť, ale tiež užívanie drog, ktoré aj keď nie je charakterizované ako závislosť, môže viesť k tomu, že užívateľ už vyhľadáva pomoc, alebo ktoré je spojené so zvýšeným výskytom závažných ochorení či úmrtí. Príklad: Problémové prvé užitie – nadužívanie alkoholu, ktoré súvisí s nepoznaním tolerancie na alkohol a s ním hroziace predávkovanie organizmu až smrteľné otravy.

F. Novomeský (1996, s. 13 – 14) v tejto súvislosti upozorňuje na skutočnosť, že „z hľadiska oprávnenosti užívania drogy možno v medicínsko-právnej rovine hovoriť o troch rovinách kontaktu človeka s látkami takéhoto charakteru:

- a) **Úzus**, ktorý znamená užívanie drog (resp. liečiv) v súlade s oprávnenými záujmami a potrebami jedinca i spoločnosti. Ide v podstate o užívanie liečiv či iných látok charakteru drog v primeraných dávkach v súlade s potrebami užívateľa podľa aktuálnych poznatkov lekárskej vedy. Ako v tejto súvislosti bližšie špecifikuje J. Lietava (1997, s. 15) je to vlastne „spôsob bežného užívania drog – stav, keď sa droga ojedinele užíva v súlade s prijatými spoločenskými konvenciami (napríklad pohár vína na prípitok)“.
- b) **Misúzus**, ktorý znamená užívanie drog (resp. liečiv) takým spôsobom, ktorý nie je v súlade s náhľadom medicíny na aktuálne potreby konzumenta. Ide obvykle o neprimerané prekračovanie terapeutických dávok liečiv, prípadne ich nevhodné laické kombinácie.
- c) **Abúzus**, ktorý označuje zneužívanie drog (resp. liečiv) predovšetkým ich nadmerným používaním do tej miery, že pri mladistvých je ohrozené dospievanie i vyzrievanie osobnosti, pri dospelých dochádza k nepriaznivému vývoju psychickej i fyzickej výkonnosti, ako aj manifestácii všetkých ďalších negatívnych javov, prameniacych zo zneužívania drogy.“ WHO definuje abúzus podľa J. Lietavu (1997, s. 15) ako „trvalé alebo sporadické užívanie drog, nesúvisiace alebo nezlučiteľné so vžitou medicínskou praxou“.

Pojem **úzus** v zmysle užitia či užívania je *problematické jednoznačne vymedziť*, keďže hranice jeho vymedzenia sú determinované sociokultúrnymi špecifikami. Možno však uviesť, že ide najmä o *použitie drogy v zhode s oprávnenými záujmami jednotlivca i spoločnosti – teda ako zvyklosť, mrav, obyčaj*. Vychádzajúc z uvedeného, pojem **abúzus** možno charakterizovať ako zneužívanie, t. j. *nadmerné užívanie drog či ich užívanie v nevhodný čas*. Termín abúzus označuje *spoločensky neakceptovateľné užívanie drogy*.

1.5 Drogová závislosť a znaky vymedzujúce závislosť

Ďalším zo základných a kľúčových pojmov je *závislosť*. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) doplnila v roku 1964 všeobecne zaužívaný pojem toxikománia ďalším špecifickým termínom „*drogová závislosť*“. Je zrejmé, že posun v odbornej terminológii v tejto oblasti vedie smerom k *postupnému upúšťaniu od prídavného mena drogová*, keďže najmä v poslednom období sme svedkami prudkého vzostupu tzv. „*nelátkových závislostí*“ (napr. *hazardné hráčstvo – gambling, závislosť od internetu, počítačových hier, závislosť od práce – workholizmus* a ďalšie).

K. Nešpor v súvislosti s definíciou závislosti uvádza dve základné vymedzenia – definície pojmu závislosť:

Ide jednak o *definíciu závislosti podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb – MKCH-10* a jednak o *definíciu závislosti podľa Diagnostického a štatistického manuálu Americkej psychiatrickej asociácie – DSM–IV* (2000, s. 13 – 15).

• **definícia závislosti podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb**, v ktorej experti WHO uvádzajú, že „*definitívna diagnóza závislosti by sa mala stanoviť iba vtedy, ak v priebehu roka dochádza k výskytu troch alebo viacerých z nasledovných znakov:*

1. ***silná túžba alebo pocit nutkania užiť látku – craving;***
2. ***problémy v sebaovládaní pri užívaní látky, a to ak ide o začiatok a ukončenie užívania alebo množstvo látky;***
3. ***telesný odvykací stav, pri ktorom je látka užívaná s úmyslom zmenšiť príznaky vyvolané predchádzajúcim užívaním tejto látky, prípadne dochádza k odvykaciemu stavu, ktorý je typický pre konkrétnu látku;***
4. ***vzrast tolerancie k účinku látky, zvyšovanie dávok látky, aby sa dosiahol účinok pôvodne vyvolaný nižšími dávkami (markantné príklady možno nájsť medzi jednotlivcami závislými od alkoholu alebo opiátov, ktorí môžu brať denne také množstvo látky, ktoré by zneslo alebo aj usmrtilo užívateľov bez tolerancie);***
5. ***postupné zanedbávanie iných záľub alebo záujmov v prospech užívanej psychoaktívnej látky a zvýšené množstvo času k získaniu alebo užívaniu látky, alebo zotavovanie sa z jej účinku;***
6. ***pokračovanie v jej užívaní napriek jasným dôkazom o zjavne škodlivých následkoch, poškodenie pečene nadmerným pitím alkoholu (depresívne stavy vyplývajúce z nadmerného užívania látok alebo toxické poškodenie mozgu)“.***

• **definícia závislosti podľa Diagnostického a štatistického manuálu Americkej psychiatrickej asociácie (DSM–IV)** uvádza, že

„*pre diagnózu závislosti by mal pacient vykazovať aspoň 3 zo 7 v ďalej uvedených príznakov v rovnakom období – v období jedného roka:*

1. ***rast tolerancie*** (zvyšovanie dávok, aby sa dosiahol rovnaký účinok, alebo pokles účinku návykovej látky pri rovnakom dávkovaní);
2. ***odvykacie príznaky po vysadení;***
3. ***prijímanie látky vo väčšom množstve alebo po dlhší čas, než mal človek pôvodne v úmysle;***
4. ***dlhodobá snaha alebo jeden či viac pokusov obmedziť a ovládať prijímanie látky;***
5. ***trávenie veľkého množstva času užívaním a obstarávaním látky alebo zotavovaním sa z jej účinkov;***
6. ***zanechanie sociálnych, pracovných a rekreačných aktivít v dôsledku užívania látky;***

7. **pokračujúce užívanie látky** napriek dlhodobým alebo opakujúcim sa sociálnym, psychologickým alebo telesným problémom, o ktorých človek vie a ktoré sú spôsobené alebo zhoršované užívaním látky“ (Nešpor, 2000, s. 14 – 26).

Všeobecne možno povedať, že odborníci, ktorí prijali tzv. **medicínsky model závislosti**, sa zhodujú, že v tejto súvislosti možno hovoriť o ochorení. Dôkazom prijatia tohto tzv. **medicínskeho modelu závislosti** od alkoholu a iných návykových látkach je zaradenie do vyššie spomenutého **Medzinárodného klasifikačného zoznamu ochorení**. Drogovú závislosť (závislosť od návykových či psychoaktívnych látok) môžeme v zmysle definície WHO, ako to uvádza aj I. Novotný (1999, s. 162), vymedziť nasledovne: **„Drogová závislosť je duševný a niekedy aj telesný stav vyplývajúci zo vzájomného pôsobenia medzi živým organizmom a drogou, charakterizovaný zmenami správania a inými reakciami, ktoré vždy zahŕňajú nutkanie brať drogu buď sústavne, alebo periodicky s cieľom prežiť jej psychické účinky alebo utlmovať nepríjemný pocit z nedostatku látky.“** Ako citovaný autor ďalej dodáva **„závislosť zjednodušene možno definovať ako stav, keď príjem drogy pôsobí slasť a vynechanie jej dávky do organizmu vyvoláva nepríjemné duševné alebo telesné príznaky“** (ibid.).

Uvedenú definíciu ďalej rozvíjajú P. Ondrejko a E. Poliaková (1999, s. 8 – 9), ktorí zdôrazňujú, že podľa Svetovej zdravotníckej organizácie definícia pojmu drogová závislosť túžbu po droge vymedzuje v štyroch nasledovných charakteristikách:

1. **„neprekonateľná žiadostivosť alebo potreba (nutkavého charakteru) pokračovať v konzumácii drogy a zadovažovať si ju akýmkoľvek spôsobom;**
2. **tendencia zvyšovať dávky konzumovaných látok;**
3. **psychická a všeobecne fyzická závislosť od účinkov, ktoré môže droga vyvolať;**
4. **zničujúci účinok“.**

Ako v tejto súvislosti autor uvádza **„závislosť je definovaná ako stav, ktorý vzniká opakovanou konzumáciou drogy, pričom užívanie drogy môže byť periodické (z času na čas) alebo kontinuálne“** (ibid., s. 8 – 9).

1.6 Fyzická a psychická závislosť, abstinenčný syndróm a abstinencia, tolerancia a spoluzávislosť

P. Ondrejko a E. Poliaková (1999, s. 9) uvádzajú, že v súvislosti s užívaním drog hovoríme najčastejšie o **psychickej a fyzickej závislosti**. **„O fyzickej závislosti hovoríme vtedy, ak je prerušenie konzumácie drogy sprevádzané príznakmi presne opačnými, ako sú tie, pre ktoré jednotliviec drogu vyhľadával a užíval. Mechanizmus vzniku fyzickej závislosti spočíva v prispôbovaní sa organizmu novej úrovni homeostázy v dôsledku konzumovania drogy a reakciami na prerušovanie tejto homeostázy. Psychická závislosť býva označovaná ako neodolateľné nutkanie a potreba pokračovať v konzumovaní drogy. Manifestuje sa správaním, v ktorom prevláda usilované vyhľadávanie drogy aj napriek tomu, že konzument vie o rizikách dopadu na svoje zdravie.“** Citovaní autori ďalej dodávajú, že psychická závislosť predchádza závislosti fyzickej a rovnako, že fyzická závislosť nemusí nastať vždy.

Abstinenčný syndróm

Syndróm náhleho odňatia drogy – tzv. **„abstinenčný syndróm vzniká ako pravidelný sprievodný jav tolerancie“** (ibid. s. 11). Jeho výskyt a intenzita závisia aj od stupňa vytvorenej závislosti a môžu mať veľmi mierny odznievajúci, ale aj veľmi silný a manifestný charakter, čo je podmienené viacerými okolnosťami.

Ako uvádza drogový informačný portál Úradu vlády, **„abstinenčný syndróm predstavuje prítomnosť nepríjemných fyzických a niekedy aj psychických príznakov, ak**

organizmus nie je intoxikovaný drogou. Abstinenčný syndróm predstavuje jednoznačný indikátor fyzickej závislosti.“ (<http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/SlovníkPojmov/reitox/>)

Abstinencia

S pojmom abstinenčný syndróm súvisí aj pojem **abstinencia**. J. Liba (2001, s. 5) v súvislosti s terminologickým vymedzením pojmu abstinencia uvádza, že „*abstinenciu môžeme charakterizovať ako zdržanlivosť, striedmosť. Ide o zložitý a diferencovaný mechanizmus viazaný na subjekt, na ktorý vplyvajú exogénne a endogénne činitele*“. Ako autor ďalej uvádza, „*v atmosfére celého radu vplyvov, tlakov a podnetov je abstinencia mimoriadne ťažká, realizovaná dvoma spôsobmi:*

• **abstinencia ako životný štýl** – je výsledkom pôsobenia väčšinou exogénnych činiteľov. Opiera sa o spolupôsobenie vzdelávania a výchovy, o vlastné skúsenosti, o životnú filozofiu rodiny, známych, o postoje a hodnotovú orientáciu, o motiváciu abstinujúceho.

• **abstinencia prijatá ako ochranný mechanizmus** – je výsledkom tak exogénnych, ako aj endogénnych činiteľov. Akceptácia abstinencie tu má zdravotné pozadie často súvisiace s ohrozením života tých, ktorí sa stali drogovo závislými alebo sú postihnutí chorobou, kde abstinencia determinuje jej zvládnutie. V tejto podobe je abstinencia životnou nevyhnutnosťou“.

V súvislosti s drogami a vznikom závislosti má význam aj vymedzenie pojmu **tolerancia**. Pod toleranciou rozumieme zníženú odpoveď organizmu na účinok drogy, ktorú musí užívateľ prijať, aby dosiahol rovnaký účinok. Platí, že sa celkovo zvyšuje sa dávka užitej drogy tým, ako klesá tolerancia.

Kodependencia – spoluzávislosť v drogovej problematike

V súvislosti s komplexným riešením problému drog a závislostí sa stretávame aj s pojmom **spoluzávislosť resp. kodependencia**. Š. Laskovská (2007, s. 163 – 165) uvádza, že „*kodependencia je pomerne nový pojem. Kodependencia je najbežnejšou formou závislosti, ktorou trpia ľudia. Je zapríčinená naším zameraním sa mimo seba do tej miery, že strácame kontakt so svojím vnútrom. Kodependencia je závislosť od smerovania inam, k inému*“. Keďže závislosť jedného člena rodiny postihuje celú rodinu, všetkých jej členov, platí aj to, že nik z nich si neuvedomuje, ako sa mení ich správanie, spôsoby komunikácie a postoje k jednotlivcovi postihnutom závislosťou. U príbuzných závislého sa postupne znižuje sebahodnotenie, skresľuje sa vnímanie reality až po jej popretie.

Š. Laskovská (2007, s. 163 – 164) autorka ďalej uvádza, že je možné vymedziť tieto **príznačky spoluzávislosti**:

1. „*spoluzávislá osoba je presvedčená, že je zodpovedná za uspokojenie potrieb závislého. Nevníma alebo potláča vlastné potreby;*
2. *sebavedomie spoluzávislej osoby je znížené, spojené so stálou snahou kontrolovať city, pocity iných aj svoje;*
3. *spoluzávislé osoby majú strach v situáciách veľkej intimity alebo situáciách odlúčenia. Nedokážu určiť hranice blízkosti s druhou osobou;*
4. *Spoluzávislí udržiavajú dlhodobý blízky vzťah so závislým a prijímajú jeho projekcie, akceptujú ich. Prijímajú jeho racionalizácie, čím mu pomáhajú popierať objektívnu realitu“.*

Otázky a úlohy:

1. *Definujte pojem sociálna patológia a uveďte päť príkladov sociálnopatologických javov okrem drogových závislostí.*

2. *Vymedzte prostredníctvom definície pojem psychoaktívna látka, vymenujte desať drog a určite názov odboru, ktorý sa zaoberá liečbou, prevenciou a výskumom užívania návykových látok.*
3. *V zmysle klasifikácie WHO (MKCH-10) vymenujte desať typov závislostí.*
4. *Uvedte aspoň dve kritériá vedeckého členenia – klasifikácie drog aj s príkladom*
5. *Vysvetlite, čo znamenajú pojmy úzus, misúzus a abúzus v súvislosti s užívaním drog.*
6. *Definujte kopojem drogová závislosť a uveďte znaky, prostredníctvom ktorých sa vymedzuje závislosť.*
7. *Je rozdiel medzi abstinenčným syndómom a abstinenciou? Ak áno, uveďte, v čom spočíva, ak nie – zdôvodnite.*
8. *Uvedte rozdiel medzi fyzickou a psychickou závislosťou.*
9. *Vysvetlite pojem kodependencia a pomenujte 4 príznaky, prostredníctvom ktorých sa spoluzávislosť vymedzuje.*

Zoznam použitej a citovanej literatúry:

- FISCHER, S – ŠKODA, J.: *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Grada Publishing, a.s. 2010. ISBN 978-80-247-2781-3, s. 40.
- HARTL, P. – HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X, s. 774.
- HUPKOVÁ, I.: Komunikačné závislosti v kontexte sociálnopatologických javov a osobnostné predpoklady, požiadavky na sociálne kompetencie realizátorov prevencie. In: *Vychovávateľ. Educatio*, ročník LVIII, 10/ 2009. ISSN 0139-6919, s. 23 – 26.
- KOLIBÁŠ, E. – NOVOTNÝ, V.: *Alkoholizmus a drogové závislosti.* Bratislava: Univerzita Komenského, 1996. s. 19.
- KRAUS, B. – HRONCOVÁ, J.: *Sociální patologie.* Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2007, 325 s. ISBN 978-80-7041-896-3
- LASKOVSKÁ, Š.: Kodependencia. In: *Psychiatria pre prax*, č. 4, 2007. ISSN 13359584, s. 163 – 165.
- LIBA, J.: *Zdravie drogy a drogová závislosť. Terminologické a výkladové minimum.* Prešov: Metodické centrum. 2001, 83 s.
- LIETAVA, J.: *Drogy v dejinách ľudstva.* Nitra: Uniapress International. 1997. 286 s. ISBN 80-8531-38-3
- NOVOMESKÝ, F.: *Drogy. História – medicína – právo.* Martin: Osveta, 1996. ISBN 80-88719-49-6, s. 12 – 20.
- NEŠPOR, K.: *Návykové správanie a závislosť.* Praha: Portál, 2000. ISBN 8073672677
- ONDREJKOVIČ, P. – POLIAKOVÁ, E. et al.: *Protidrogová výchova.* Bratislava: Veda SAV 1999. 356 s. ISBN 80-224-0553-1
- OKRUHLICA, Ľ. et al.: *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach.* Bratislava: CPLDZ, 1998. ISBN 80-968111-1-8, s. 40 – 41.
- PRESL, J.: *Drogová závislosť. Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-858000-18-7
- STEL, J.: *Príručka prevencie.* Alkohol, drogy a tabak. Bratislava: GSVMDZKD a Protidrogový fond, 2001. 150 s.
- www.infodrogy.sk (2012-07-07)

2 História užívania drog

Pri stanovovaní historického obdobia, v ktorom by jestvovali presvedčivé dôkazy o tom, že sa v nej vyskytovali užívatelia drog, prípadné známky nadužívania svedčiace o výskyte závislého správania, by sme sa hľadali onú substanciu – drogu.

„*Etnografické výskumy prírodne žijúcich národov a sociologický prieskum modernej populácie presvedčivo dokazujú, že príjem drogy nepodmieňuje dostupnosť istej špecifickej látky, ale skôr kultúrna potreba primitívnych spoločností alternovať vedomie alebo spoločenský postoj k drogám v industriálnej spoločnosti. Výsledkom tohto procesu je obrovský arzenál drog*“ (Lietava, 1997, s. 18).

Je preto pravdepodobné, že užívanie drog v minulosti a vznik závislostí boli tak ako dnes podmienené interakciou osobnosťou užívateľa, prostredím, samotnej drogy, frekvenciou jej užívania a momentálnou situáciou.

Dejiny ľudstva sú neprebádané a neustále sa posúvajú hranice poznania z období, keď človek vytváral stopy v histórii času. Čím staršie sú nájdené pozostatky jeho konania, tým ťažšie sa zakotvujú na historickej priamke dát. Ako uvádza Lietava (1997) pre ich lepšiu identifikáciu sa využívajú najmä:

- **archeologické pramene:** artefakty – predmety vyrobené človekom na určitý účel (sošky, maľby), ekofakty – prírodné predmety, ktoré nesú známky ľudského pôsobenia (zvyšky pestovaných rastlín),
- **pôvodné písomnosti** – v obdobiach, keď sa objavuje písmo (eposy, medicínske príručky o príprave niektorých látok a pod.),
- **záznamy nezúčastnených pozorovateľov** – denníky, kroniky niekedy, žiaľ, podfarbené fantáziou, ale i predsudkami či nedostatkom vzdelania laických etnografov.

2.1 Pravek

Prvé nálezy z obdobia praveku, pozostávajú z artefaktov, ktorých využívanie má rovnaké motívy ako u súčasného človeka (dokázať prežiť, byť úspešným, zdravým, obľúbeným). Len vzhľadom na podmienky, v ktorých žil, sa ich výber rôznil.

Svedčia o tom výskumné zistenia z paleolitu zo života neandertálcov. Podľa jaskynných malieb, ktoré vypovedajú o rozsiahlych **zraneniach** jedného neandertálcov a na základe analýzy pôdy hrobu s jeho pozostatkami, v ktorom sa našli *rastliny s liečebnými a stimulačnými účinkami*, možno usudzovať, že už ľudia v tomto období poznali účinky niektorých rastlín a vedeli ich využiť vo svoj prospech. Niektorí vedci dokonca uvádzajú i vplyv *halucinogénov z muchotrávok*, ktoré sa dajú identifikovať v maľbách lovcov z mladopaleolitického obdobia, pochádzajú z oblasti vo Francúzku.

Podobné zistenia nachádzajú vedci v mladšej dobe kamennej a bronzovej. Či už je to zvýšené zastúpenie *námeľa* (kyjaničky purpurovej) v obilí na Britských ostrovoch, či balíček *listov koky* v Južnej Amerike, alebo požuté listy koky v Ázii z mladšej doby kamennej. Objavujú sa i *rytiny a maľby psychotropných látok*, ktoré nemajú takú dôkazovú hodnotu, resp. ich obsah je ťažko preukázateľný. Ide hlavne o rytiny z bronzovej doby v oblasti Škandinávie, ktoré pripomínajú magické huby, často využívané **v pri kultúrnych a magicko-religiózných obradoch**.

I keď vznik náboženstiev nie je podmienený drogami, v práci „duchovných“ (šamanov, kúzelníkov...) sa vyskytuje používanie drog častejšie ako v iných oblastiach ľudskej činnosti. Hlavným dôvodom pre užívanie omamných látok bolo **navodenie tranzu**. Tento dôvod pretrváva v niektorých kultúrach dodnes, dokonca v niektorých sektách i v Európe.

Drogy sa v dávnych dobách neobmedzovali len na religiózne úkony šamanov, ale objavovali sa i v každodennom živote. Azda najčastejšie sa spája užívanie drog s poslaním bojovníkov a vojakov, hlavne na zvyšovanie bojaschopnosti, ale i **na znižovanie úzkosti z prehry a smrti**. Rovnako slúžili liečiteľom na uľavenie od bolesti a na medikamentózne účely. Lovci i roľníci od nepamäti používali rôzne *stimulanciá na odstránenie únavy*. Halucinogény a euforiká rovnako plnili úlohu vytvoriť dobré pocity ako je to i dnes s tolerovanými drogami (alkohol, tabakové cigarety).

Zber niektorých druhov drog sa vykonával ako **súčasť iniciácií**, na ktoré boli mladí zberači starostlivo pripravovaní staršími a skúsenejšími členmi komunity (napr. Indiáni pri zbere *solandry* či *peyotla*). Niektoré akty spojené so zberom a užívaním drog najmä v starých alebo primitívnych spoločenstvách prežívajú z dávnych čias dodnes, sú však na ústupe. Užívanie drog sa dodnes prenieslo cez niekoľko tisícročí i vďaka zvyklostiam napr. **v stravovaní** alebo ich využívaniu pri významných životných aktoch, akými je narodenie, sobáš, smrť človeka.

2.2 Starovek

Nepoznáme spôsob, akým sa v staroveku podarilo obmedziť slobodný prístup k drogám, ktorý bol v predchádzajúcom období menej tabuizovaný. Predstavy staroveku sa v nás spájajú so stavbami pyramíd, chrámov, zavlažovacím systémom, vytváraním mnohotisícových miest a mestských štátov. Takto organizované útvary by nejestvovali, ak by bola väčšina obyvateľstva pod vplyvom omamných látok.

Drogy sa stali **monopolom len určitých vrstiev Pudi**. Užívanie najmä toxickejších drog sa stalo účelným pravdepodobne ako forma kompromisu medzi vládnuou vrstvou a vyvolenou časťou obyvateľstva. Ich užívanie sa **trevalo zákonom**. Dôležitým faktorom miery obmedzenia bol druh drogy. Niektoré sa stali **legálne pre väčšinou obyvateľstva** (napr. alkohol), niektoré sa stali **božstvami** (*koka* u Inkov, *peyotl* v Strednej Amerike), niektoré sa používali **v lekárstve** (*ópium*). Drogy mali v stredoveku teda rozmanité postavenie.

Už v samotnej antike, ktorej kultúra ovplyvnila vývoj dnešnej Európy a Stredomoria, bolo **užívanie drog predmetom diel** významných autorov. V Homérových eposoch sa na viacerých miestach môžeme dočítať o situáciách, ktoré popisujú pôsobenie omamných látok (napr. na hrdinu Odysea v epizóde s čarodejnicou Kirké – predpokladá sa užitie *blenu* alebo na hostine u kráľa Menelaosa a krásnej Heleny – tu sa predpokladá podanie *ópia*).

Rovnako cenné je i **poznanie gréckej mytológie**, kde sa taktiež môžeme stretnúť s použitím drog smrteľníkmi, ale vyskytuje sa aj užívanie drog antickými bohmi (napr. podanie narkotík drakovi pri získavaní zlatého rúna alebo na zväbenie boha Dia pravdepodobne podaním *ľuľkovca* z rúk jeho budúcej manželky Héry či opitie sa bohyne Demeter a jej následné otehotnenie s krásnym Iasionom).

Užívanie drog len **určitej privilegovanej vrstvy** možno sledovať na niektorých významných udalostiach antického života. Jednu z nich tvorili a predstavovali dôležitú súčasť aténskeho štátneho náboženstva (napr. eleuzínske mystérium), ktorých priebeh bol prísne tajný. Zúčastnili sa na ich také významné osobnosti, akými bol Platón, Sokrates i Aristoteles. Pri vyvrcholení obradu pili účastníci nápoj kykeón a posvätné jedlo hieru, ktorého zloženie nie je dodnes odhalené, ale predpokladá sa, že podľa fyzických prejavov, ktoré mal užívateľ po ich užití, išlo o zloženie nápoja s použitím omamných látok.

Je známe, že starovekí Gréci a Rimania kládli veľký význam **na veštby**. V jednej z najznámejších veštiarní v Efýre objavili archeológovia *zvyšky hašiša*.

Známy rétor Démokritos kritizoval **bežný Pud** pre *užívanie vína, konopy a mandragory*. V dielach ďalších významných osobností sa objavujú zmienky o existencii

rôznych afrodisiak. Nemenej známe sú aj poznatky o účinkoch ópia z prác lekárov Hippokrata a Galena. *Ópium* sa údajne podávalo aj ukrižovaným na zmiernenie bolesti.

V starovekom Egypte si archeológovia všimli až pomerne neskoro, že zobrazovanie lekna nemá len estetický charakter. *Lotos* sa so svojimi halucinogénnymi účinkami zneužíval na inhaláciu, bol spájaný s kultom boha Nefertuma. Rovnako sa na zobrazeniach bohov vyskytuje aj *mandragora*. Je ťažké zistiť existenciu látok obsahujúcich drogy, ktoré Egypťania údajne zneužívali, lebo prístup k spôsobu ich spracovania mali len **kňazi**, ktorí tvorili uzavreté spoločenstvá a k **spôsobe ich prípravy mali len vyvolení** z nich.

2.3 Stredovek

Pádcom Ríma a nástupom feudalizmu sa mení aj kultúra a vzťah k drogám. **Religióznym duchom** vyháňa drogy na okraj spoločnosti. Užívanie drog nebolo tolerované, ale považované za pakt s diablom. Obe z najväčších náboženstiev brojili **proti užívaniu drog**. Kým v Európe drogy rozbíjali centralisticky orientovanú politiku kresťanskej ideológie, v islamských krajinách hašiš rozbíjal štátnu politiku.

Prorok Mohamed síce zakazuje v Koráne užívanie *alkoholu*, ale o *hašiši* sa údajne nezmiňuje, preto moslimovia pestujú a užívajú opojné účinky tejto drogy. Nie je to celkom pravda, pretože pomenovanie *kharm* (Súra V, verš 90) hovorí o omamnej látke, ktorú veriaci nesmú užívať, teda nejde len o alkohol. Prvé zákazy pitia alkoholu a užívania hašiša sa objavujú v islamskom písomníctve začiatkom 10. storočia. Napriek úsiliu sa jeho užívanie nedarilo eliminovať.

„*Hašiš sa stal sociálnym a ekonomickým nešťastím moslimského sveta a infiltroval aj duchovnú sféru. Dokonca by sa dalo konštatovať, že táto droga utlmila vojenskú rozpínanosť islamu, ktorý v 8. – 9. storočí hrozil pohltitím Európy.*“ (Lietava, 1997, s. 209.)

V Európe sa užívanie drog najčastejšie spájalo s **lovom na čarodejnice**, tvorili však menšiu časť týchto justičných procesov. Väčšinou išlo len o duševne chorých ľudí. Z toho pomerne malého počtu skutočných užívateľov drog išlo väčšinou o omamné látky z rastlín z *čelade ľuľkovitých* (napr. blen) alebo psychotropné látky (napr. *námel*). V tomto období sa objavuje i kult bosoráctva, kde základ väčšiny látok využívaných na zaklínanie a užívanie rôznych čarovných masťí a odvarov tvorili *alkaloidy*. Hon na bosorky vrcholil, v nasledujúcom historickom období, a to po roku 1691 v americkom massachusettskom Saleme, ktorý vošiel do dejín sériou niekoľkých procesov s bosorkami. Predpokladá sa, že masová hystéria prenasledovania posadnutých dievčat vyplynula z konzumácie nekvalitného zrna intoxikovaného *námelom*, čo zapríčinilo nepriaznivé počasie a následné zvlhnutie obilia na poliach v Saleme.

2.4 Novovek

Pre toto obdobie sú príznačné veľká vlna kolonizácie a vznik modernej spoločnosti. Španielsko dobýva Južnú a Strednú Ameriku, Holandsko bohaté ostrovy Indonézie, Portugalci Brazíliu, Indiu a africké kraje, kolonizuje i Dánsko, medzi najväčších kolonizátorov patrí Veľká Británia.

Európa je technicky vyspelejšia, vznikajú silnejšie **manufaktúry**, väčšie **lodenice**, čulejší obchod. Z násobujú sa zisky aj za cenu ožobračovania bohatších, ale menej vyspelých krajín. **Obchod s drogami prináša vysoké zisky**. V Číne je dopyt *po ópium*, Španieli obchodujú *s kokou* z Južnej Ameriky, na celom svete sa obchoduje *s alkoholom a tabakom*.

V 17. storočí zásluhou rozvoja technických vied, zvlášť chemických, dokázal človek oddeľovať rôzne látky, syntetizovať ich, pripravovať zmiešaniny, koncentrovať látky. Takto sa podarilo vytvoriť silnejší derivát ópia – *morfin*. Užívanie morfia vzrástlo v strednej Európe

najmä počas prusko-rakúskej a prusko-francúzskej vojny. Po vynájdení injekčnej striekačky v roku 1853 Pravazom sa morfium začalo používať ako injekčne podávané analgetikum. Týmto bolo jednak možné presnejšie dávkovanie morfinu, ale užívateľ sa vyhol aj jeho nepríjemnej horkej chuti, čo určite zvýšilo popularitu morfia.

Ópium predstavovalo hlavný artikel obchodu medzi svetovými obchodníkmi Čínou a Veľkou Britániou. Čína bola pomerne uzatvorená krajina pred okolitým svetom, nepotrebovala obchodovať s inými krajinami, vystačila si so svojím hlavným jedlom ryžou, národným nápojom čajom a oblečením z hodvábu, bavlny a kožušiny. Ópium sa stalo jeho slabinou. Čína sa musela otvoriť trhu. Najväčší záujem predstavovalo ópium z Indie alebo Bengálu. Spočiatku bol **nákup ópia** legálny a zásobovali sa ním hlavne lekári. Problém nastal, keď ópium začalo zneužívať aj bežné obyvateľstvo. Obchod s ópium sa stával nelegálnym. Východoindická spoločnosť povýšila mak na jedinú plodinu v Bengále a v krajine nastal hladomor. Vychádzali **prvé zákony (cisárske edikty) eliminujúce dovoz ópia**. Čínsky cisár hrozil, že uzavrie trh s čajom, ak bude nelegálny obchod s ópium pokračovať. Na prelome 19. storočia bola technológia britských lodí taká vyspelá, že sa stala pre čínskych colníkov nepolapiteľná. Britské zisky sa násobili, nakúpili v Indii kvalitné ópium, ktoré privážali do Kantonu (časť Číny), a tu na výmenu nakúpili čaj. Monopol spoločnosti a čínsky vládny odpor nakoniec viedli k **I. ópiovej vojne (1838 – 1842)**, v ktorej sa dostali do konfliktu – na čele čínskej protiópiovej kampane v Kantone komisár Lin a na britskej politicko-obchodnej strane superintendent Elliot. Kým vojna predstavovala pre čínske obyvateľstvo morálny čin, pre britské vojsko to bola otázka víťazstva a rozširovania impéria. Čínske vojsko utrpelo trpkú porážku, britské loďstvo bolo vyspelejšie a napriek snahe o zmodernizovanie čínskeho vojnového loďstva, britská armáda zvíťazila pomerne ľahko. Čína musela podpísať hanebnú kapituláciu následkom, ktorej musela postúpiť Hongkong voľnému obchodu a dovoliť tak Európanom uzatvárať obchod s kýmkoľvek v Číne. To viedlo paradoxne k vyšším ziskom na čínskej strane a postupne sa schyľovalo k **II. ópiovej vojne v roku 1856**. Vojna bola vyvolaná so zámienkou urážky britskej zástavy údajne strhutej pri prehliadke lode čínskym vojakom. K Britom sa pridalo aj Francúzsko, ktoré chcelo profitovať z výhod predpokladanej kapitulácie Číny. Toto spojené úsilie viedlo k obsadeniu Pekingu, cisársky dvor reagoval kapituláciou. Schyľovalo sa k podpisu Tiencinskej zmluvy, ktorá mala ešte viac otvoriť trh s Čínou a legalizovať obchod s ópium. V tom čase však vyhrali čínski vojaci nad Britmi jednu z bitiek v oblasti Kantonu. Nasledovalo tvrdé potlačenie poslednej nádeje na strane Číny, ktoré vyvrcholilo zničením čínskeho Letného paláca (kultúrna pamiatka nevyčísliteľnej hodnoty). Tento čin mal byť mementom pre Čínu a jej snahu viesť podobné vojny v budúcnosti. Povojnové roky viedli v Číne k legalizácii obchodu s ópium. Ľud v krajine sa stal čoraz viac závislým na zneužívaní ópia, ktoré sa fajčil cez bambusové tyče. Nezákonne inkasované peniaze za ópium okrádali cisársku pokladnicu.

Rovnakej obľube sa dostávalo v krajinách juhovýchodnej Ázie rastline *betel*. Jej užívanie malo ceremoniálny a religiózny význam. Pre Európanov bolo jeho užívanie obľúbené najmä pri zažívачích problémoch. Užívanie ópia sa zase spája najmä s viktoriánskym obdobím, keď sa ópiové kvapky (laudanum) dali zaobstarať lacnejšie ako iné lieky alebo alkohol. Ópium sa dokonca podávalo aj malým deťom na pokojný spánok, pri prerezávaní zubkov a pod. S ópium sa stretli ako prví vojaci pri dobývaní kolónií. Pri neúspešných egyptských ťaženiach sa Francúzi stretli aj s nadužívaním *hašiša*. Známy bol literárny **klub Le Club des Haschischins v hoteli Pinodan na Ile St. Louis**, v ktorom sa roku 1844 stretávali aj také významné osobnosti, akými bol Viktor Hugo, Honoré de Balzac, Charles Baudelaire. Osobitne nové skúsenosti s drogami a ich účinkami mali na cestách po svete **lodní lekári**.

Koncom 19. storočia sa situácia vo vzťahu k drogám výrazne zmenila. Menil sa postoj k užívaniu drog, zisky z predaja drog z kolónií klesali, užívanie drog začalo byť staromódne a spiatočnicke. Pašovanie ustúpilo priemyslu. Začalo sa meniť aj nazeranie na toxikomanov, drogy prestávali byť len súkromnou záležitosťou, ale stávali sa **verejnou hrozbou**.

Najmä lekári publikovali množstvo seriózných **vedeckých prác o škodlivých účinkoch drog**, prevažne ópia. V Británii bola založená Lekárska misionárska spoločnosť orientovaná na potlačenie fajčenia ópia v Číne. V roku 1868 britský parlament odhlasoval zákon obmedzujúci predaj opiátov v lekárňach (napr. kvapky laudanum).

Boj proti drogám mal v tomto období aj **nacionálny charakter**. Aj na Slovensku vznikali tzv. **spolky striezlivosti**, a to najmä na vidieku. Vznikali ako reakcia na potrebu odpútať ľudí od pitia alkoholu a propagovať ich škodlivosť. Zakladajú ich štúrovcí v polovici 19. storočia často s názvom spolky miernosti. Prvý spolok založil v roku 1840 P. Árvay v Bobrovci, neskôr vznikli aj na ostatných územiach dnešného Slovenska, organizovali ich Derian, Zoch, Hurban, Závodník, Francisci. Roku 1845 založili prvý Spolok miernosti jednoty mládeže slovenskej v Levoči. Neskôr malo celonárodný charakter, bol súčasťou protifeudálneho boja, bolo ich údajne okolo päťsto, preto založili aj Centrálny spolok striezlivosti vo Veselom pri Piešťanoch (1847). Proti alkoholizmu vznikali viaceré literárne diela napr. Chalupkova *Pálenka otrava* (1843), Andraščíkov *Šenk palenčení* (1845), témy kázni s protialkoholickou propagandou kázali Hurban, Kuzmány, dobrovoľníci prednášali v nedeľných školách, knižniciach, čitateľských a hospodárskych spolkoch. Upozorňovali najmä na úžeru ako dôsledok nekontrolovaného pitia. Alkoholizmus sa vyskytoval najmä u ľudí žijúcich v biednych pomeroch. Vláda zakázala spolky v roku 1847 pre podozrenie z panslavizmu. Ich činnosť sa obnovila v päťdesiatych rokoch, no ich činnosť nebola nikdy uzákonená.

Postupne sa vo svete formovali **drogové politiky**, ktorých cieľom bolo eliminovať užívanie drog prostredníctvom potidrogových výborov, pamfletov, rôznych dobročinných spolkov, cirkevných činiteľov predvolebných prejavov a prednášok významných osôb eliminovať užívanie drog.

2.5 Novodobá história po súčasnosť

Celosvetový boj proti drogám sa začal v Spojených štátoch amerických. Bolo to v období ľahkej dostupnosti drog, teda rozvojom farmaceutického obchodu. Odpor voči zneužívaniu drog v tomto období nepochádzal ani tak z poznania objektívnych negatívnych účinkov týchto látok, ale skôr z morálneho konfliktu, ktorý vyvolávalo užívanie drog v spoločnosti. Kriminalizovanie užívania drog vychádzalo z viacerých faktorov. Výrazným dosah mala **náboženská renesancia v sedemdesiatych rokoch 19. storočia** na politickej scéne. Silný vplyv s výdatnou podporou verejnosti mali vo voľbách **abstinenčné a kresťanské hnutia**. Ďalší výrazný faktor predstavovala i vzrastajúca populačná krivka v Spojených štátoch amerických. Rozrástla sa zhruba o polovicu. Za prácou sa sem z celého sveta sťahovalo obrovské množstvo ľudí. Domáce obyvateľstvo starousadlíkov si vytvorilo množstvo rasistických predsudkov vo vzťahu k jednotlivým druhom drog, ktoré asociovali s určitými skupinami prisťahovalcov porovnávajúc so spoločenskou triedou, náboženským vyznaním alebo rasou. Číňanov spájali s užívaním ópia, afroameričanov s kokaínom, Mexičanov s konopou a Írov s alkoholom.

Politické snahy v amerických voľbách silneli. V roku **1869** vzniká **Prohibičná strana** (The Prohibition Party).

Medzi prvé tradičné drogy, ktoré boli terčom prohibičného úsilia, patrilo **ópium**. Ópiové brlohy prisťahovalcov začali navštevovať aj starousadlíci. Preto bol prijatý v roku 1875 v San Franciscu prvý zákon dotýkajúci sa drog. Ten zakazoval **prevádzkovanie**

priestorov, kde sa fajčilo ópium. Postupne boli na Americkom kontinente prijaté i ďalšie zákony upravujúce užívanie drog. V roku **1884 bol dokonca** prijatý zákon, ktorý prikazoval **protialkoholickú výchovu** vo všetkých verejných školách v štáte New York, postupne sa pridali aj ďalšie štáty USA.

V roku **1898 podarilo** v Nemecku syntetizovať diacetylmorfín (heroín). Tento objav bol veľmi vítaný, pretože sa predpokladalo, že ide o liek, ktorý nespôsobuje závislosť. Na prelome storočí prebehla **prvá morfínová vlna**, ktorá vyplynula z ustavičných vojen a zneužívania morfinu (často z nevedomosti) vojakmi.

Zvlášť výrazný vplyv malo v USA prijatie **Harrisonovho zákona** o narkotikách (1914), ktorý stanovoval podmienky na predaj *ópia a jeho derivátov*. Výroba, šírenie a držanie ópia, morfia a kokaínu podliehali zápisu do určitých registrov. Tieto látky sa mohli poskytovať len v priebehu výkonu profesionálnej praxe. Závislosť sa ale nepovažovala za ochorenie a predpisovanie týchto drog závislým osobám sa tak považovalo **za protiprávne konanie**. Tento zákon sa často v tichosti obchádzal. Harrisonovmu zákonu sa vyčíta, že vyrobil **pouličného predavača drog** a predavač drog vyrábala narkomanov.

Následne od roku 1920 do roku 1930 boli za porušenie Harrisonovho zákona podané žaloby proti asi 40 000 odborníkom. Súčasne závratne narástlo pašovanie, rozmohla sa korupcia a vydieranie a zmenila sa **typológia užívateľov drog**. Zatiaľ čo v minulosti išlo o zástupcov strednej triedy starších ako 40 rokov, od tohto obdobia začali prevládať ľudia oveľa mladší, chudobnejší a často so záznamom v trestnom registri, a preto aj s lepším prístupom na čierny trh.

Výrazný zvrät v USA a definitívne zmeny nastali po doplnení ich Ústavy o osemnásť dodatok, ktorým sa v roku **1919 uzákonila prohibícia, ktorá trvala do roku 1933**.

Postupne nasledovali zákony zakazujúce užívanie drog: v roku 1921 bolo v štrnástich štátoch USA zakázané *fajčenie cigariet*. Mladé ženy boli za fajčenie cigariet vylúčené z vysokých škôl. V roku **1924** bola v USA zakázaná *výroba heroínu*. V roku 1937 bol vydaný zákon o zákaze predaja *marihuany*.

Politická situácia v Spojených štátoch amerických mala vplyv aj na zahraničné stratégie v užívaní drog, ktorých vrchol predstavovali **Haagske ópiové konferencie**. Medzinárodní zástupcovia zúčastnených štátov sa dohodli na kontrole výroby a distribúcie ópia, morfia a kokaínu a obchodovania s nimi, uvažovali o kriminalizácii ich držby.

Výsledkom bolo podpísanie **Medzinárodného dohovoru o ópiu, ktorý bol prijatý v roku 1912**. Ten krátko po 1. svetovej vojne nadobudol platnosť podpísaním Versailleskej mierovej zmluvy aj pre tie zmluvné štáty, ktoré ho dovtedy neratifikovali.

Druhú morfínovú vlnu v dvadsiatych rokoch 20. storočia vytláčila novšia droga *heroín* ako liek proti kašľu. Spočiatku sa predpokladalo, že heroín pomôže vyliečiť závislosť od ópia a morfinu.

Po vzniku Československej republiky pretrvávali povojnové hospodárske a sociálne problémy. Vyčerpaný ľud hľadal niečo, čo by mu v tomto období prinieslo potešenie a dodalo energiu. Podmienky tak nielen v ČSR ale aj v celej Európe nahrávali preniknutiu najznámejšej drogy v tomto období, ktorým bol *kokaín*.

Po roku 1920 bolo hlavným priemyselným miestom jeho výroby Nemecko. Kokaín sa vyrábala aj v ČSR, ale len v malom množstve. Zneužívali ho najmä v hlavnom meste ľudia z umeleckej brandže a prostitútky.

Nezákonný obchod s drogami sa rozvinul najmä v rokoch 1920 – 1925. Na nelegálny trh sa dopravovali drogy dvoma spôsobmi, buď únikom z lekární, alebo pašovaním. Centrom obchodu bola Praha a severné Čechy, kadiaľ **sa pašovali drogy** do Nemecka. Obchod rozkvital tiež na severe Moravy a Sliezska, kde sa využívali hranice s Poľskom. Ďalší smer prúdil ilegálnou cestou do ČSR z Rakúska, Maďarska a zvlášť Bulharska, ktoré bolo v 20. a 30. rokoch dvadsiateho storočia strediskom výroby a exportu *opiátov* do celého sveta.

Medzinárodní obchodníci s drogami využívali územie ČSR ako **azyl pred stíhaním v zahraničí**, a to z dôvodu priaznivej tunajšej legislatívy, ktorá ilegálny obchod s drogami kvalifikovala len ako priestupok a nedovoľovala vydávanie osôb stíhaných pre tieto delikty do cudziny. Druhá svetová vojna a jej vojenské operácie prerušili spojenie tradičnej tranzitnej drogovej cesty na šesť rokov. Chýbali suroviny na výrobu drog, preto ich cena stúpala. Obchod s drogami už nebol výhodný a napokon vo väčších množstvách úplne vymizol. Užívanie drog medzi bežným obyvateľstvom sa tak obmedzilo.

Vojenské a polovojenské zložky začali skúšať modernejšie drogy, podávané predovšetkým ako liečivo. V koncentračných táborech prebiehali pokusy na väznoch s meskalínom. Vojaci sa tiež nedobrovoľne stávali užívateľmi drog najmä vo forme liekov. Zistila sa veľká spotreba *benzedrínu* anglickými letcami. Nemeckí parašutisti zase výrazne zneužívali *amfetamíny*.

Vo vojne vo Vietname a v Afganistane prepadli desaťtisíce mladých mužov systematickému zneužívaniu *heroínu*. Vzrástla produkcia ópia a ilegálnych derivátov. Rozšírili sa aj distribučné siete. Po skončení vojen bolo potrebné hľadať nové odbytiská.

Aj na Slovensku v Hlohovci v roku 1941 vznikol farmaceutický podnik **Slovenské alkaloidy**, známa skôr ako „Morfínka“, ktorá ponúkala lekárnikom celý rad ópiových preparátov. Zámerom výroby týchto látok bolo skombinovať výrazné analgetické vlastnosti morfínu s neškodnosťou (z hľadiska návykovosti) klasických analgetík.

Po druhej svetovej vojne sa nespotrebovaný *amfetamín* dostal do rúk civilného obyvateľstva, ktoré hľadalo nielen stimuláciu, ale aj potlačenie **depresie** a **hladu**. Opäť sa obnovovali cesty pre pašovanie drog, a tak sa už v druhej polovici 20. storočia drogy dostali aj do nižších sociálnych a vekových spoločenských vrstiev a skupín. Predovšetkým medzi mládež.

V tom čase bol svet rozčarovaný zo spoločenských systémov, ktoré sa utvárali po druhej svetovej vojne. Začali vojny v Kórei a vo Vietname. Mladá generácia reagovala zrodom **hnutia hippies**. Pohľad na užívanie niektorých drog sa zmenil. Obhajovalo sa užívanie najmä *marihuany*, *hašiša* a *LSD*. Drogy sa užívali v komunitách, slúžili na ich stmelenie, pôsobili ako módnny prvok, vznikala literatúra, piesne o užívaní drog a pocitoch z ich užívania.

Syntetické stimulanciá neobišli ani územie Slovenska, napriek faktu, že hnutie hippies nemalo na politickú situáciu až taký výrazný vplyv ako na obyvateľstvo. Československý farmaceutický priemysel produkoval psychofarmaká, ktoré boli určené hlavne **na redukciu váhy**, no spočiatku aj na liečbu únavy, depresie a narkolepsie. V období, keď stimulanciá tohto typu neboli na zozname látok s medzinárodnou kontrolou, civilné obyvateľstvo veľmi rýchlo zistilo, o aké psychostimulačné účinky ide. Zneužívanie sa rozšírilo najmä medzi mládež, študentov v snahe zvýšiť výkon pri štúdiu, najmä na vysokých školách v skúškovom období. Ale užívali ich aj vodiči – profesionáli na prekonanie únavy. V priebehu 70-tych rokov 20. storočia ich užívanie začalo naberať najmä rekreačný charakter, preto sa objavuje ich **kombinovanie s inými psychoaktívnymi látkami**. Tento zvýšený výskyt závislostí viedol k snahe o ich administratívnu kontrolu. To spôsobilo zmenu užívateľskej komunity. Na konci minulého storočia tak amfetamíny zneužívali najmä tí, ktorí si ich dokázali zaobstarat', patrili sem najmä avantgardní umelci. To zapríčinilo rozvoj trhu s prekurzormi s obsahom *efedrínu*.

Vo väčších českých mestách sa šírila výroba tzv. českou metódou metamfetamínu, známeho pod názvom *pervitín*. Na Slovensku po rozdelení bývalého Československa bola miera užívania pervitínu oveľa nižšia ako v Česku. Pervitín sa na Slovensko ilegálne kupoval z Česka, ale začiatkom 90-tych rokov sa už objavila jeho domáca výroba aj na Slovensku. Amfetamíny (prevažne *extáza*) sa začiatkom 21. storočia objavujú čoraz častejšie v prostredí tanečnej scény, na techno párty a pod.

V prvej polovici šesťdesiatych rokov sa začalo šíriť zo západných krajín (Švédsko, SNR, Kanada) čuchanie prchavých látok. Dialo sa tak hlavne pre ľahkú dostupnosť látok a ich nízku cenu. U nás sa *inhalovanie solvencií* (éter, chloroform, toluén, acetón) dostalo na vzostup až **v osemdesiatych rokoch** a dodnes výskyt zneužívania drog tohto druhu pretrváva najmä v nižších sociálnych vrstvách. Vo vyššej miere sa vyskytovalo inhalovanie omamných látok učňovskou mládežou. I dnes sa spája s užívateľmi s nižšou vzdelanostnou úrovňou.

Deväťdesiate roky sa u nás vyznačujú epidémiou heroínu. Kým v Európe bolo užívanie heroínu na ústupe, otvorenie hraníc využili pašeráci na predaj silne návykovej látky pre nepripravené a zvedavé obyvateľstvo na Slovensku. Stále pretrváva aj zneužívanie návykových liekov, predovšetkým hypnotík, sedatív, analgetík a primárnych opiátov. Závislými na liekoch sa stávali predovšetkým osoby, ktoré často užívali upokojujúce lieky.

Užívanie drog pretrvalo až **dodnes**. Vyznačuje sa pestrou konzumáciou látok – do popredia sa dostávajú syntetické drogy, ktoré sú tvorené na objednávku, podľa požiadaviek užívateľov. Užívanie drog sa realizuje vo všetkých vrstvách spoločnosti, rozdiely sú vo frekvencii, type užíwanej látky a motivácii konzumentov.

V tomto krátkom exkurze o histórii užívania drog možno **vidieť tri etapy odlišných spôsobov ich konzumácie**. Ide o **voľnú konzumáciu drog** príznačnú najmä v najstarších obdobiach, keď ľudia užívali drogy podľa vlastného uváženia, živelne, nie však bezhlavo a bezmedzne. Tento spôsob užívania vystriedalo **účelové užívanie**, keď konzumácia drog podliehala pravidlám a účelu, bolo to spôsobené najmä deľbou práce. Typické pre tento typ užívania je privilegovanosť určitej skupiny ľudí, ktorí rozhodujú o užívaní drog, resp. sú jediní prijímatelia drog (napr. Elusíny). Užívanie drog bolo strážené pravidlami alebo zákonom. Spoločne s týmto typom užívania sa rozvinula ilegálna konzumácia drog, ktorá bola odpoveďou na snahu zakázať užívanie drog. Tento typ užívania je dnes prítomný v každej spoločnosti, ktorá sa snaží o **reguláciu užívania drog**.

Otázky a úlohy:

1. Uveďte, v ktorom období sa stretávame s prvými nálezmi svedčiacimi o poznaní účinkov drog a ich užívaní.
2. Vysvetlite pojem účelové užívanie drog.
3. Objasnite jav, ktorý ovplyvnil užívanie drog v stredoveku. Uveďte príklady.
4. Určte obdobie, opíšte dôvody a následky opiových vojen.
5. Vysvetlite poslanie „spolkov striezlivosti“.
6. Uveďte dôvody vzniku drogových politík.
7. Opíšte prvé prohibičné snahy (autor, čas, miesto vzniku, dôsledky).
8. Vymenujte významné historické medzníky v užívaní drog v období 20. storočia.
9. Uveďte hlavné dôvody a rozdiely v užívaní drog na našom území v 20. storočí.
10. Objasnite základné vývojové etapy, ktorými je determinovaná konzumácia drog v priebehu histórie.

Zoznam použitých prameňov

ČENTĚŠ, J.: *Hmotnoprávne aspekty trestnej činnosti páchanej v súvislosti s nealkoholovou toxikomániou v Slovenskej republike*. [online]. Bratislava: Národné monitorovacie centrum pre drogy, Úrad vlády SR 2007. [cit. 27. 2. 2012]. Dostupné na internete: <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=626/>

EUSCOHOTADO, A.: *Stručné dejiny drog*. Praha: Volvox Globator, 2003. ISBN 80-7207-512-8

JANÍK, A.: *Drogy a spoločnosť*. Praha: AVICENUM, 1990. 344 s. ISBN 80-201-0087-3

LIETAVA, J.: *Drogy v dejinách ľudstva*. Bratislava: UNIAPRESS International, 1997. 288 s. ISBN 80-85313-38-3

NOVOMESKÝ, F.: *Drogy: História – Medicína –Právo*. Martin: Advent Orion, 1996. 120 s. ISBN 80-88719-49-6

Prečo uhorská vláda zakázala protialkoholické spolky. [online]. [cit. 25. 2. 2012]. Dostupné: <http://korzar.sme.sk/c/4411878/preco-uhorska-vlada-zakazala-protialkoholicke-spolky.html#ixzz11IEMS1IK>

Spolky Striezlivosti. [online]. [cit. 5. 4. 2012]. Dostupné: <http://korzar.sme.sk/c/4662039/spolky-striezlivosti.html#ixzz11IE7FucY>

3 Príčiny užívania drog a typy motivácie vedúce k drogovému abúzu

V tejto kapitole poukazujeme na multikauzálnu (mnohopríčinnú) podmienenosť fenoménu drog. Zameriavame sa na ne z dôvodu, že poznanie príčin a faktorov – teda etiológie vzniku a rozvoja drogových závislostí je jedným z predpokladov, ako vyvinúť úspešné protektívne (ochranné) faktory a ako potlačiť rizikové faktory vplývajúce na vznik a vývoj závislostí. Kapitulu sme koncipovali s dôrazom na to, aby bolo možné *postihnúť závislosť ako zložitý, multifaktorálne podmienený jav*. Z tohto dôvodu prináša pohľad na príčiny a faktory vzniku závislosti podľa viacerých autorov. Poukazuje na *analýzu dedičnosti a osobnostných charakteristík; vplyv prostredia; prítomnosť drog a jej charakteristík; vyvolávajúcich situačných podnetov*. Záver kapitoly prináša typy motivácie vedúce k drogovému abúzu.

3.1 Príčiny užívania drog a faktory vedúce k vzniku závislosti

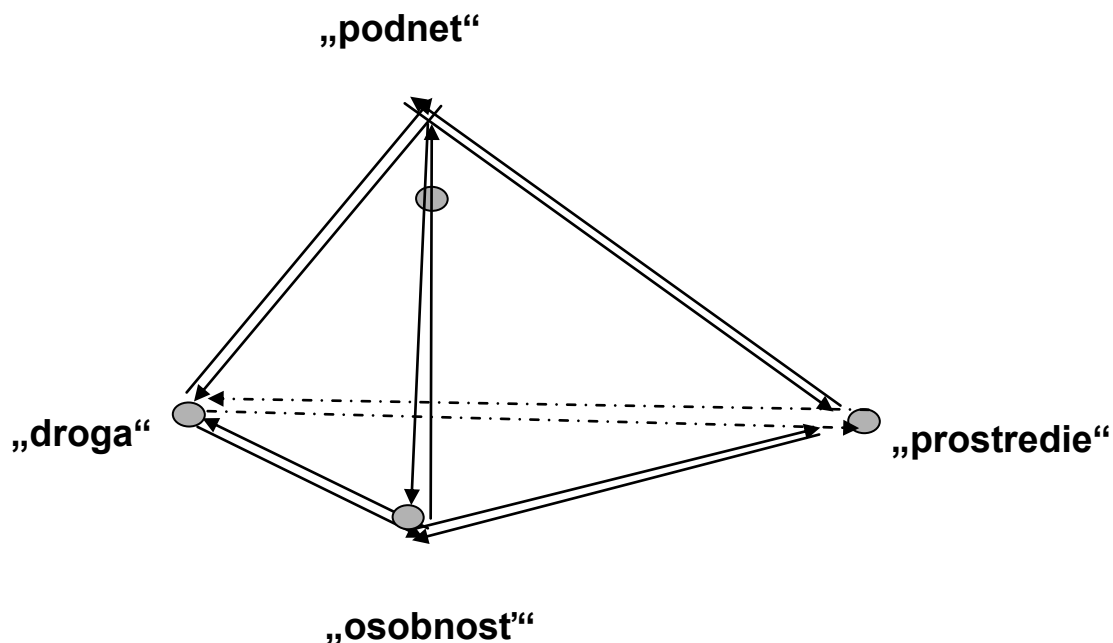
Etiológia vzniku drogových závislostí poukazuje na *mnohopríčinnú podmienenosť* fenoménu drog. Odborná literatúra uvádza ich mnohokauzalitu – teda komplex príčin a faktorov vedúcich k vzniku a rozvoju drogových závislostí. *Multikauzálna podmienenosť naznačuje podiel viacerých faktorov vedúcich k prvokontaktu s drogami, experimentovaniu, užívaniu drog, k vzniku a pretrvávaniu závislosti* ale v konečnom dôsledku aj po úspešnej terapeutickej intervencii aj *k abstinencii od drog a uzdraveniu*.

Úplne vyčerpávajúci a komplexný výpočet všetkých možných faktorov vedúcich k skúšaniu, kontrolovanému užívaniu, návyku či následnej závislosti by nebolo jednoduché podať. Navyše, každý človek ako bytosť bio-psycho-sociálna (kultúrne aj spirituálne rôznorodá) je jedinečný a neopakovateľný.

Z tohto dôvodu bližšie vysvetlíme *etiológiu drogového fenoménu z pohľadu viacerých prístupov, ktoré prezentujú niektorí vybraní autori*. Uvedené príčiny, modely vzniku, vývoja drogovej závislosti, i keď nie sú identické a úplne totožné, majú veľa spoločného. Ide najmä o snahu *postihnúť závislosť ako zložitý, multifaktorálne podmienený stav*.

E. Urban (In: Kuchárová, 1995, s. 26 – 27) uvádza nasledovné *faktory vzniku vývoja, udržovania a ukončenia drogovej závislosti*:

1. *faktory farmakologické („droga“)*
2. *faktory somatické a psychické („osobnosť“)*
3. *faktory environmentálne („prostredie“)*
4. *faktory percipitujúce („podnet“)*



Obr. č. 1: *Interakčný štvorsten drogovej závislosti podľa Urbana (1973).*
 Prameň: Kuchárová, B.: *Závažné životné udalosti vo vzťahu k drogovej závislosti.*
 Diplomová práca. Bratislava: FFUK, 1995, s. 26 – 27.

Ako v tejto súvislosti uvádza J. Lietava (1997, s. 17) „dnešné teórie rozoberajúce vznik drogovej závislosti sa zakladajú na multifaktoriálnej genéze, t. j. na existencii viacerých faktorov jej vzniku a spolupôsobení týchto štyroch podmienok:

- a) **droga** (prítomnosť chemickej látky schopnej meniť vedomie a vyvolávať závislosť);
- b) **osobnosť** (ktorá drogám podľahne);
- c) **prostredie** (ktoré podmieňuje a umožňuje užívanie drog);
- d) **vyvolávajúci moment** (podnet, ktorý spôsobí, že človek začne užívať drogy)“.

Iným možným prístupom je pohľad, ktorý prezentuje J. Tej (1994, s. 3).

Autor rozdeľuje faktory, vedúce k vzniku, vývoju či ukončeniu zneužívania drog alebo k závislosti do štyroch skupín, pričom ide o súčasné pôsobenie všetkých faktorov vo vzájomnej väzbe. Toto členenie akceptuje aj prístup Urbana (1973) a vyčleňuje tieto faktory: **faktor farmakologický (droga), somatický a psychický (osobnosť), participujúci (podnet), a environmentálny (prostredie).**

Podľa J. Teja (1994, s. 3) sa základnými faktormi stávajú:

1. **somatické a psychické faktory** – osobnosť ohrozeného jednotlivca;
2. **environmentálne faktory** – prostredie, najmä sociálne;
3. **farmakologické faktory** – droga, jej dostupnosť;
4. **provokujúce faktory** – stimul, bezprostredná príčina.

Iný, avšak v mnohom porovnateľný pohľad na **faktory vedúce k vzniku závislosti** ponúka dvojica autorov E. Kolibáš a V. Novotný (1996, s. 14 –16), podľa ktorých sa na vzniku závislosti od psychoaktívnych látok zúčastňujú štyri skupiny príčin:

a) **vlastnosti drogy** – drogy sa navzájom odlišujú svojím rôznym potenciálom k vyvolaniu závislosti. Okrem farmakologických vlastností drog je významným aj spôsob ich užívania;

b) **charakteristiky osobnosti** – neexistujú také znaky, ktoré by umožnili spoľahlivo predpovedať, že sa určitý človek stane závislým od drog. Predsa je zrejmé, že určité charakteristiky osobnosti predisponujú k vzniku závislosti, ide predovšetkým o osobnosť v psychologickom význame „krehkú“.

c) **faktory prostredia** – pre vznik závislosti je rozhodujúca dostupnosť drogy a postoje ich okolia k užívaniu príslušnej drogy. Nemenej dôležitými sa javia pravidlá užívania drogy, ktoré spoločnosť vytvorila v priebehu dlhodobých kontaktov s konkrétnou drogou. Nebezpečné sú nové drogy, s ktorými spoločnosť nemá skúsenosti a s ktorými sa „nezžila“, a preto nemá vytvorené zásady „požívania konzumácie“ týchto drog. Vznikom závislosti sú viac ohrození ľudia, ktorí sa dostávajú do kontaktu s drogou – zúčastňujú sa na jej výrobe, distribúcii alebo na jej predaji (napr. s alkoholom vinári, výčapníci, čašníci, výrobcovia, s liekmi – zdravotníci, lekári a pod.);

d) **vybavujúce a urýchľujúce faktory** – ide o rôzne vplyvy, ktoré vedú k prvému kontaktu jedinca s drogou a ktoré oslabujú jeho zábrany. K takýmto faktorom patria: náročné životné situácie (stres, konflikt, frustrácia), ale aj príznaky telesných chorôb (najmä bolesti), psychické poruchy (depresívne a úzkostné nálady). Tieto vplyvy môžu viesť nielen k opakovanému užívaniu psychoaktívnych látok, ale aj urýchliť vznik závislosti.

Podľa I. Novotného (1999, s. 161) **závislosť vznikne vždy a u každého človeka, pri naplnení troch podmienok „komunikácie s drogou“:**

- **nevhodne dlhý čas**
- **nevhodné množstvo a frekvencia**
- **nevhodné okolnosti pre psychiku a organizmus**

Tento názor akceptuje aj Z. Borošová (1998, s. 6), ktorá v tejto súvislosti poukazuje na skutočnosť, že „*rozhodujúcimi prvkami v procese vzniku závislosti sú tolerancia a kontrola, pretože pri častom opakovanom prijímaní drogy je potrebné na dosiahnutie určitej reakcie jej stále väčšie a väčšie množstvo, a to v dôsledku prispôsobenia sa organizmu určitej látke. Tento jav sa nazýva tolerancia. Druhý mechanizmus, ktorý sa v jednotlivých štádiách závislosti mení, je kontrola – schopnosť kriticky a reálne vyhodnocovať situácie z hľadiska potrieb a osobných aj spoločenských povinností.*“

Iný prehľad faktorov, ktoré majú určujúci vplyv na vznik závislosti, uvádzajú americkí autori T. Dimoff a S. Carper (1994, s. 77 – 87). Ich prístup je prezentovaný vo vertikálnom smere – **na prvý pohľad od banálnych príčin až po významné faktory s veľmi úzkym vzťahom k vzniku závislosti.** Takéto chápanie má vzťah priamo k jednotlivým štádiám drogovej závislosti. Sú nimi:

• **túžba po euforizačnom účinku:** Túžba po eufórii, opojení a po dobrom pociť, patrí k základným ľudským motívom správania. Drogy nesporne vyvolávajú v človeku dobrý pocit, a preto ľudstvo užíva drogy už od svojho prvopočiatku. Ako spresňuje I. Novotný (1999, s. 161) „*prodrogový postoj spoločnosti*“ je výsledkom niekoľkotisícročnej interakcie ľudí s drogami rôzneho druhu. Niektorí autori v tejto súvislosti uvádzajú, že interakcia medzi človekom a drogou je stará ako ľudstvo samo.“ (Novotný, 1998, s. 9; Lietava, 1999, s. 23 a iní pozri kap. 2 História drog). Na druhej strane je potrebné uviesť, že bezpochyby existujú mnohé iné, menej zdravotne, sociálne a osobnostne deštruktívne spôsoby, ako sa cítiť príjemne. Túžbu po euforizačnom účinku autori T. Dimoff a S. Carper spájajú s prvými dvoma štádiami – *experimentovanie, kontrolované užívanie*. Upozorňujú, že tie môžu, ale nemusia prejsť do ďalších štádií.

• **zvedavosť a nuda:** Zvedavosť a nuda sú dve strany tej istej mince. Zvedavosť, túžba po dobrodružstve, snaha zažiť niečo nové, nepoznané a vzrušujúce, získať nové skúsenosti, poznanie, ale aj zažiť zábavu, patria k prirodzeným vlastnostiam detí a mládeže. Práve drogy môžu poskytnúť lákavú možnosť ich imaginatívneho a klamlivého uspokojenia. Nuda často

privádza do pokušenia robiť veci, o ktorých sa vie, že by sa nemali robiť. Drogy patria medzi najväčších „požieračov“ času. Majú schopnosť skresľovať zmysel pre čas a môžu zaplňať časovú prázdnotu pochybným vnútorným uspokojením. Tieto príčiny môžu prerásť do tretieho a štvrtého štádia – návyk a rozvinutá závislosť.

• **vplyv rovnocennej skupiny:** Nátlak vrstovníkov združujúcich sa do neformálnej sociálnej skupiny, tzv. partie, je jednou z najhlavnejších príčin skúšania či experimentovania s drogami. Skupinový nátlak, podľa hnutie tlaku vrstovníkov môže viesť aj k skúšaniam drog. Partia poskytuje mladým ľuďom nielen ospravedlnenie takéhoto správania, ale aj konkrétny návod, ako drogu užiť. Droga a jej užívanie nielenže pomáha udržať status jej člena, ale aj sprostredkováva a upevňuje identifikáciu so skupinou a zblížuje jej členov navzájom. Drogy vyrovnávajú všetky rozdiely, stavajú všetkých na rovnakú úroveň. Drogy zblížujú a nezriedka sú súčasťou prejavu vzdoru voči dospelým a spoločnosti vôbec a tiež solidarity s rovesníkmi.

• **únik pred vonkajšími problémami:** Alkohol a iné drogy môžu zdanlivo pomôcť vyriešiť či aspoň zastrieť, potlačiť do úzadia množstvo problémov a vyvolať zdanie, že nie sú dôležité. Môže ísť o problémy v rodine, škole, nesúlad medzi schopnosťami dieťaťa a očakávaniami rodičov, ale aj o rozvodovosť a jej negatívny vplyv na rodinu, následný život len s jedným z rodičov či napríklad problémy členov rodiny s alkoholom a inými drogami, školský neúspech, záškoláctvo a mnohé ďalšie. Dospievanie nie je ľahké. Je životným obdobím, keď sa sebecké dieťa mení na zodpovedného dospelého. Je zrejmé, že drogy jednoznačne neriešia vyššie uvedené problémy, sú len klamlivým prostriedkom zdanlivého zastretia životných problémov, ako aj prostriedkom na emocionálne odpútanie sa, *nie však na ich efektívne riešenie*. Problémy sa prostredníctvom drog neriešia, vždy naopak ešte viac prehľbujú.

• **únik pred vnútornými problémami:** Bludný kruh vzťahu drogy a sebaúcty T. Dimoff a S. Carper (1994, s. 85) dokresľujú slovami: „Užívanie drog plodí nízku sebaúctu a nízka sebaúcta podporuje ich užívanie“. Riešenie problémov prostredníctvom drog je podľa citovaných autorov rýchla cesta do posledných štádií drogovej závislosti. Rozmanitosť palety existujúcich drog poskytuje obrovskú možnosť výberu, aby zdanlivo „pomohli“ čeliť nielen neprimeranej výške sebaúcty a sebahodnotenia, ale naopak aj plachosti, úzkosti, depresii a mnohým iným problémom.

Za jednu z podstatných a nezameniteľných príčin, pre ktorú deti a dospievajúci skúšajú, experimentujú a užívajú drogy považujú citovaní autori fakt, že *drogy užívajú dospelí*. Deti sa identifikujú s dospelými, napodobňujú ich a rovnako sa učia aj o účinkoch drog práve od dospelých, ktorí veľmi často nie sú v tomto smere žiaducim príkladom, sami drogy užívajú. Podľa M. Eliotovej (1997, s. 99) sa zdá, že v tomto smere – viac než inde – platí staré pravidlo, podľa ktorého sa deti a *dospievajúci viac učia podľa toho, čo okolo seba vidia na vlastné oči, než čo sa im povie*.

Je zrejmé, že inklinovanie k drogovej kariére je výslednicou jednak *osobnostných* predpokladov, jednak *spoločenských podmienok* vedúcich k užitiu drog.

V predchádzajúcom texte sme názorne ilustrovali viacero pohľadov a prístupov našich aj zahraničných autorov na faktory a príčiny podmieňujúce vznik drogových závislostí. Napokon môžeme uviesť pohľad slovenského autora P. Ondrejoviča (2000, s. 7), ktorý hneď v úvode zdôrazňuje skutočnosť, že *nejestvujú dva rovnaké prípady vzniku drogovej závislosti*.

Z ciest vedúcich najčastejšie k vzniku závislosti autor vyberá a špecifikuje tieto:

- Užívanie drogy ako náhrady. Prichádza do úvahy najmä vtedy, ak sa cíti mladý človek vo svojom vývoji blokovaný alebo keď nemôže presadiť podstatné autonómne túžby. V takom prípade začínajú drogy plniť funkciu „záskoku“, náhradného cieľa.
- Užívanie drogy ako úmyselného porušovania noriem. Táto funkcia sa dá vysvetliť ako výraz odmietania uznávaných spoločenských hodnôt a noriem.

- **Užívanie drog s funkciou vyrovnávania záťažových, príp. krízových situácií.** V prípade, keď je zaťažený mladý človek príliš veľkým množstvom naliehavých úloh a najmä tých, ktoré vyplývajú z vlastného želanja, dochádza k stavu, keď sa stáva repertoár jeho riešení nedostatočným. Dochádza k vývinovému stresu. V tomto prípade zaujíma užívanie drogy vyrovnávaciu funkciu.

- **Užívanie drog ako cesta k rovesníkom.** Ak sa užívanie drog značne rozšíri v sociálnom okolí, získava ich konzumovanie význam na vstup do skupiny rovesníkov. Prežívanie účinku drog a s tým spojený pocit spolupatričnosti patria k podstatným posilňovacím mechanizmom užívania drogy.

- **Užívanie drogy ako výraz osobného štýlu.** Užívanie psychoaktívnych látok môže pôsobiť ako sebatpotvrzovanie, potvrdzovanie vlastnej hodnoty, aj keď ide o pseudohodnotu. Zvýšená túžba po sebatpotvrdení môže byť často posilňovaná reklamou alebo masmédiami, kde vystupujú fajčiari, pijúci alebo drogujúci hrdinovia, s ktorými sa mladý človek môže stotožňovať.

- **Užívanie drogy ako demonštrácia vlastnej dospelosti, príp. nezávislosti.** Konzumácia drog v našej spoločnosti (napr. fajčenie a alkohol) je neraz spojená so statusom dospelého (napr. alkohol až od 18 rokov, na fajčenie si ešte príliš mladý a pod.). Užívanie drogy, najmä fajčenie znamená preberanie spôsobov správania dospelých a nadobúda významnú identifikačnú funkciu.

Záverom načrtneme trochu iný, aj keď opäť v mnohom porovnateľný prístup *J. Presla* (1994, s. 48), ktorý príčinu experimentovania s drogou, jej následného užívania drog a vzniku závislosti nachádza niekde vo vzájomnej kombinácii nasledovných príčin:

3.1 Dedičnosť a osobnostné charakteristiky

3.2 Vplyv prostredia

3.3 Prítomnosť drogy a jej charakteristiky

K týmto trom okruhom príčin však viacerí autori (Z. Borošová, 1998; J. Němec, 1993; B. Kuchárová, 1995) navrhujú doplniť ďalšiu, a to:

3.4 Vyvolávajúce podnety

V ďalšom texte sa pokúsime stručne uviesť charakteristiky jednotlivých príčin:

3.1.1 Dedičnosť a osobnostné charakteristiky

Odborná literatúra sa v značnej miere zhoduje vo fakte, že nie je možné určiť kombináciu osobnostných charakteristík, ktoré by nezvratne predurčovali jednotlivca k závislosti od drog. Platí to aj opačne: neexistuje osobnosť, ktorá by bola proti vzniku závislosti od drog stopercentne chránená. Úsilie odborníkov špecifikovať osobitné črty predurčujúce človeka k vzniku závislosti bolo dosiaľ neúspešné.

Ako uvádza v tejto súvislosti J. Lietava (1997, s. 23) odborníkom sa nepodarilo presvedčivo dokázať, že „*existuje kauzálny vzťah medzi určitou črtou osobnosti a drogovou závislosťou.*“ Odborníci preto napokon rozpačito priznali, že závislým sa v podstate môže stať každý človek. Podľa J. Presla (1994, s. 12), J. Lietavu (1997, s. 23), ale i ďalších autorov závislosť je možné za určitých podmienok vypestovať u každého, dokonca aj u zvierat'a. Klasický priebeh možno charakterizovať vzostupom tolerancie, zvyšovaním frekvencie dávok a následným vznikom abstinenčného syndrómu tzv. syndrómu odňatia.

J. Presl (1994, s. 12) pokladá za vhodnejšie v tejto súvislosti hovoriť o *štruktúre osobnosti inklinujúcej k problémom s užívaním psychoaktívnych látok*. Možno tu hovoriť o určitých predpokladoch (osobnostných, genetických, biologických a i.), ktoré avizované riziko vzniku problémov zvyšujú. Ide napr. o *vplyv dedičnosti, prenatalne (vnútramaternicové) poškodenie plodu, zhoršujúce sa životné prostredie, nevhodné ba aj škodlivé zloženie stravy, vysoký – nízky vek matky, ale i psychiatrická diagnóza (poruchy*

v emocionálnej sfére, nestálosť, nezdržanlivosť, sklon k pôžitkárstvu, znížená odolnosť voči stresom a mnohé iné).

Psychológovia zostavili podľa J. Lietavu (1997, s. 23) „viacero charakteristík sociálneho správania a psychologického profilu osôb potenciálne ohrozených rizikom vzniku závislosti. V popredí stoja znaky ako impulzivnosť, nezrelosť, egocentrizmus, pocity menejcennosti, psychická dilema medzi túžbami a schopnosťou ich naplniť, neúmerné vysoké nároky na okolie. Značne sa vyskytujú aj defekty v hodnotovej orientácii – hlavný záujem sa zameriava na bezprostredné finančné a materiálne požiadavky a potreby. Pritom perspektíva a plánovanie im je v podstate cudzie“.

3.1.2 Vplyvy prostredia

Viacerí autori (Presl, 1994, s. 51 – 52; Kolibáš a Novotný, 1995, s. 14; Novotný, 1999, s. 161; Němec a Bodláková, 1996, s. 23; Ondrejko, 2000, s. 7) pokladajú práve *faktory prostredia za najsilnejšie pôsobiace a najrozhodujúcejšie pri vzniku závislosti*. Platí, že všetko, čo nás obklopuje (rodičia, súrodenci, vrstovníci, škola, partia, zamestnanie, vojenská služba, masmédiá, verejná mienka), má nesmierny vplyv na vytváranie našich postojov a hodnôt. V tejto súvislosti môžeme hovoriť aj o *vplyve sociálneho a kultúrneho prostredia na jednotlivca v zmysle sociálnej determinácie ľudskej psychiky*.

Aj z tohto dôvodu odborníci často prízvukujú fakt, že prevencia by sa mala predovšetkým pokúsiť ovplyvniť *postoje k drogám a hodnotový systém jednotlivca*. V tomto smere by mali zohrať rozhodujúcu funkciu socializačné činitele, ktorými bezpochyby sú:

- *rodina („zdravá rodina“),*
- *škola („efektívna škola“),*
- *formálne spoločenské inštitúcie a organizácie vrátane voľnočasových zariadení,*
- *neformálne inštitúcie (najmä rovesnícke skupiny),*
- *masovokomunikačné prostriedky.*

Ako v tejto súvislosti dodáva P. Ondrejko (2000, s. 6) „*je zrejmé, že nijaký z vyššie uvedených činiteľov neplní celkom dostatočne svoju socializačnú funkciu v procese, v ktorom sa človek stáva sociálnou bytosťou, a teda tieto činitele nezohrávajú náležitú úlohu ani v oblasti vytvárania želaných postojov, interiorizácie (zvnútornenia) hodnôt, noriem a vzorcov správania.*“.

Ako sme už načrtli, na proces *vytvárania postojov a formovanie hodnôt* má v istom zmysle slova dominujúci a najpodstatnejší *vplyv rodina* ako primárna sociálna skupina, pričom určujúcim prvkom spolupôsobiacim na vznik drogového problému je úloha matky a jej emocionálna podpora. Podľa empirického výskumu B. Kuchárovej (1995, s. 95) zvláštnu úlohu v tomto smere zohráva *dysfunkčná rodina*, ktorá neplní svoje základné úlohy ani svoje poslanie. Ako v tejto súvislosti uvádza J. Štúrová (2000, s. 17), potvrdzuje sa, že „*deti a mládež s rizikovým vývinom zvyčajne vyrastali v rodinách, kde hlavnou postavou emocionálneho života bola matka. Bola to matka, ktorá dopustila, že otec bol psychologicky nevýrazný, v tieni (prípadne v rodine chýbal). V bezpečnom vzťahu matka – dieťa sa mladý človek nevyzbrojil na vyrovnávanie sa s kontroverziou súčasného moderného sveta. Vytváranie kvalitnejšieho vzťahu s otcom, so súrodencami a s autoritami mimo kruhu rodiny, nasýtenie potreby byť akceptovaný, byť úspešný, budovanie sociálnych a komunikačných zručností, zvnútornenie morálnych a racionálnych regulátorov – to sú aspekty predstavujúce šancu na vytváranie kvalitného postoja k životu.*“.

Dôraz na kvalitu vzťahov v rodine prízvukuje aj J. Kadlčíková (2000, s. 31), ktorá v tejto súvislosti dodáva, že *rozvod rodičov* je v každom prípade životná trauma. „*Dieťa potrebuje pre vyvážený rozvoj mužský a aj ženský vzor. Dieťa potrebuje lásku v dvoch dimenziách milovať a byť milované*. Napriek tomu sa zdá, že kritérium *úplnosti rodiny ako*

ochranného faktora je potrebné prehodnotiť a podriadiť vyššiemu kritériu: *existencii kvalitných vzťahov v rodine*.“ Na veľký význam citov vo výchove upriamujú pozornosť Z. Bakošová (1990), J. Štúrová (2000), Rozinajová (1992) a ďalší autori.

Za zmienku stojí v tejto súvislosti skutočnosť, že v rodinnej anamnéze ľudí so závislosťou od alkoholu a nealkoholových drog podľa Z. Borošovej (1998, s. 19) vystupovali výrazne do popredia *neusporiadané rodinné pomery, ako aj prehnaná starostlivosť rodičov o dieťa, nehody vo výchove a nedôslednosť*.

Na význam rodiny a jej funkčnosť upozorňujú Nešpor a Csémy (1993), Dimoff a Carper (1994), Kolibáš a Novotný (1994), Kajanová a Bratská (1995), Kuchárová (1995) a ďalší.

J. Štúrová (2000, s. 17) zdôrazňuje, že „*dnešné klinické a poradenské skúsenosti ukazujú, že závislí jednotlivci nepochádzajú z rodinného prostredia vykazujúceho hrubú patológiu, ale zo všetkých typov. Preto sa do popredia dostáva už zmienená kvalita a stabilita sociálnych vzťahov v rodine*.“

K tomuto názoru inklinuje aj M. Bratská (2001, s. 151), ktorá zdôrazňuje, že „*nielen množstvo, ale predovšetkým kvalita vzťahov (ich emocionálne prežívanie) medzi ľuďmi navzájom a ich životným prostredím napomáha alebo brzdí rozvoj psychickej, sociálnej, duchovnej dimenzie osobnosti a ich vzájomnej integrácie*“.

Kľúčovou aktivitou preventívnych systémov na úrovni lokálnych komunít je preto *práca s rodinami*. V tomto smere by najmä rodičia mali na svoje deti pôsobiť tak, aby mali dostatočný priestor na vytváranie a slobodné vytváranie pozitívnych hodnotových orientácií, ktoré tak zvyšujú ich odolnosť voči všetkým, v dnešných časoch vskutku rôznorodým formám sebadeštrukcie.

Ako uvádza M. Pétiová (2001, s. 110) výsledky výskumov uskutočnených Ústavom informácií a prognóz školstva ukázali, že „*mladí ľudia, ktorí konzumujú vo vyššej miere alkoholické nápoje, výrazne častejšie vyrastajú v rodinách, kde majú rodičia rovnaký vzťah k alkoholu. Zároveň však bolo zistené, že častá konzumácia alkoholu rodičmi veľmi negatívne ovplyvňuje celkovú klímu v rodine, a tým aj osobnosť mladého človeka, ktorý v takomto prostredí vyrastá*“. V tejto oblasti snáď viac než inde platí, že dospelý (rodič, učiteľ a i.) je pre deti a dospievajúcich vzorom, teda vzorom aj vo vzťahu k drogám (vrátane legálnych drog).

Ďalším podstatným faktorom zvyšujúcim riziko drogových problémov je podľa viacerých autorov (J. Presl, I. Novotný, L. Okuhlica, K. Nešpor a i.) *vplyv vrstovníkov, priateľov, párt a rôzne štruktúrovaných spoločenstiev*.

Ich vplyv však môže byť vedený oboma smermi:

- *jednak neželaným smerom* – táto neformálna skupina môže riziko drogového abúzu zvýšiť, podporovať protispoločenské postoje, konzumáciu drog;
- *ale rovnako ako aj žiaducim smerom vo vzťahu ku konzumu drog*, v ktorom platí, že čím je silnejšie vyprofilovaná ideologicky alebo kultovne orientovaná skupina s odmietavým postojom voči drogám, tým je menšie riziko vzniku drogového abúzu.

Zo socializačných činiteľov, ktoré môžu najviac ovplyvniť úsilie odborníkov na poli prevencie v cieľovej kategórii dospievajúcich, zohrávajú významnú úlohu práve vrstovníci.

Ku konsenzu dospeli drogoví experti, odborníci z teórie a najmä praxe na medzinárodnej úrovni aj v tom, že *v prípadoch, ak zlyháva rodina, najlepším miestom pre prevenciu je škola*. V kontexte s uvedeným sa často hovorí o skorom školskom vzdelávaní, prípadne o včasnej intervencii, ktorých spoločným cieľom je najmä *minimalizovať negatívny vplyv rizikových faktorov* vrátane faktorov súvisiacich s nefunkčným prostredím, osobnostnými problémami a rôznymi hendikepmi (či už fyziologickými alebo psychologickými). V tejto súvislosti sa kladie dôraz na nevyhnutnosť *udržať deti v škole* (t. j.

predchádzať záškoláctvu), *spolupracovať s rodičmi a odmietat také opatrenia, ktoré vedú k stigmatizácii.*

Rovnako je dôležité nepodceniť dnes ešte málo docenovaný vplyv *prostriedkov masovej komunikácie* (máme na mysli všetky nosiče informácií – v najširšom kontexte písaných a hovorených médií, televízie a rozhlasu, ako aj moderných komunikačných médií – napr. internetu).

Pre určité vekové skupiny môže byť *vzorom aj negatívny vzor*. Svoju úlohu v oblasti prevencie drogových závislostí zohráva aj cieľená a strategicky veľmi detailne prepracovaná *reklama na cigarety a alkoholické nápoje – legálne drogy*, a to jednak v otvorenej, ale aj v skrytej podobe. Práve *masmediálna politika* môže významne prispieť k zvyšovaniu citlivosti spoločnosti voči problematike drog, vplývať na šírenie osvety v duchu zdravého životného štýlu – bez drog.

Medzi faktormi nemožno opomenúť aj ďalšie *spoločensky determinované faktory*, ako je *faktor módnosti, rúško istého tajomstva*, ktoré drogy a drogová problematika so sebou prinášajú, ako aj stále sa vyskytujúcu *tabuizáciu témy drog* či nesprávny postoj verejnosti, ktorý možno slovne deklarovať typickým „*Mne sa to nemôže stať!*“ či „*Drogy? Mňa sa to netýka!*“ alebo „*Náš syn, naša dcéra by niečo také nikdy nevezal!*“

3.1.3 Prítomnosť drogy a jej charakteristiky

Je zrejmé, že v tejto oblasti viac ako inde platí, že kým existuje dopyt, bude existovať aj ponuka a nie je možné mocensky ju zlikvidovať.

So zreteľom na všetky uvedené skutočnosti, aj mnohé ďalšie nespomenuté, javí sa ako nevyhnutné *zaangažovať celú spoločnosť* a podporiť tak celospoločenské úsilie vedené smerom k eliminácii a minimalizovaniu všetkých vyššie uvedených rizikových faktorov a aktivovaní ochranných faktorov u detí a dospelých.

Sumarizáciou teoretických a praktických informácií dospejeme k poznatku, že existuje celý rad rôznych teórií a modelov vzniku a pretrvávania drogovej závislosti (biologické, psychologické, sociálne, sociologické teórie a i.), ktoré sa snažia vedecky odôvodniť a na úrovni dnešného poznania vedy *vysvetliť mechanizmy, podmienky a faktory, ktoré podmieňujú vznik drogovej závislosti.*

Z tohto dôvodu je jednou z účinných reakcií výchovných a vzdelávacích inštitúcií na túto skutočnosť podľa P. Ondrejkooviča (2000, s. 8) *zámer profesionalizovať procesy prevencie, uvedomujúc si fakt, že zle realizovaná prevencia môže byť vo svojom dôsledku kontraproduktívna s výrazne negatívnym efektom, a teda neodborne vykonávaná prevencia môže byť súčasne propagáciou konzumácie drog.*

3.1.4 Vytvárajúce situačné podnety

Pod vytvárajúcimi podnetmi môžeme chápať dôvody, ktoré vedú jednotlivca siahnuť po droge. Ako uvádza Z. Borošová (1998, s. 21), pri mladých ľuďoch môže týmto situačným podnetom byť napríklad pozitívny podnet (napríklad oslavy menín alebo narodením), ale rovnako aj negatívny podnet (neistota v novej skupine, rozchod s priateľom atď.). Na zložité vzťahy medzi osobnosťou, drogou a prostredím, ako aj faktormi ovplyvňujúcimi drogovú závislosť, upozorňuje J. Němec (1993, s. 29), ktorý uvádza, že „je možné ich vymedziť v konkrétnom prípade len na základe existencie určitého podnetu, na základe ktorého človek drogu užije. Týmto podnetom môže byť niekedy psychická porucha, dlhodobá frustrácia, afektívne tenzie, úzkosť atď. Inokedy to môže byť zvedavosť, nuda, túžba po zážitku a poznaní. V droge môže byť hľadaná aj ochrana alebo únik z určitej situácie.“ B. Kuchárová (1995, s. 34) citujúc E. Urbana ich nazýva stresovými životnými udalosťami.

3.2 Typy motivácie drogového abúzu

Ako dôležitú súčasť a podmienku pre vývoj závislosti podľa Z. Borošovej (1998, s. 22) možno identifikovať *motiváciu vedúcu k abúzu drogy*. Autorka v tejto súvislosti uvádza, citujúc Hellera a Pecinskú (1996), že pomenovať možno nasledovné typy motivácie, ktoré vedú k drogovému abúzu:

- *motivácia fyzická* – je vedená snahou o fyzické uspokojenie, uvoľnenie a získanie energie atď.;
- *motivácia senzomotorická* – zakladá sa na priani stimulovať zmyslové orgány, celkovo posilniť vnímanie;
- *motivácia emocionálna* – snaží sa riešiť osobné komplikácie, znížiť úzkosť, vylepšiť náladu;
- *motivácia interpersonálna* – vychádza z priania zlepšiť komunikáciu, uvoľniť interpersonálne bariéry;
- *motivácia sociálna* – je vedená snahou identifikovať sa s určitou skupinou;
- *motivácia politická* – vychádzajúca zo snahy zmeniť drogovú legislatívu, protestovať, nedodržiavať spoločné pravidlá;
- *motivácia intelektuálna* – vedená potrebou skúmať svoje vlastné vedomie a podvedomie, riešiť intelektuálne problémy, produkovať originálne myšlienky;
- *motivácia kreatívno-estetická* – vedená snahou vylepšiť umeleckú tvorbu, rozšíriť predstavivosť;
- *motivácia filozofická* – nasmerovaná potrebou hľadať zmysel života, objavovať hodnoty, nové pohľady na svet;
- *motivácia spirituálno-mystická* – vedená snahou získať božie vízie, komunikovať s Bohom;
- *motivácia špecifická* – motivovaná snahou prežiť dobrodružstvo, získať ocenenie iných ľudí.

Otázky a úlohy:

1. *Vymenujte a opíšte štyri faktory vzniku vývoja, udržovania a ukončenia drogovej závislosti podľa Urbana a porovnajte ich s prístupom 4 skupín príčin vzniku závislosti podľa autorov Kolibáša a Novotného.*
2. *Uveďte tri podmienky „komunikácie s drogou“ podľa I. Novotného, ktoré determinujú vznik závislosti.*
3. *Vysvetlite dôvod a ilustrujte príkladom, v čom majú postoj dospelého a reálne správanie k drogám vplyv na deti a mládež.*
4. *Vymenujte a opíšte aspoň 5 faktorov vplyvu prostredia, ktoré môžu viesť k užívaniu drog a neskoršiemu vzniku závislosti.*
5. *Ozrejmite, čo si predstavujete pod užívaním drog s funkciou vyrovňovania záťažových, príp. krízových situácií.*
6. *Opíšte rozdiel medzi pozitívnym a negatívnym vplyvom rovesníckych párt vo vzťahu k drogám a uveďte príklad.*
7. *Čo si predstavujete pod pojmom filozofická motivácia užívania drog a čo pod pojmom kreatívno-estetická motivácia užívania drog.*
8. *Je kritérium úplnosti rodiny ochranným faktorom pred užívaním drog? Zdôvodnite.*
9. *Vysvetlite, prečo sa mnohí autori zhodujú v tom, že práve vplyvy prostredia považujú za najsilnejšie pôsobiace faktory a najrozhodujúcejšie pri vzniku závislosti.*

Zoznam použitej a citovanej literatúry:

- BOROŠOVÁ, Z.: *Primárna prevencia zneužívania drog a drogovej závislosti*. Dizertačná práca. Bratislava: Filozofická fakulta Univerzity Komenského, 1998.
- BRATSKÁ, M.: Prevencia zvládaním záťažových situácií v kontexte kvality života. In: *Kvantita verzus kvalita? V kontexte kvality života a prevencie drogových závislostí. Zborník príspevkov z teoreticko-metodického seminára*. Bratislava: GSVMPDZKD, 2001. ISBN 80-968650-6-4, s. 150 – 164.
- DIMOFF, T. – CARPER, S.: *Berie vaše dieťa drogy?* Bratislava: Obzor, 1994. 187 s.
- HUPKOVÁ, I.: Možnosti kultúrno-osvetových zariadení v primárnej prevencii drogových závislostí. In: *Pedagogická revue*, roč. 53, 2001, č. 2. ISSN 1335-19-1982, s. 129 –139.
- KADLČÍKOVÁ, J.: *Pozitívne ovplyvňovanie žiakov v rámci programu primárnej prevencie drogových závislostí*. Dizertačná práca. Bratislava: Filozofická fakulta Univerzity Komenského, 2000.
- KUCHAROVÁ, B.: *Závažné životné udalosti vo vzťahu k drogovej závislosti*. Diplomová práca. Bratislava: FFUK, 1995.
- KOLIBÁŠ, E. – NOVOTNÝ, V.: *Alkoholizmus a drogové závislosti*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1996.
- LIETAVA, J.: *Drogy v dejinách ľudstva*. Nitra: Uniapress International, 1997. 286 s. ISBN 80-8531-38-3
- NOVOTNÝ, I.: *Program škola bez alkoholu, drog a cigariet*. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1996.
- NOVOTNÝ, I.: *Abstinencia ako vyšší princíp*. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1998. ISBN 80-7159-110-6
- ONDREJKOVIČ, P. et al.: *Otázky kriminality mládeže: Zborník Príspevkov z medzinárodnej konferencie o kriminalite mládeže*. Bratislava: MVSRA a IUVENTA, 2000. ISBN 80-88893-65-8
- PRESL, J.: *Drogová závislosť. Môže byť ohrozeno i Vaše dieťa?* Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-858000-18-7
- PETIOVÁ, M.: Vplyv rodičov a rovesníckej skupiny pri formovaní postojov ľudí ku konzumácii legálnych a nelegálnych drog. In: *Kvantita verzus kvalita? v kontexte kvality života a prevencie drogových závislostí : Zborník príspevkov z teoreticko-metodického seminára*. Bratislava: GSVMPDZKD, 2001. ISBN 80-968650-6-4, s. 106 – 115.
- ŠTÚROVÁ, J.: Zamyslenie sa nad mladými narkomanmi. In: *Vychovávateľ*, roč. 37, 1992, č. 5. ISSN 0139-6919, s. 9 –11.

4 Spôsohy a frekvencia užívania drog

V bežnom vyjadrovaní laika sa stretávame s označovaním ktoréhokol'vek užívateľa drog za jednotlivca závislého od drog. Štádium takéhoto užívania drog však považujeme už za diagnózu, ktorú má oprávnenie stanoviť len odborník – špecialista (napr. adiktológ, psychiater, psychológ). Takéto štádium užívania vyznačujúce sa výraznou zmenou osobnosti, fyzickým a psychickým úpadkom jednotlivca rovnako vyžaduje intervenciu odborníka.

Pri zneužívaní drog u detí a mládeže sa však rodičia, pedagógovia, vychovávateľa s touto fázou užívania stretávajú minimálne. Poznať odlišné charakteristiky miery a frekvencie užívania drog môže napomôcť pri následnom stanovovaní efektívnych preventívnych krokov.

Medzi najbežnejšie klasifikácie fáz zneužívaní drog sú uvádzané nasledujúce štyri štádiá postupného vzniku závislosti. V každom štádiu sú uvedené špecifické prejavy správania sa užívateľa, podľa ktorých možno identifikovať mieru závažnosti rozvinutia závislosti. odborníci sa zhodujú na tom, že v prvých dvoch štádiách je významná pomoc blízkeho okolia, ďalšie dve vyžadujú intervenciu príslušného odborníka.

Fázy vzniku závislosti:

1. Euforické (počiatočné) štádium

- ľahké zadováženie si drogy
- eliminácia obáv, napätia, opojenie
- pocit „rozšíreného vedomia“ (argumentácia hlbším a širším prežívaním okolitého sveta) a pod.

2. Kritické (varovné, návykové) štádium

- zvyšovanie tolerancie (slabnutie pôsobenia dávky), potreba zvyšovať dávky
- poruchy sebahodnotenia (odmietanie varovných signálov blízkych osôb)
- príležitostné komplikácie v škole, rodine, partii, vo voľnočasovom útvare
- finančné, časové, motivačné zmeny v režime dňa

3. Kručiálne (vlastné) štádium závislosti

- výrazné zmeny v osobnosti jedinca (kriminálna činnosť a pod.)
- viditeľné zdravotné problémy (abstinénčné syndrómy, nespavosť, chudnutie)
- strata kontroly nad užívanými dávkami (zvyšovanie tolerancie)
- zjavné problémy pri výkone (v škole, internáte, na brigáde, v športe)

4. Terminálne (konečné, záverečné) štádium

- celkový úpadok osobnosti jedinca (strata životnej motivácie)
- výrazné zvýšenie tolerancie voči droge (niekoľkonásobné zvyšovanie dávok)
- závažné zdravotné problémy, celkový duševný úpadok
- spoločenská izolácia
- zúženie sebarealizačných tendencií (len vo vzťahu k droge)

Využívanie takto definovaných štádií pri detekcii miery užívania drog deťmi a mládežou je značne neefektívne, pretože vyššie uvedená stupnica nie je dostatočne senzitivná a vedie k predpokladu, že bez účinnej intervencie, vždy nasleduje užívanie lineárnym smerom od prvého štádia po posledné štádium.

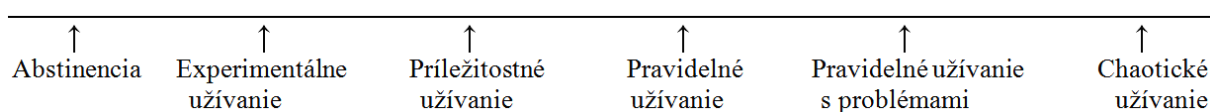
Skutočnosť je však taká, že užívanie drog bežnou populáciou (najmä mladými ľuďmi) nepostupuje zásadne v smere od abstinencie k závislému užívaniu. Naopak, stáva sa, že užívanie drog sa objavuje nepravidelne a u teenagerov najčastejšie začína a kulminuje v bode experimentovania.

4.1 Kontinuum užívania

Zo štatistických ukazovateľov o užívaní drog vyplýva, že z celkového počtu užívateľov drog spôsobuje užívanie drog veľké problémy približne maximálne 10 % užívateľom, ešte pri menšom percente je možné stanoviť diagnózu – závislý užívateľ. Tento fakt vyplýva aj z výskumu amerického psychiatra N. Zinberga, ktorý sa venoval problematike kontrolovaného a kontinuálneho užívania drog. Jeho teória podložená výskumom poukazuje na to, že nie každé užívanie či užitie drog vedie priamo k závislosti a že každá osoba sa môže nachádzať v rozličnom štádiu užívania drog.

N. Zinberg zároveň zistil, že sa vo vzťahu k droge môžeme ocitať v jednotlivých fázach na nižšie uvedenom kontinuu užívania, v ktorom jednotlivé pomyselné body môžeme charakterizovať takto:

Obr. č. 2: Kontinuum užívania:



Abstinencia (alebo žiadne užívanie): môže byť rozdielne chápané z hľadiska kultúr, v ktorých vyrastáme. Najčastejšie sa pod neužívaním chápe skôr nulové užívanie nelegálnych drog – zakázaných zákonom štátu, v ktorom žijeme, tento bod však zahŕňa aj abstinenciu v oblasti legálnych drog (alkohol, tabakové výrobky, káva a pod.). Zároveň treba pri tomto bode brať do úvahy aj dôvod takéhoto správania, či rozhodol sám jedinec (a to i po predchádzajúcom užívaní drogy), alebo len s drogou/-ami neprišiel do kontaktu, a preto ich ani neužíva.

Príklad: Alkohol neužívam, lebo otec bol alkoholik.

Experimentálne užívanie: patrí medzi pomyselný bod na kontinuu užívania, ktorým väčšina užívateľov začínala užívať drogy. Vo väčšine kultúr je experimentovanie s drogami na vzostupe najmä u mladých ľudí ako ritualizované správanie.

Príklad: Na diskotéke mám možnosť vyskúšať drogy, ktoré som ešte neskúsil.

Príležitostné užívanie: predstavuje užívanie legálnych a nelegálnych drog pri určitých príležitostiach. Je spojené s určitými situáciami (príležitosťami), keď ľudia po droge siahajú. Dá sa predpokladať, že takýto spôsob užívania praktizuje veľmi veľa ľudí.

Príklad: Na oslavu Silvestra si pripíjam s ostatnými.

Pravidelné užívanie: v tomto bode užívania sa predpokladá vyššia frekvencia užívania drogy, ktorá sa tak stáva bežnou súčasťou života užívateľa (algoritmické užívanie). Užívateľ si tak môže časom vytvoriť fyzickú závislosť (zvýšenie tolerancie organizmu) a niekedy aj psychickú závislosť od drogy, ktorou si tak nahrádza vlastné vnútorné mechanizmy (napr. pri zvládaní záťaže v živote človeka).

Príklad: Pravidelné vikendové pitie alkoholu s kamarátmi napr. po návrate z internátu.

Pravidelné užívanie s problémami (nárazové): toto štádium prebieha podobne ako sa uvádza v predchádzajúcom bode, ale zároveň už spôsobuje vážne problémy a škody v živote užívateľa. Droga sa stáva ústredným bodom života užívateľa, podlieha jej väčšina jeho rozhodnutí.

Príklad: Pravidelné vikendové pitie alkoholu s kamarátmi, po ktorom si nič nepamätám a dozvedám sa, že som sa správal/a agresívne, keď mi odmietli podať ďalší alkohol.

Chaotické (závislé) užívanie: je najkrajnejším bodom kontinua užívania, pretože predstavuje štádium, v ktorom užívateľ stráca kontrolu nad frekvenciou a spôsobom užívania drogy – zaobstarávanie si ďalšej dávky, frekvencia užitia, nekontrolovanie vyšších dávok, nepravidelné užívanie vysoko poškodzujúce organizmus jedinca, psychickú závislosť. Užívateľ sa môže dostať do stavu, keď vykoná pre dávku trestnú činnosť, prostituuje, býva uväznený, hospitalizovaný alebo príde o domov.

Príklad: Pre užívanie drog stratím zamestnanie, lebo nedokážem načas a triezvy/a chodiť do práce.

Miera rizika závislosti sa na kontinuu užívania zvyšuje smerom zľava doprava. Nie je pravidlom, že sa ľudia po tomto kontinuu pohybujú vždy alebo výlučne len týmto smerom – t. j. v smere postupného zvyšovania svojej dávky a frekvencie, až skončia ako ľudia žijúci so závislosťou od drog (chaotické užívanie).

Každý bod môže predstavovať začiatok, stred aj koniec v užívaní drog.

Nie je pravidlom, že užívateľ/ka musí prejsť všetkými bodmi. *Napríklad osoba môže začať experimentovať napr. s marihuanou, z experimentovania sa stane pravidelné užívanie, potom pravidelné užívanie s problémami a nakoniec sa osoba v dôsledku problémov súvisiacich s užívaním marihuany rozhodne abstinovať.*

V rámci kontinua užívania sa každý z nás môže ustavične pohybovať na týchto pomyselných bodoch. Rovnako nesprávne býva označovaný za užívateľa drog len ten, čo sa nachádza úplne napravo kontinua užívania. Medzi bežných užívateľov drog radíme aj už spomínaných experimentujúcich dospelujúcich, príležitostných oslávencov ale aj tých, ktorí užívajú denne, i keď v malom množstve.

Z pedagogického hľadiska zasluhujú pozornosť najmä **mladí ľudia užívajúci drogy** v tzv. rekreačných prostrediach. Možno ich charakterizovať ako zväčša plne integrovaných do spoločnosti a drogy užívajú len sporadicky – rekreačne; tvoria hlavnú časť skrytej populácie užívateľov drog.

Zinbergova teória prevalencie užívania drog sa overila v praxi a jej základnými piliermi sú fakty, ktoré potvrdzujú, že:

- väčšina experimentátorov sa nestane pravidelnými užívateľmi drog;
- mnohí ľudia môžu zostať príležitostnými užívateľmi legálnych alebo nelegálnych drog s určitými problémami, ktoré súvisia s ich užívaním;
- väčšina užívateľov drog (aj tí, ktorým bola diagnostikovaná závislosť) mali užívanie pod určitým typom kontroly minimálne počas dlhšieho obdobia užívania drog (Jirešová – Javorková, 2003, s. 14).

4.2 Kontinuum škôd

S pojmom kontinuum užívania je úzko spojené aj kontinuum škôd. Rovnako ako na predchádzajúcom kontinuu aj tu sa môžeme pohybovať na pomyselných bodoch, keď pri užívaní jednotlivých druhov drog môžeme uvažovať o ich miere rizikovosti, **teda miere poškodenia, ktoré spôsobujú.**

Takto sa v minulosti rozdeľovali drogy (najmä v zákonnej forme) na drogy mäkké a tvrdé, teda drogy, ktoré spôsobovali rýchly alebo pomalší nástup závislosti, a tým aj rôznu mieru poškodenia (bližšie v 5. kapitole).

Takéto nazeranie na drogy je však nedostatočné, pretože o miere rizikovosti musíme usudzovať **v spojitosti s ďalšími faktormi**, akými sú subjekt, prostredie, frekvencia a situačné podnety, ktoré sme spomenuli v 3. kapitole.

Príklad: Predstavme si situáciu a posúdme mieru rizika pre všetkých zúčastnených. Žiaci strednej školy sú na výučbe. Učiteľ počas praktickej prípravy žiakov v dielňach fajčí a ich vychovávateľka zo školského internátu po práci zapíja alkoholom tabletky proti bolesti chrčtice. Z hľadiska užívateľov je fajčenie učiteľa menej poškodzujúce ako kombinované užívanie drog vychovávateľkou, no z hľadiska bezpečnosti a ochrany žiakov je pasívne fajčenie pre nich nebezpečnejšie ako užívanie drog vychovávateľky vo svojom súkromí.

Z príkladu je zjavné, že posudzovanie miery rizika nie je možné bez **celostného** prístupu z hľadiska všetkých faktorov pri užívaní drog.

4.3 Spôsoby užívania drog

Pod užívaním drog sa bežne rozumie akákoľvek aplikácia drog do ľudského organizmu. Rovnako ako je užívanie drog kultúrne rôznorodé a historicky podmienené, existuje veľké množstvo spôsobov, ako možno drogy vpravovať do organizmu. Rovnako ako ľudstvo bolo a neustále je vynaliezavé pri zadovážení si omamných látok, tak je to aj so spôsobmi, ktoré nachádzalo pri ich aplikácii.

Medzi **najčastejšie spôsoby aplikácie** drog radíme:

- orálne užívanie (medicínsky per os – teda jedenie, pitie),
- fajčenie, inhalovanie (teda vdychovanie ústami),
- šňupanie (teda vdychovanie nosom)
- intravenózne (injekčné) užívanie.

Jestvujú aj menej preferované spôsoby, akými je na napríklad rozpustenie či vtieranie si látky do slizníc (úst, nosa, genitálií) alebo vstrebaním cez pokožku (prostredníctvom náplastí).

Z hľadiska bezpečnosti jestvuje tzv. **rebríček spôsobov užívania drog**, pričom prvý je najbezpečnejší spôsob (z pohľadu prenosu krvou prenosných ochorení). Ide o tieto aplikácie:

- vôbec neaplikovať drogu
- prehltáť drogu
- fajčiť drogu
- šňupať drogu
- injikovať drogu

Otázky:

1. Vysvetlite, prečo sa neosvedčuje používanie klasifikácií štádií vzniku závislosti pri posudzovaní štádií užívania drog u detí a mládeže.
2. Vymenujte, na akých bodoch užívania sa môže jedinec nachádzať v Zinbergovom kontinuu užívania a uveďte príklad.
3. Opíšte, akým smerom je možné pohybovať sa po kontinuu užívania.
4. Vysvetlite mechanizmus posudzovania miery rizika na kontinue škôd.
5. Uveďte najčastejšie spôsoby aplikácie drog.
6. Zoradte spôsoby aplikácie drog z hľadiska bezpečnosti užívateľa.

- GÖHLERT, F. CH. – KÜHN, F.: *Falošné vedomie. Kompetentne o drogách*. Bratislava: IKAR, 2001. 142 s. ISBN 80-551-0207-4
- HUNT, N.: *Pokrokové zmýšľanie o drogách*. 1. vyd. Bratislava: Open Society Fondation v Bratislave, 2003. 76 s. ISBN 80-969271-0-8
- JIREŠOVÁ, K. – SARANG, A. – VAVRINČÍKOVÁ, L. – McVINNEY, D.: *Úvod do harm reduction. Príručka pre učiteľa*. Bratislava: Open Society Fondation v Bratislave, 2005. 195 s. ISBN 80-969271-2-4
- JIREŠOVÁ, K. – JAVORKOVÁ, S.: *Harm reduction v problematike injekčného užívania drog*. Bratislava : OZ Odysseus, 2003. 113 s. ISBN 80-968576-6-5
- ROSENBAUM, M.: *Bezpečnosť na prvom mieste: prístup k teenagerom a drogám postavený na reálnych základoch a náuka o drogách*. 1. vyd. Bratislava: Open Society Fondation v Bratislave, 2002. 10 s. ISBN 80-968359-7-1

5 Klasifikácia a charakteristika vybraných skupín psychotropných látok

Pojem droga má pôvod v anglickom jazyku a z jazykového hľadiska znamená pomenovanie liečiv, eventuálne jedov „drugs“, zodpovedá gréckemu výrazu „pharmakon“. Bolo prevzaté z francúzskeho slova drogue približne v 14. storočí. Tento výraz postupne nadobudol rôzne významové odtienky.

Pôvodný francúzsky pojem označoval usušenú alebo inak konzervovanú, upravenú aj neupravenú surovinu rastlinného alebo živočíšneho pôvodu, slúžiacu na výrobu liečiv a zároveň mohol označovať aj omamný, narkotický prostriedok, narkotikum (Šaling, 2000, s. 294).

Vo farmaceutickom ponímaní je droga všeobecným označením pre všetky látky vrátane liečiv, ktorými možno dosiahnuť zmeny stavu vedomia, nálad, povzbudenie. Napriek tomuto farmaceutickému pomenovaniu sa tento pojem zo súčasného spoločenského pohľadu stále častejšie používa vo vzťahu k užšiemu okruhu látok, ktoré vykazujú spoločné negatívne vlastnosti a vplyvy na živý organizmus.

Podľa WHO (Svetovej zdravotníckej organizácie) je „*droga akákoľvek látka, ktorá po vstupe do živého organizmu je schopná zmeniť jednu alebo viac jeho funkcií, pôsobí priamo alebo nepriamo na centrálny nervový systém a môže mať priznané postavenie lieku*“ (Novomeský, 1996, s. 12).

Droga je látka s **dvoma základnými vlastnosťami**:

- *psychotropným efektom* – modifikuje naše prežívanie, mení spôsob nášho videnia a prežívanie sveta,
- *potenciálom závislosti* – dlhodobé, pravidelné užívanie môže vyvolať závislosť (Minářík, 2010, In: Kalina, 2010, s. 399).

5.1 Krátky prehľad prístupov k členeniu drog

Drogy možno deliť z viacerých hľadísk. Pri uvádzaní jednotlivých klasifikácií drog treba brať do úvahy širší kontext (historický, spirituálny, kultúrny, geografický, sociálny), v ktorom dochádza k ich konzumácii. Príkladom sú látky, ktoré sú v niektorých krajinách legálne, v iných práve naopak. Drogy potom môžeme deliť podľa nižšie uvedených základných kritérií:

Kritérium spoločenskej akceptovateľnosti z hľadiska legislatívy (**podľa zákona**):

- *legálne* (bežne sa s nimi stretávame, sú spoločensky tolerované – alkohol, lieky, kofeín)
- *nelegálne* (sú spoločnosťou sankcionované v súvislosti s ich výrobou, prechovávaním, a predajom, nie však konzumáciou, sa ľudia dostávajú do stretu so zákonom – heroín, extáza)

Kritérium **pôvodu a spôsobu výroby** drogy:

- *prírodné* (huby – pôvod i výroba sú prirodzené)
- *polosyntetické* (heroín – pôvod je prírodný, spôsob výroby syntetický)
- *syntetické* (toluén – priemyselná droga)

Novomeský (1996) uvádza rozdelenie drog podľa spôsobu vstupu do organizmu:

- *inhaláciou* (človek ich teda prijíma cestou respiračného traktu; rôzne drogy sú primárne prispôbéné na fajčenie)
- *rezorpciou* (vstupujú vstrebávaním cez sliznicu; najmä halucinogény)
- *parenterálnou cestou* (injekčné aplikovanie do organizmu)

Horíme o kritériu **aplikácie drogy**: prehltaním, vdychovaním, injekčne, vstrebávanie cez sliznicu.

Janík a Dušek (1990) taktiež uvádzajú pomerne jednoduché rozdelenie drog podľa ich účinkov:

- sedatívne (alkohol, heroín)
- povzbudzujúce (kokaín, pervitín)
- halucinogénne (marihuana, LSD)

Ide o **kritérium účinku na psychiku jedinca**: *depresanty* (podskupiny: opiáty, trankvilizéry, alkohol), *stimulanty* a *halucinogény*. Väčšina látkových drog sa vyznačuje kombináciou uvedených účinkov, z ktorých jeden z nich má dominantné postavenie.

Najviac sporov prináša so sebou delenie drog podľa **kritéria miery vzniku závislosti**: V tejto súvislosti spomenieme neaktuálne a nepresné klasifikovanie drog na "tvrdé" a "mäkké". Pod "tvrdými" sa zväčša rozumejú drogy, ktorých účinok je silný a rýchly a na ktoré obyčajne vzniká rýchlo fyzická závislosť. Z takéhoto delenia medzi laikmi pretrváva tvrdenie založené na mýte o vstupných drogách: „Mäkká droga nasadá na osobnosť, tvrdá ju mení.“, podľa ktorej tzv. mäkké drogy sú vstupnou bránou pre užívanie tzv. tvrdých drog.

Tab. č. 1: Rozdelenie drog podľa miery rizika

Miera rizika	„Tvrdosť drogy“	Zástupcovia drog
Vysoká	tvrdé	toluén, heroín, morfín, durman, crack
vysoká až stredná	tvrdé	kokaín, pervitín, LSD
Stredná	tvrdé	alkohol, lysohlávky, extáza, efedrín, kodeín
relatívne malá	mäkké	marihuana, hašiš, kokový čaj
prakticky bez rizika	mäkké	káva, čaj

(Spracované podľa Minaříka, In: Kalina, 2010, s. 340).

Kritérium **miery rizika** spojeného s užívaním je komplikovaná otázka. Treba pri nej zohľadňovať naraz viacero faktorov. Do procesu vzniku závislosti vstupujú minimálne tri faktory: *droga* (konkrétna substancia – pestovanie, spracovanie, rýdzosť), *prostredie* (kultúrne, sociálne, ekonomické, ekologické a ďalšie faktory) a zvlášť dôležitým faktorom je *samotný konzument* (dedičné predispozície, momentálne psychické nastavenie, fyzické predpoklady a pod.). Preto údaje z nasledujúcej tabuľky možno vnímať len informačne ako vstupný predpoklad, keď droga predstavuje len jeden z rizikových faktorov.

Tab. č. 2: Rozdelenie drog z hľadiska účinku podľa rizika vzniku závislosti a vzostupu tolerancie

Účinok	Psychická závislosť	Somatická závislosť	Vzostup tolerancie
Stimulanciá	silná	nevzniká	silný
Pervitín	++	–	++
Kokaín	+++	–	+
Halucinogény	slabá až žiadna	nevzniká	mierna
Kanabis	+–	–	+–
LSD	+/-	–	+/-
psylocybin	+/-	–	+/-
Depresanty	silná	silná	silný

Benzodiazepiny	++	++	+
Barbituráty	++	++	++
Alkohol	++	++	++
Prchavé látky	++	+-	++

(Spracované podľa Minaříka, In: Kalina, 2010, s. 340)

Najviac používaná klasifikácia drog vyplývajúca z ustálenej medzinárodnej klasifikácie chorôb podľa WHO. Podľa **kritéria typu závislosti** možno drogy a skupiny drog deliť na:

- *alkoholový typ drogy* (podľa F10 – duševné poruchy a poruchy správania vyvolané používaním alkoholu)
- *opiátový typ drogy* (F11 – duševné poruchy a poruchy správania vyvolané používaním opiátov)
- *kanabisový typ drogy* (F12 – duševné poruchy a poruchy správania vyvolané používaním kanaboidov)
- *barbiturátový typ drogy* (F13 – duševné poruchy a poruchy správania vyvolané užívaním sedatív a hypnotík)
- *kokaínový typ drogy* (F14 – duševné poruchy a poruchy správania vyvolané používaním kokaínu)
- *psychotropno-stimulačný typ drogy* (F15 – duševné poruchy a poruchy správania vyvolané užívaním iných stimulancií)
- *halucinačný typ drogy* (F16 – duševné poruchy a poruchy správania vyvolané užívaním halucinogénov)
- *tabakový typ drogy* (F17 – duševné poruchy a poruchy správania vyvolané užívaním tabaku)
- *solvenciový typ drogy* (F18 – duševné poruchy a poruchy správania vyvolané užívaním prchavých organických rozpúšťadiel)
- *kombinovaný typ drogy* (F19 – duševné poruchy a poruchy správania vyvolané používaním niekoľkých látok a používaním iných psychoaktívnych látok).

V tejto súvislosti treba spomenúť, že užívanie psychoaktívnych drog tak môže viesť **k poruchám**, ktoré sa označujú v medzinárodnej klasifikácii chorôb príslušným **päťmiestnym kódom**. V nasledujúcej tabuľke uvádzame pre ilustráciu prehľad základných syndrémov:

Tab. č. 3: Prehľad základných porúch vyplývajúcich z užívania psychoaktívnych látok

Syndróm	Označenie	Poznámky
Akútna intoxikácia	F1X.0.	X = 0 – 9 konkrétna psychoaktívna látka alebo jej skupina . = 0 – bez postihnutia (funkcie v norme) 1 = minimálne postihnutie (20 % odklon od normy) 2 = zreteľné postihnutie (40 %) 3 = podstatné postihnutie (60 %) 4 = závažné postihnutie (80 %) 5 = trvalé postihnutie (100 %, krízový stupeň, trvalé ťažké postihnutie)
Poškodzujúce užívanie	F1X.1.	
Syndróm závislosti	F1X.2.	
Odvykací syndróm	F1X.3.	
Odvykací stav s delíriom	F1X.4.	
Psychotická porucha	F1X.5.	
Amnestický syndróm	F1X.6.	

(Porov. Fischer – Škoda, 2009, s. 91).

5.2 Charakteristika vybraných skupín drog

V nasledujúcej podkapitole sa pokúsime priblížiť charakteristiku jednotlivých skupín drog (podľa aktuálnej typológie závislostí MKCH) s vymenovaním typických zástupcov konkrétnych látok s ich výskytom a spôsobom užívania, s uvedením ich účinkov a následnou identifikáciou prejavov v správaní, dôsledkami a rizikami, ktoré po užití nasledujú, a načrtnutím základnej intervencie (najmä liečebnej).

5.2.1 Alkohol

Alkohol je známy ľudstvu zrejme od samotného úsvitu dejín a v starých bájkach a povestiach sa označuje za dar bohov. Ani následky požívania alkoholu a alkoholických nápojov nie sú neznáme. V Biblii sa napríklad stretávame s opisom Noemovej opitosti, ktorú využili jeho dcéry. (Janík – Dušek, 1990, s. 26.) Napriek tomu sa o užívaní alkoholu, jeho príprave a nadužívaní viacej dozvedáme až v období stredoveku.

Základná charakteristika: hlavnú psychoaktívnu zložku alkoholických nápojov tvorí chemický etanol (etylalkohol, špiritus, lieh), ktorý vzniká kvasením rastlinných produktov s obsahom sacharidov. Patrí medzi legálne drogy.

Výskyt užívania: patrí medzi najrozšírenejšiu a v našom sociokultúrnom prostredí výrazne akceptovanú psychoaktívnu látku.

Spôsob užívania: preferované je aplikovanie per os (prehĺtaním ústami). Existujú rôzne variácie a koncentrácie látky (miešané nápoje, destiláty). U nás platí zákaz predaja alkoholu osobám mladším ako 18 rokov.

Účinky a ich identifikácia: následkom užitia sa dostaví opitosť, ktorá môže mať vzhľadom na viacero faktorov (miera, frekvencia užitia, fyzické predispozície, psychické nastavenie užívateľa) odlišný stupeň intoxikácie – alkoholémie (ľahká opitosť – excitačné štádium, opitosť stredného stupňa – hypnotické štádium, ťažká opitosť – narkotické štádium, ťažká intoxikácia so stratou vedomia – asfyktické štádium). Kým malé dávky alkoholu pôsobia stimulačne, vyššie pôsobia tlmivo (podľa tejto skutočnosti pretrváva mýtus, podľa ktorého býva alkohol radený z hľadiska účinku na psychiku človeka medzi stimuláciou, v skutočnosti patrí do kategórie depresantov). Alkohol pôsobí ako antianxiotikum – na počiatku užitia alkoholu dochádza k zlepšeniu nálady, pocitu vyššieho sebavedomia, pocitu prebytku energie, postupne sa dostavuje útlm, zníženie sebavedomia, únava a spánok. V najťažších fázach intoxikácie či pri náhlom prerušení užívania alkoholu v rozvinutej forme závislosti dochádza k deliriu tremens (traseniu rúk, výraznému poteniu, pocitu zmätenosti, desivých snov atď.).

Dôsledky užívania: ako krátkodobé prejavy možno pozorovať na somatickej úrovni: poruchy rovnováhy, svalového napätia, nevoľnosť, zvracanie, spomalenie reakčného času (najmä pri jazde autom). Z psychických prejavov možno sledovať poruchy správania spojené s agresivitou, znížená sebakritickosť vedúca k riskantnému správaniu a úrazom.

Pri dlhodobom užívaní alkoholu dochádza k poškodeniu a následne nádorovému bujneniu tráviaceho traktu, špecifickým prejavom býva poškodenie pečene (cirhóza, vznik varixov), poškodenie obehovej sústavy (napr. zvyšovanie krvného tlaku), poruchy krvotvorby, anémie, poškodenie nervového systému, poruchy spánku, úzkostno-depresívnym stavom, poškodenie endokrinného systému (napr. impotencia), pri tehotenstve k poškodeniu plodu a vytvoreniu fetálno-alkoholového syndrómu. Vývoj závislostí prebieha podľa Jellinka v štyroch vývojových štádiách: 1. počiatočnom (symptomatickom), 2. varovnom (prodromálnom), 3. rozhodnom (kruciálnom) a 4. konečnom (terminálnom). Autor tiež stanovil v roku 1940 päť základných typov alkoholovej závislosti:

- typ alfa – (problémové pitie) abúzus bez prejavov závislosti, nedisciplinované pitie. Pitie sa reguluje bez toho, aby človek musel abstinovať. Typ prechádza často do typu gama.
- typ beta – (príležitostný spoločensky podmienený abúzus), nevytvára sa závislosť, ale v priebehu dlhodobého pitia prichádza ku komplikáciám ako zápal nervov, sliznice, cirhóze pečene. Ide tu o nadmerné pitie a poruchy výživy.
- typ gama – (anglosaský typ s preferenciou piva a destilátov) vyjadruje abúzus, tretia fáza. Hlavnými príznakmi je stúpajúca tolerancia, strata kontroly v pití, ale pritom je zachovaná schopnosť abstinovať, vytvorenie psychickej závislosti.
- typ delta – (románsky typ s preferenciou vína) časté a nadmerné pitie menšieho množstva vytvárajúce závislosť. Pri tomto druhu pitia nedochádza k strate kontroly, ide o udržiavanie si hladiny alkoholu v krvi, bez schopnosti abstinovať, pretože sa dostávajú silné abstinenčné príznaky. Takýto človek nemusí javiť známky opitosti, ale nikdy nie je triezvy. Výrazná fyzická závislosť. Typy gama a delta sa často kombinujú s prevahou jedného z nich.
- typ epsilon – (kvartálne pijanstvo) epizodické pitie alkoholu, periodické pijanstvo, keď nastupuje snaha o úplnú abstinenciu, býva sprevádzaný afektívnymi poruchami.

Prevenia a intervencia: zvlášť dôležitá je prevencia v primárnom stupni, ktorá kladie dôraz na kontrolované užívanie alkoholu vzhľadom na kultúrnu akceptáciu v našich podmienkach. So zreteľom na nepriaznivé štatistické ukazovatele nárastu užívania alkoholu, a to hlavne na strane žien, je potrebné vytvárať dlhodobé selektívne preventívne programy. Pri experimentujúcej dospievajúcej mládeži sa odporúča poskytovanie informácií o užívaní alkoholových nápojov najmenej poškodzujúcim spôsobom (princíp harm reduction). Poskytovanie preventívnych služieb v sekundárnom a terciárnom stupni na našom území má svoju historické pozadie (spolky striezlivosti) a je uskutočňované na vysokej profesionálnej úrovni (detoxifikácia a liečba, resocializácia).

5.2.2 Opioidy a opiáty

Prvá historicky doložená zmienka o používaní šťavy z makovíc sa nachádza v starom sumerskom texte asi 6000 rokov pred n. l. Zakladatelia modernej medicíny Galenos aj Hipokrates s určitosťou používali ópium ako prostriedok na utíšenie bolesti. Do Európy si našlo ópium cestu neskôr, až v období renesancie. Nemecký lekár, prírodovedec a filozof Paracelsus (1493 – 1541) pripravil prvý polosyntetický preparát na medicínske využitie rozpustením ópia v alkohole a túto tinktúru nazval – laudanum. *Grécky mýtický boh spánku Morpheus vstúpil symbolicky aj do dejín medicíny a omamných látok, lebo v rokoch 1803 – 1806 sa nemeckému lekárnikovi Fridrichovi Wilhelmovi Serturnerovi (1783 – 1841) podarilo izolovať zo zahustenej šťavy z makovíc látku, ktorú prvotne nazval Principium somniferum (spánok navodzujúca látka). Z nej neskôr vytvoril síranovú chloridovú aj octanovú soľ tejto látky alkaloidnej povahy, ktorú pre svoje vlastnosti pomenoval po svojom antickom predchodcovi – morfium.* (Novomeský, 1995, s. 30). V roku 1874 bol syntetizovaný heroín, liek proti kašľu, neskôr predávaný ako liek proti závislosti na morfine, kým sa nezistili jeho negatívne účinky.

Základná charakteristika:

ide o skupinu tlmivých látok s výrazným euforickým efektom (ópium – šťava z nezrelých makovíc). Medzi prírodné druhy drog ópia patria morfín a kodeín, medzi polysyntetické a syntetické zaraďujeme heroín, metadon a buprenorfín. Môžeme ich deliť aj z hľadiska pôsobenia na receptory na *agonistov* – viažucich sa a plne aktivizujúcich receptor (morfín, heroín, metadon), *čiasočných antagonistov* – blokujú receptor, ale len čiastočne (buprenorfín) a *antagonistov* – viažu sa, ale receptor neaktivujú, blokujú receptor a bránia účinku iného opioidu (naloxon).

Výskyt užívania: Najrozšírenejšou drogou z tejto skupiny v Európe je *heroín* (čistý heroín pripomína biely jemný prášok, znečistený má rôzne odtiene hnedej). Podobne ako *morfín*, ktorý má najčastejšie formu žltého prášku je dobre rozpustný vo vode, po jej ochutnaní má trpkastú chuť. *Prírodné ópium* má naopak lepkavú formu zelenej až hnedej farby v závislosti od miery zrelosti, v zrelej forme má najčastejšie tvar kocky alebo guľôčky zabalených do listov v krajinách pôvodu. Starší typ opioidu vyrábaného z kodeínu, užívaného najmä v ČR, predstavuje *braun*. *Buprenorfín* patrí medzi substitučné látky, zneužívané ako náhrada nekvalitného heroínu. Naopak *metadon* sa vo forme sirupu používa čisto ako substitučná látka v liečbe.

Spôsob užívania: najčastejšou formou aplikácie je intravenózne užívanie (heroín), ďalej inhalácia po zahriatí na alobal, fajčenie v cigaretách, perorálne (buprenorfín) a najmenej bežné je sublingválna aplikácia (rozpuštením v ústnej dutine).

Účinky a ich identifikácia: upokojujúci účinok, eufória, pocit tepla, príjemné pocity, pocity ľahostajnosti, zníženie vnímania telesných pocitov, analgetické účinky.

Z krátkodobých účinkov môžeme pozorovať – útlm nervového a dychového systému, sivá pokožka, vracanie najmä v prvopočiatočných fázach užívania, škrabanie sa po celom tele, pokles telesnej teploty, zúženie zreníc pri niektorých bez reakcií na svetlo, spomalenie srdcovej činnosti, spomalenie svalovej pohyblivosti, problémy s močením, pokles plodnosti žien.

Pri dlhodobom užívaní dochádza k výraznej somatickej i psychickej závislosti, stúpaniu tolerancie voči účinkom opioidov, k výraznému a nezvratnému poškodeniu organizmu, poklesu pociťovania bolesti.

Dôsledky užívania: vzhľadom na úzku hranicu medzi účinnou a smrteľnou dávkou (nazývanou aj zlatá strela), je užívanie opiátov vysoko rizikové. Zvlášť nebezpečné je užitie rovnakej dávky po detoxikácii, keď môže byť už prvá dávka v relapse rovnako smrteľná.

Prevencia a intervencia: liečba závislostí na opioidoch, ktorá má viesť k abstinencii, spočíva v detoxikácii, režimovej liečbe a v psychoterapii s následným doliečovaním. Významná je forma substitučnej liečby, ktorá má viesť k stabilizácii užívateľa s možnosťou doceliť abstinenciu.

5.2.3 Konopné drogy

Súčasná historická výskumy vyvracajú doteraz nesprávne tvrdenia, že konopné látky sa dostali do Európy až v období novoveku. Posledné zistenia dokonca tvrdia, že pokusy pestovať konopné látky pochádzajú až z dôb 10 000 rokov pred Kristom. Prvá písomná zmienka z európskeho kontinentu pochádza od gréckeho historika Herodota z Halikarnasu, ktorý ju aj ako prvý označil pojmom kanabis – hlučný (ako označenie správania, ktoré po jej užití nasleduje). Starovekí Germáni drogu z konope nazývali lanapas, Asýrčania kunubu, Gréci kannabos. Konope sa spomína i v indických brahmánskych textoch. Slovo hašiš sa podľa Novomeského (1995) do sveta dostalo pravdepodobne z arabských krajín. Obvykle sa toto slovo spája s menom zakladateľa sekty arabských bojovníkov 11. storočia – Assasínov šejka Hassana-Ibn-Al-Sabbaha, militantného šíriteľa izmaelitskej viery v Perzii.

Základná charakteristika: patria medzi prírodné látky s halucinačnými účinkami. Ide zväčša o jednoročnú dvojdomú rastlinu, maximálne dva metre vysokú. Medzi najznámejšie patria *cannabis sativa* a *cannabis indica*. Vyššiu koncentráciu psychotropnej látky THC obsahujú samičie rastliny. Najvyššiu koncentráciu obsahuje živica kvetov, ktorú nazývame *hašiš*, pripomínajúci čokoládu. Účinnú látku predstavujú kanaboidy. Medzi najčastejších zástupcov patrí *marihuana*, ktorú tvorí zmes listov, vetvičiek, semien, kvetov a predovšetkým palíc, užívanú vo forme cigarety (jointa).

Výskyt užívania: konope je z hľadiska produkcie a obchodovania najrozšírenejšou drogou, v EÚ s celoživotnou prevalenciou 10 – 20 % vo vekovej skupine 15 – 24 rokov (Kalina, 2010, s. 352).

Spôsob užívania: najčastejší spôsob je fajčenie s nástupom účinkov od 20 minút do troch hodín. Menej často sa užíva per os. Zvlášť obľúbená forma užívania je inhalácia marihuany na spôsob vodnej fajky (tzv. bongo). Látku možno detegovať z moču od jedného do tridsiatich dní.

Účinky a ich identifikácia: predovšetkým upokojenie, eufória, veselosť a pocity „rozšíreného“ vedomia. Medzi typické prejavy užívateľov patrí bezdôvodný neutišiteľný smiech. Po odznení účinkov nastupuje únava, otupenosť.

Ku krátkodobým prejavom patrí sucho v ústach, hlad, zmeny vo vnímaní času, obsedantné myšlienky, predĺženie reakčného času počas intoxikácie, halucinácie, psychotické zážitky, zvýšená srdečná aktivita. Medzi dlhodobé nežiaduce účinky patrí spomalenosť a poruchy krátkodobej pamäte.

Dôsledky užívania: užívanie kanaboidov spôsobuje u niektorých jedincov vznik ťažkých psychotických ochorení vrátane schizofrénie, a to z dôvodu náhleho zvýšenia neurotransmiteru dopamín v neurosynaptickom prenose. Tieto formy schizofrénie, žiaľ, podľa klinických skúseností majú často irreverzibilný charakter ochorenia a neraz prechádzajú do trvalej invalidity užívateľa. Pri užívaní kanaboidov nedochádza k špecifickému odvykaciemu stavu, môžu sa vyskytovať poruchy pozornosti a spánku. Psychická závislosť vzniká len zriedka, telesná závislosť nevzniká.

Prevenia a intervencia: vzhľadom na vysokú mieru experimentálneho užívania tínedžerskou mládežou treba klásť dôraz na včasnú primárnu prevenciu s uvádzaním pravdivých informácií najmä o negatívnych dôsledkoch pri kombinovaní s inými psychotropnými látkami. Liečba nevyžaduje špecifickú medikáciu, akútne ťažkosti sú liečené symptomaticky. Pri snahe o resocializáciu je dôležité podchytiť seberealizačné tendencie abstijnujúceho.

5.2.4 Farmaká s psychotropným účinkom

V roku 1903 bola po prvýkrát syntetizovaná a uvedená do praxe na liečbu nespavosti nová látka – kyselina dietylbarbitúrová, s firemným názvom Veronal. O desať rokov neskôr bol opísaný osobitný psychosomatický stav pri požívaní nadmerných dávok barbiturátov, označovaný ako veronalizmus. V roku 1950 bol v USA vyrobený nový preparát so sľubnými účinkami pri tlení neurotických ťažkostí, napätia a podráždenosti s názvom Meproamat. Okolo roku 1960 bol syntetizovaný ďalší preparát, významne dopĺňujúci túto skupinu potenciálne návykových látok – chlórdiazepoxid, jeho deriváty, tzv. anxiolytiká (benzodiazepíny) sa rovnako stali problémovými návykovými látkami.

Základná charakteristika: tvoria nesúrodú skupinu viacerých farmák. Tvoria ju látky zo skupiny analgetík, sedatív, hypnotík a anxiolytík. Väčšinou sú to opioidy a benzodiazepamíny. Rovnako zneužívané môžu byť i antidepresíva a anestetiká. *Analgetiká* slúžia na tlenie bolesti. *Sedatíva* utlmujú aktivizačný systém, vedomie. *Anxiolytiká (trankvilizéry)* spôsobujú pokles psychickej tenzie a utlm centrálnu nervovú sústavu. Spomedzi liečiv s centrálnou tlmivým účinkom možno spomenúť hypnotiká (Barbital, Dormicum a nebarbiturátové hypnotiká: Rohypnol, Nitrazepam, Noxyron a iné); anxiolytiká (Diazepam, Oxazepam, Lexaurin a iné); analgetiká (Acylcoffin, Acylpyrin, Alnagon, Analgin, Miobal, Neuralgen, Spazmoveralgin a iné).

Výskyt užívania: Užívanie tejto skupiny látok je veľmi časté najmä zo skupiny benzodiazepaminov, často v rozpore s odporúčaným dávkovaním. Zvlášť závažné je užívanie psychofarmák ženskou populáciou. Z hľadiska nelegálneho obchodu s drogami majú liečivá

veľký význam, pretože predstavujú dôležité *prekurzory* na výrobu ďalších syntetických drog, najmä z kategórie opiátov a psychostimulancií.

Spôsob užívania: najčastejšie používanie prebieha per os. V začiatkoch užívania dávky neprekračujú terapeutické odporúčania (napríklad pri menštruačných bolestiach). Zväčša ide o primárnu drogu, prípadne aj v kombinácii s alkoholom. Pri vyššom štádiu závislosti dávky dosahujú niekoľkonásobnú terapeutickú dávku.

Účinky a ich identifikácia: Trvanie dávky závisí od viacerých faktorov (druh lieku, množstvo, kombinovanie látok a predispozície užívateľa). Niektoré z farmák je možné detegovať do tridsiatich dní. Medzi hlavné prejavy účinkov patrí celkové upokojenie sa po psychickej i fyzickej stránke a pokles svalového napätia. Väčšina látok redukuje strach a úzkosť. Medzi krátkodobé nežiaduce účinky patrí únava, ospalosť, poruchy vedomia, koordinácie, pamäti, stavy zmätenosti, strata motivácie a útlmy v dýchaní. Pri dlhodobom užívaní dochádza k poruchám kognitívnych funkcií.

Dôsledky užívania: pri odvykaní ťažších foriem závislosti dochádza k silným prejavom abstinénneho syndrómu (porovnateľné s odvykaním od heroínu a alkoholu). Pri ľahšom priebehu sa prejavuje nepokoj, nespavosť. V strednom stupni trasenie, potenie, nevoľnosť. Pri ťažkých prípadoch halucinácie s delíriom. Odvykací proces vyžaduje hospitalizáciu.

Prevenia a intervencia: dôležité je klásť dôraz na univerzálnu prevenciu, a to pri všetkých vekových skupinách (dochádza k podceňovaniu misúzu psychofarmák). Významné je aj posilnenie selektívnej prevencie (ženská časť populácie) a indikovanej (staršia generácia – preskripcia psychofarmák lekármi bez dohľadu na ich množstvo a kombinovanie).

5.2.5 *Psychomotorické stimulanty*

Prvé správy o kokaíne sa objavujú v 16. storočí po návratoch španielskych a portugalských dobyvateľov Nového sveta späť do Európy. Zázračná rastlina, ktorú tamojší domorodci žuvali, priviezol roku 1750 do Francúzska Joseph de Jussieu. Vedecky ju analyzoval Lamarck a dal jej doposiaľ platný názov *Erythroxyton coca*. Švajčiari Tschudi v roku 1835 zistil, že výluh z lístkov kokového kríka má okrem excitačných účinkov aj výraznú schopnosť tlmiť bolesť. Roku 1860 objavil Albert Niemann účinnú látku v rastline koka. Išlo o alkaloid, ktorému bol daný názov kokaín. V 70. rokoch 19. storočia sa kokaín používal aj na liečbu morfinistov, čo viedlo ku kokainizmu.

„Známy osviežujúci nápoj *Coca-Cola*, ktorý v roku 1886 namiešal v Atlante (USA) lekárnik Johann S. Pemberton, obsahoval pôvodne aj podiel kokaínu, ktorý je v nápoji po protestoch amerických lekárskejších spoločností od roku 1903 nahradený iba aromatickým a neškodným extraktom z kokových lístkov.“ (Novomeský, 1995, s. 56.)

Základná charakteristika: spôsobujú celkové nabudenie organizmu, zvyšujú jeho telesný i duševný výkon. Dávky môžu mať halucinačný efekt. Ide o mechanizmus biogénnych amínov. Medzi hlavných zástupcov patrí *pervitín* vo forme žltofialového prášku horkastej chuti. Je možné ho detegovať v moči od 3 do 21 hodín. Nástup jeho účinku je v priebehu 5 – 10 minút a trvá 8 – 24 hodín. Pri užití per os je nástup účinku oneskorený. Ďalším zástupcom je *kokaín*, alkaloid získaný z juhoamerickej rastliny, ktorej listy sa tradične užívajú žuvaním. Zvláštna forma kokaínu je *crack*, ktorý sa najčastejšie fajčí.

Výskyt užívania: najčastejšou užívanou látkou je metamfetamín (*pervitín*), užívanie kokaínu sa vzťahuje len na vysokožárobkových užívateľov. Užívanie cracku je v EÚ málo zastúpené.

Spôsob užívania: prevažuje injekčná aplikácia prevažne vnútrožilová. Menej často dochádza k inhalácii látok po zahriatí na alobale alebo aplikácia per os. Kokaín sa najčastejšie užíva intranazálne, kokaínový prášok sa obvykle opatrne urovná do úzkych riadkov (koľajničky, rails) na hladkej rovnej ploche (pre finančnú náročnosť), k prášku sa priloží koniec asi 10 cm

dlhej rúrky a po uzatvorení druhej nosovej dierky prstom nasleduje prudké vdýchnutie nosom.

Účinky a ich identifikácia: odstraňujú únavu, urýchľujú myslenie, zvyšujú komunikáciu, uľahčujú tvorbu asociácií, vyvolávajú pocit zvýšenej sily a energie. Najčastejším príznakom je nechutenstvo vedúce k nižšiemu príjmu potravy.

Medzi nežiaduce účinky krátkodobého charakteru patrí sucho v ústach, zvýšená potivosť, nadmerné vyčerpanie organizmu, pocity prenasledovania a ohrozenia (tzv. stihomam), rozšírené zornice bez reakcie na svetlo, strach a úzkosť, kŕčovité vykrútenie svalov, zrýchlené myslenie s poklesom jeho kvality.

Pri dlhodobom užívaní možno sledovať z nežiaducich účinkov výrazné schudnutie, halucinácie, vznik psychickej závislosti vysokého stupňa.

Dôsledky užívania: pri snahe o vysadenie dochádza k výraznej únave, vyčerpaniu, nepokoju a intenzívnej chuti na opätovné užívanie drogy. Pri počiatkovej snahe o abstinenciu dochádza k depresiám, úzkostným stavom, ktoré môžu viesť až k sebevražedným myšlienkam. Po nich nasleduje silná túžba užiť drogu a často sa objavujú relapsy (opätovné siahnutie po droge). Snaha o abstinenciu je veľmi náročná a trvá niekoľko mesiacov.

Prevenia a intervencia: v prípade silnej toxicity látok je potrebná hospitalizácia na psychiatrii. Stav úzkosti a paniky sa môžu prejaviť aj po jednorazovej intoxikácii. Liečba spočíva hlavne v psychoterapii vzhľadom na neprítomnosť somatického odvykacieho stavu.

5.2.6 Halucinogény

Zmienky o halucinogénoch nachádzame už v dávnych časoch – používali ich na magické úkony (šamani), pri rôznych rituáloch (veštenie) či ako stredoveké postupy čiernej mágie. Názov *halucinogéne* pochádza až z roku 1959. V roku 1938 náhodne objavuje Albert Hoffman novú chemickú zlúčeninu, ktorú nazval dietylamid kyseliny lysergovej (LSD), ktorá sa v šesťdesiatych rokoch 20. storočia stala obľúbenou drogou hnutia „deti kvetov a mieru – hippies“. V 70. rokoch minulého storočia zohrala svoju rolu pri formovaní psychedelického prúdu v umení.

Základná charakteristika: tvorí ju skupina prírodných až syntetických látok. Spôsobujú zmeny vnímania (tvorbu halucinácií). Proces tvorby halucinácií je predmetom odborných sporov, mechanizmus nie je ešte jednoznačne objasnený. Jednou z teórií je vplyv účinných látok halucinogénov na obsah podvedomia, ktoré sa následne premietajú do tvorby halucinácií. Medzi typické *prírodné halucinačné látky* patrí psilocybín (obsiahnutý v hubách), meskalín (obsiahnutý v kaktuse *Lophophora Williamsii*), durman, myriscín (v muškátovom oriešku), kyselina ibotenová (v muchotrávke červenej) a bufeteín (jed žiab). V prípade prírodných halucinogénov je problematické zistiť mieru intoxikácie, ktorú dokážu vyvolať (hlavným determinantom sú ekologické podmienky, v ktorých boli vypestované). Zo *syntetických halucinogénnych látok*, ktoré boli v minulosti vyrobené pre farmakologické potreby, sú to najmä LSD, PCP alebo ketamín.

Výskyt užívania: užívanie halucinogénov je celosvetové, výrazne determinované sakrálnym kontextom, týka sa špecifických skupín a lokalít. Vyskytujú sa aj príležitostné experimentálne intoxikácie spôsobené hlavne prírodnými halucinogénmi (durman), ktoré sa ťažko diagnostikujú a môžu viesť k úmrtiu.

Spôsob užívania: najčastejší spôsob užívania halucinogénov je per os. Zvláštnu preferovanú formu predstavuje rozpúšťanie drogy v ústnej dutine pod jazykom, ďalej sa využíva fajčenie, okrajovo injekčná aplikácia. Nástup účinku je pomerne rýchly, k vrcholu intoxikácie dochádza až po niekoľkých hodinách. Rovnako odznenie účinkov drogy môže nastať až po dlhšom čase. Výrazný stupeň toxicity sa docieľuje užitím syntetickej látky LSD (dietylamid

kyseliny lysergovej), ktorý sa distribuuje prostredníctvom tzv. tripov (napustených lístkov). Účinok nastupuje pomerne rýchlo (pol hodina) a odznieva po dlhšom čase (6 – 12 hodín).

Účinky a ich identifikácia: sú podmienené zložením užitej látky a jej veľkosti a zároveň celkovým duševným rozpoložením užívateľa (setting). Vzhľadom na to, že ide o látky, ktoré majú výrazný vplyv na psychické prežívanie človeka, vstupné naladenie užívateľa tvorí významný faktor celkového účinku drogy. Dochádza k špecifickým druhom vizuálnych a sluchových ilúzií a ich syntéze (videnie hudby, počutie farieb). Taktiež dochádza k častej deformácii vnímania času a priestoru. Užívateľ často prichádza k mylným záverom.

Medzi krátkodobé nežiaduce účinky patria špecifické formy prežívania: bad trip, neprijemný priebeh intoxikácie spojený so zážitkami úzkosti, paniky, paranoje, halucináciami bez možnosti zastaviť takýto priebeh intoxikácie (časté úmrtia spôsobené samovraždou – vyskočenie z okna). Ďalej sú to stavy depersonalizácie a derealizácie (premiestňovanie sa v predmetoch). Zvláštnym prejavom užívania halucinogénov je tzv. flashback (návrat stavu počas intoxikácie bez opätovného užitia drogy aj po niekoľkých hodinách či dňoch, najmä vo vypätých situáciách. Pri dlhodobom užívaní možno badať závažné zmeny osobnosti hraničiace s psychotickým stavom. Ďalej možno zistiť závažné organické poškodenie orgánov a ich toxicitu.

Dôsledky užívania: napriek tomu, že tieto látky nevyvolávajú ani psychickú, ani somatickú závislosť, je ich užívanie vysoko rizikové najmä z hľadiska priebehu intoxikácie. Jej priebeh je ťažko predvídateľný, ktorý môže viesť k auto- alebo heteroagresivite a pri predisponovaných osobách k rozvinutiu psychotických stavov.

Prevenia a intervencia: z hľadiska primárnej prevencie treba preventívne aktivity nasmerovať tak, aby viedli k odmytízovaniu predstáv a dostupných faktov, ktoré vedú k zvedavosti a následnému experimentovaniu so skupinou týchto drog. Treba poskytovať pravdivé informácie, ktoré priblížia objektívne účinky a riziká vyplývajúce z užívania voľne dostupných (predovšetkým prírodných) halucinogénov. Pri detoxikácii sa kladie dôraz na vysadenie drogy, v liečbe sa preferuje psychoterapia (pre fenomén flashbacku).

5.2.7 MDMA a tanečné drogy

Prvá známa skupina látok bola odvodená od efedrínu (1887). V roku 1930 bol na trh uvedený amfetamín – liek proti opuchu sliznice nosa pri nádche a taktiež sa používal na liečbu narkolepsie (chorobnému spánku) či parkinsonizmu. Počas 2. svetovej vojny plnila táto skupina látok významnú úlohu ako životabudič proti únave a spánku v letectve. V povojnovom období sa tieto látky veľmi rýchlo rozšírili najmä v prostredí ľudí pracovne exponovaných (manžérov) na zvyšovanie mentálnych výkonov, odstraňovanie trémy a elimináciu únavy. V 60. rokoch sa aj v bývalom Česko-Slovensku objavili preparáty ako Fenmetrazin a Dexfenmetrazin, vyrábané najmä na odstraňovanie pocitu hladu v terapii obezity. V našich podmienkach mala výrazný vplyv na vzostup užívania domáca výroba Pervitínu pochádzajúceho z Čiech. Vďaka syntetickému pôvodu a sofistikovanej výrobe sa amfetamíny stávajú najobľúbenejšie drogy najmä pre príležitostné užívanie.

Základná charakteristika: tvoria skupinu syntetických látok, ktorých užívanie je spojené s akciami reprodukovanej elektronickej hudby. Hlavným predstaviteľom je extáza (MDMA – metylendioxyamfetamín) a podobné látky MDEA a MDA. Distribuovaná extáza má podobu tabletky (často s vyznačeným určitým symbolom dílera), prípadne tobolky s účinnou látkou vo forme tekutiny. Hlavným princípom pôsobenia týchto látok na neuroreceptory zodpovedné za reguláciu uvoľňovania serotonínu uvoľňujúceho dopamín, čo výrazne mení prežívanie konzumenta.

Výskyt užívania: rekreačné užívanie MDMA nastáva v 70. rokoch v USA. V 80. rokoch sa jeho užívanie objavuje aj v Európe. Patria k obľúbenej skupine drog užívanej počas

masových akcií tanečného charakteru, sprevádzané typickou hudbou (techno, house, rave a pod.).

Spôsob užívania: bežne sa užíva per os, výnimočne injekčne. Účinok drogy nastupuje po pol až jednej hodine, odznieva po 5 – 7 hodinách. Je možné detegovať ju v moči aj po niekoľkých dňoch.

Účinky a ich identifikácia: v počiatočnej fáze intoxikácie sa môže objaviť zmätenosť a nepokoj. Po nej zvyčajne nasleduje pohoda, mizne stres, zlepšuje sa nálada. Užívanie v spoločnosti spôsobuje pocity empatie, lásky, zvyšuje sa miera komunikatívnosti, potreba telesných dotykov. Halucinačný efekt je zväčša veľmi mierny.

Dôsledky užívania: z krátkodobých nežiaducich účinkov si možno všimnúť nevoľnosť až zvracanie, nechutenstvo, znížená potreba spánku, potenie, sucho v ústach, rozšírené očné zrenice, zvýšený krvný tlak, znížená schopnosť erekcie a oneskorená ejakulácia. Po odznení účinkov drogy sa môže dostaviť stav podobný „po opici“ – celková únava a zhoršenie nálady. Pri dlhodobom užívaní, môže užívanie niektorej z drog tejto skupiny látok spôsobiť poškodenie imunitného systému a nervových zakončení (určených na uvoľňovanie serotonínu).

Prevenia a intervencia: V oblasti primárnej prevencie je potrebné zamerať sa na objektívne informácie o účinkoch tanečných drog pri dospievajúcej mládeži. V hľadiska intervenčných zásahov možno spomenúť zriaďovanie špeciálnych miestností počas tanečných akcií, v ktorých v zmysle znižovania škôd zabezpečujú ochladenie organizmu, možnosť dodržiavania potrebného pitného režimu, prípadne služby učené na testovanie tabletiiek, ktoré vedú k indikácii nebezpečných prímiesí v drogách. Napriek tomu, že sa nepredpokladá somatická a psychická závislosť, môže ich užívanie vyžadovať hospitalizáciu (celkový kolaps organizmu) a prípadnú psychoterapiu pre spustenie duševného ochorenia (depresia, psychóza) vyvolaného v dôsledku užívania niektorej z tejto skupiny drog.

5.2.8 *Tabak*

Tabak pochádza z amerického kontinentu, kde bol užívaný ako rituálna plodina. Do Európy sa dostal až v roku 1492 na lodiach Krištofa Kolumba.

„O jeho rozšírenie v Európe sa zaslúžil Jean Nicot, ktorý sám tabak pestoval. Jeho meno dodnes nesie alkaloid obsiahnutý v tabaku a objavený v roku 1828 – nikotín.“ (Janík – Dušek, 1990, s. 25.)

Základná charakteristika: Ide o jednoročnú 1 – 2 metrovú bylinu. Základnou psychotropnou látkou tabaku je nikotín, prudký jed (50 mg predstavuje pre človeka smrteľnú dávku).

Výskyt užívania: Užívanie tabaku patrí k najrozšírenejšiemu na planéte. Zároveň možno jeho užívanie považovať za najnebezpečnejšie, lebo spôsobuje fyzickú závislosť a jeho dlhodobé užívanie pomerne veľké množstvo ochorení.

Spôsob užívania: najčastejšiu formu tvorí fajčenie, menej často sa užíva per os (žuvanie) alebo itranazálne (cez dutinu nosnú). Fajčením sa vstrebáva dym veľmi rýchlo, ak je nasiaknutý priamo do pľúc tzv. „šlukovanie“. Ak dym preniká len do úst a nosa je účinok pomalší. Preukazuje sa, že viac ako účinná látka nikotín má na vznik závislosti vyšší vplyv psychosociálny faktor (skupinové rituály spojené s fajčením a pod.).

Účinky a ich identifikácia: tabakové výrobky patria medzi stimulanciá, spôsobujú bdelosť, lepšiu koncentráciu a pamäť. Podieľajú sa aj na potláčaní podráždenosti a agresivity. Znižujú chuť na jedlo a bránia prírastku telesnej hmotnosti.

Dôsledky užívania: pri krátkodobom užívaní možno pozorovať zvýšenú sekréciu slín, žalúdočných štiav a potu, blokáciu hemoglobínu oxidom uhoľnatým, pri predávkovaní bolesti hlavy, studený pot, bledosť, nevoľnosť, zvracanie, dýchavičnosť.

Z hľadiska následkov dlhodobého užívania spôsobuje fajčenie tabakových výrobkov chronický zápal dýchacích ciest, poruchy tráviaceho traktu, potencie u mužov, poruchy sústredenia, spánku a celkový nepokoj.

Pri snahe prestať fajčiť sa môžu prejaviť typické abstinénčné prejavy: craving (túžba užiť tabakový výrobok) sprevádzaná podráždenosťou, netrzeplivosťou, poruchami sústredenia, úzkosťou, nepokojom a depresívnym správaním.

Prevencia a intervencia: z hľadiska primárnej prevencie treba vyvinúť preventívne snahy už pred prvým kontaktom s drogou (na 1. stupni ZŠ) s dôrazom na nácvik spôsobov odmietania drogy. Vzhľadom na skupinový charakter užívania drogy treba pri realizácii preventívnych techník brať do úvahy psychosociálny faktor (rovesnícke programy) a klásť dôraz na objektívne informácie o rizikách užívania tejto skupiny návykových drog.

V liečbe sa využívajú rôzne substitučné postupy (žuvačky, náplasti, farmaká). Vzhľadom na postupné vytvorenie psychickej aj somatickej závislosti je cesta k abstinencii pomerne náročným procesom. Pri závažných ochoreniach spôsobených fajčením tabakových látok liečba zväčša nebýva úspešná, spôsobuje trvalé a nezvratné poškodenie organizmu, v najhorších prípadoch smrť (vyšší index úmrtnosti než pri dopravných nehodách).

5.2.9 Organické rozpúšťadlá (solventiá)

Prchavé látky sa začali užívať v polovici 20. storočia v USA a niektorých štátoch Južnej Ameriky, v Európe sa tento typ závislosti rozvinul v 70. rokoch minulého storočia. Najväčší rozmach užívania zaznamenala v 80. rokoch Veľká Británia.

Základná charakteristika: látky, ktoré tvoria uvedenú skupinu, majú spoločnú vlastnosť – rozpúšťajú tuky a majú narkotický účinok. Ich hlavnými predstaviteľmi sú *toluén, acetón, éter, chloroform* a *látky niektorých lepidiel*. Spôsobujú narušenie bunkových membrán a následný útlm nervového systému.

Výskyt užívania: tieto látky sú často vyhľadávané ako doplnkové omamné látky. Vzhľadom na ich dostupnosť sa často stávajú vstupnými drogami (cca v 13 rokoch). Ich zneužívanie je príznačné aj pre skupinu jednotlivcov patriacich do skupiny osôb bez finančného príjmu, prípadne s nízkou životnou úrovňou.

Spôsob užívania: takmer výhradne inhaláciou, účinok nastupuje okamžite. Medzi niektoré spôsoby aplikácie patrí inhalovanie s využitím igelitového vrečka, napusteného kusa látky, inhalačnej masky a pod. Takýmto spôsobom užívania nie je možné určiť veľkosť dávky ani presný spôsob dávkovania. Účinok rýchlo odznieva. Látku je možné identifikovať v tele ešte niekoľko dní po užití.

Účinky a ich identifikácia: vplyv drogy sa prejavuje podobne ako stav opitosti. Spočiatku dochádza k nabudeniu, krátko na to k euforickému prežívaniu (farebné videnia, zrakové a sluchové halucinácie), postupne dochádza k útlmu až spánku. Stav po odznení účinku sa podobá „opici“.

Dôsledky užívania: užívanie látok tejto skupiny je veľmi poškodzujúce. Pri krátkodobom užívaní dochádza k nevoľnosti, útlmu nervového systému, môže dôjsť k obrne dychového systému či srdcovej arytmií). Užívanie je vysoko rizikové aj z hľadiska výskytu pomerne vysokého percenta úmrtia detí a mládeže pri počiatočných (experimentálnych) fázach užívania, najmä z dôvodu udusenía zvratkami počas upadnutia do bezvedomia. Pri dlhodobom užívaní dochádza k nezvratnému poškodeniu mozgu (rozpúšťanie bunkových obalov jednotlivých mozgových centier), ktoré sa môžu prejavovať úplnou degradáciou osobnosti, agresivitou, stratou záujmov, celkovým útlmom, v horšom prípade poškodením zrakového receptora (strata zraku) či narušením centra dýchania (zadusenie). Často dochádza k poškodeniu pečene, obličiek, všetkých súčastí dýchacieho systému (rozleptanie sliznic nosa, pľúc, strata čuchu a pod.).

Prevenia a intervencia: dôležitá je osvetová a vzdelávacia činnosť v ranom veku detí so zreteľom na skoré experimentálne pokusy v niektorých prípadoch končiace sa fatálne. Rovnako významná je realizácia informačných kampaní u predajcov solventov. Vzhľadom na rozvinutie silnej psychickej závislosti pri dlhodobom zneužívaní solvencií je potrebná psychoterapeutická pomoc s následnou podporou v doliečovaní. Pri rozhodnutí sa klienta naďalej užívať prchavé látky sa odporúča využívať techniky znižovania škôd pri užívaní prchavých látok (zaujatie stabilizovanej polohy po užití solventov, skupinové užívanie ako predpoklad poskytnutia krízovej intervencie ostatnými členmi skupiny, napr. v prípade zvracania a pod.).

5.2.10 Ostatné typy drog a ich vzájomné kombinovanie

Do tejto kategórie zaraďujeme drogy, ktoré sa vyskytujú vo väčších oblastiach sveta, avšak nerozširujú sa za hranice príslušného regiónu, prípadne drogy, ktoré slúžia na kombinované užívanie a nespádajú do ustálenej kategorizácie MKCH-10.

Patrí sem napríklad užívanie drogy **kath**, ktorá sa vyskytuje najmä v krajinách okolo Červeného mora, kde obyvatelia bez rozdielu sociálnej vrstvy a veku každodenne prežívajú zelené lístky rastliny *catha edulis* (**katha jedlá**). Spôsobuje stavy malátnej blaženosti. Rastlina *Catha edulis* dosahuje výšku 1 až 1,5 metra a podobá sa vtáčíemu zobu, vyskytuje sa v krajinách Jemen, Etiópia či niektorých afrických krajinách pri pobreží Červeného mora. Distribuuje sa v podobe čerstvých zelených výhonkov. Lístky sa žuvajú v ústach, ktoré je sprevádzané príznakmi nadmerného slinenia a následne sa vyplývajú. Nástup účinku je daný stavom miernej eufórie, ktoré môže končiť krátkodobým spánkom. K rizikám užívania kathu patria najmä poruchy srdcovej činnosti, poruchy vo výstavbe chrupu vrátane vzniku paradontózy.

Do tejto kategórie možno zaradiť aj zneužívanie **anabolických steroidov** zameraných na rast svalovej hmoty. Ich užívanie môžu zohrať významnú rolu v zmenách psychických funkcií. Dlhodobejšie užívanie anabolík vedie k afektívnej labilitate a zmenám sexuálnej apetencie. V niektorých prípadoch spôsobujú euforizujúce účinky. Podľa viacerých štúdií môže nadmerné užívanie anabolík viesť až k vzniku všetkých základných príznakov závislosti. Medzi abstinenčnými príznakmi možno identifikovať zvýšenú únavu, depresívnu náladu a túžbu po ďalšej dávke anabolika. Viaceré štúdie poukazujú aj na prepojenie užívania anabolík s prejavmi ľudskej agresivity. Z psychiatrických komplikácií sa objavujú manické a depresívne poruchy, zriedkavejšie paranoidná psychóza.

Medzi ďalšie psychoaktívne látky, na ktoré by bolo potrebné zamerať pozornosť z hľadiska nebezpečenstva vzniku závislostí, možno zaradiť **rajský plyn** a **ketamín**, ktorých užívanie na našom území je skôr ojedinelé. Ďalšou problematickou oblasťou je zneužívanie **energetických nápojov a ich kombinovanie s alkoholom**.

Celosvetové štatistiky prevalencie drog svedčia o tendencii kombinovaného užívania psychoaktívnych látok. Vyplýva z ustavičnej potreby experimentovať s drogami a uspokojiť tak potreby dopytu. Takýto spôsob výroby a užívania je považovaný všeobecne za veľmi rizikový, pretože dochádza k problematickej identifikácii účinkov jednotlivých zložiek zneužívaných látok. Systém prevencie tak reaguje na nové trendy výroby a užívania drog s určitým oneskorením a sťažuje poskytovanie intervenčných služieb.

Otázky a úlohy:

1. *Definuj pojem droga z hľadiska viacerých prístupov.*
2. *Uveďte kritériá, podľa ktorých možno klasifikovať psychotropné látky.*

3. *Vymenujte skupiny psychotropných látok, ktoré vyvolávajú duševné poruchy a poruchy správania (podľa aktuálnej typológie závislosti) v Medzinárodnej klasifikácii chorôb WHO.*
4. *Sprehľadnite a opíšte ustálený záznam kódu základné poruchy, vyplývajúce z užívania psychoaktívnych látok.*
5. *Bližšie opíšte (pôvod, základná charakteristika, výskyt užívania, spôsob užívania, účinky, dôsledky a ich prejavy, možnosti prevencie a intervencie) skupinu psychoaktívnych látok – alkohol.*
6. *Bližšie opíšte (pôvod, základná charakteristika, výskyt užívania, spôsob užívania, účinky, dôsledky a ich prejavy, možnosti prevencie a intervencie) skupinu psychoaktívnych látok – opioidy a opiáty.*
7. *Bližšie opíšte (pôvod, základná charakteristika, výskyt užívania, spôsob užívania, účinky, dôsledky a ich prejavy, možnosti prevencie a intervencie) skupinu psychoaktívnych látok – konopné drogy.*
8. *Bližšie opíšte (pôvod, základná charakteristika, výskyt užívania, spôsob užívania, účinky, dôsledky a ich prejavy, možnosti prevencie a intervencie) skupinu psychoaktívnych látok – farmaká s psychotropným účinkom.*
9. *Bližšie opíšte (pôvod, základná charakteristika, výskyt užívania, spôsob užívania, účinky, dôsledky a ich prejavy, možnosti prevencie a intervencie) skupinu psychoaktívnych látok – psychomotorické stimulanciá.*
10. *Bližšie opíšte (pôvod, základná charakteristika, výskyt užívania, spôsob užívania, účinky, dôsledky a ich prejavy, možnosti prevencie a intervencie) skupinu psychoaktívnych látok – halucinogény.*
11. *Bližšie opíšte (pôvod, základná charakteristika, výskyt užívania, spôsob užívania, účinky, dôsledky a ich prejavy, možnosti prevencie a intervencie) skupinu psychoaktívnych látok – tabak.*
12. *Bližšie opíšte (pôvod, základná charakteristika, výskyt užívania, spôsob užívania, účinky, dôsledky a ich prejavy, možnosti prevencie a intervencie) o skupine psychoaktívnych látok – MDMA a tanečné drogy.*
13. *Bližšie opíšte (pôvod, základná charakteristika, výskyt užívania, spôsob užívania, účinky, dôsledky a ich prejavy, možnosti prevencie a intervencie) o skupine psychoaktívnych látok – organické rozpúšťadlá (solvenciá).*
14. *Bližšie opíšte (pôvod, základná charakteristika, výskyt užívania, spôsob užívania, účinky, dôsledky a ich prejavy, možnosti prevencie a intervencie) o skupine psychoaktívnych látok – ďalšie typy drog a ich vzájomné kombinovanie.*

Použité pramene:

FISCHER, S. – ŠKODA, J.: *Sociální patologie*. Praha: Grada Publishing, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.

GOHLERT, F.: *Falošné vedomie: Kompetentne o drogách*. Banská Bystrica: IKAR, 2001. 142 s. ISBN 80-551-0207-4

JANÍK, A. – DUŠEK, K.: *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990. 342 s. ISBN 80-201-0087-3

KALINA, K.: *Drogy a drogové závislosti medzioborový prístup*. Praha: Úrad vlády ČR, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K.: *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. 388 s. ISBN 9788024714110
Medzinárodná klasifikácia chorôb. 10. revízia. Praha: UZIS ČR, 1992. s. 143

NOVOMESKÝ, F.: *Drogy – História – Medicína – Právo*. Banská Bystrica, 1995. 120 s.

NOVOMESKÝ, F.: *Drogy*. Martin: Advent Orion, 1996. 126 s. ISBN 80-88719-49-6.

NOVOTNÝ, V.: *Alkoholizmus a drogové závislosti*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1996. 120 s. ISBN 80 223-1078-6

6 Vybrané nelátkové návykové choroby, tzv. „nelátkové závislosti“ a new addictions

Ďalšia, v poradí šiesta kapitola sa nezaobera priamo drogami, ale závislostným správaním nelátkovej povahy teda tzv. nelátkovými závislosťami, ako ich nie celkom presne nazývame. Ich spektrum je naozaj široké a z tohto dôvodu sa výberovo zameriame na niektoré z nich: *poruchy príjmu potravy, patologické nakupovanie – schoppingholizmus, gambling – patologické hráčstvo a „sexuálnu závislosť“*. V rámci kapitoly sa zameriame aj na tzv. „new addictions“ – nové či novodobé závislosti. *Mnohé z nich sú priamo spojené s informačnými a komunikačnými technológiami ako sú mobilné telefóny a internet a jeho služby (chat, e-mail, skype), ale aj novými spôsobmi, do virtuality posunutých či prenesených bežných činností: napr. on-line stávkovanie, on-line kasína, on-line pornografia a cybersex, on-line patologické nakupovanie – schoppingholizmus, on-line zoznamovanie a on-line vzťahy a iné. Ide o problematiku veľmi širokú, v mnohých aspektoch aj novú a preto si nenárokujeme na jej vyčerpávajúce spracovanie, naopak ide o oblasť, ktorá by si vyžadovala samostatné, omnoho hlbšie rozpracovanie, než bolo možné z kapacitných dôvodov obsiahnuť v skriptách (napr. neobsiahli sme workoholizmus – patologický vzťah k práci, širokú a rozsiahlu problematiku vzťahových závislostí a v rámci nich aj problematiku psychomanipulatívnych spoločenstiev – tzv. sekty a kultu a mnohé iné).*

6.1 Všeobecná charakteristika a vymedzenie tzv. nelátkových návykových chorôb a tzv. new addictions

Ako v tejto súvislosti uvádza K. Nešpor (2009, s. 3) „*ľudia často hovoria o závislosti od práce, hazardu, počítačov, jedla alebo vzťahov. Medzinárodná klasifikácia zaraďuje tieto poruchy vrátane patologického hráčstva do iných skupín ako závislosť. Ani v jednom prípade nejde o závislosť v užšom zmysle slova. Na druhej strane nelátkové návykové choroby majú so závislosťou od chemických látok veľa spoločného.*“

L. Nábělek (2008, s. 11) konštatuje, že v poslednom období sme svedkami skutočnosti, že sa do psychiatrického slovníka dostávajú nové pojmy, ako sú **gambling, craving, cybersex** a iné. Ako citovaný autor uvádza, „*narušenie schopnosti jedinca prežívať príjemné pocity, resp. pocity slasti na základe prirodzených, bežným životom poskytovaných podnetov a situácií, podmienené poruchou funkcie mozgového systému odmeňovania, vedie u predisponovaných osôb k cieľnému opakovaniu náhradných zdrojov príjemných pocitov slasti a blaha. Látkové a nelátkové podnety pôsobiace v určitých dávkach, intervaloch či určitý čas spôsobujú dlhodobé a možno aj trvalé zmeny v neuronálnych okruhoch zodpovedných za prežívanie odmeňujúcich pocitov.*“

Základné charakteristiky novodobých nelátkových závislostí, ako uvádza J. Benkovič, sú podobné zatiaľ najznámejšej nelátkovej závislosti, poruche návykov a impulzov – patologickému hráčstvu. Pod diagnózou **návykové a impulzívne poruchy** v zmysle Medzinárodnej klasifikácie chorôb (posledná 10 revízia – MKCH-10) „*rozumieme poruchy maladaptívneho správania, kde osoba opakovane zlyháva v snahe odolať impulzom a takto sa správať s úvodným obdobím napätia a pocitom uvoľnenia v čase činu*“ (Benkovič, 2008, s. 8).

Medzi typické prejavy patria najmä:

a) *silná túžba po príjemných zážitkoch a zaujatosť týmito činnosťami – hrou (pri gamblingu), prácou, nakupovaním, surfovaním po internete, mobilným telefonovaním a posielaním SMS a MMS, počítačovými hrami;*

b) **problémy s kontrolou v jednotlivých činnostiach** – hry (pri gamblingu), práce (pri workoholizme), nakupovania (pri schopoholizme) atď. Zvyšuje sa tiež frekvencia a dĺžka času v uvedených činnostiach;

c) **preferencia týchto činností pred inými činnosťami** – povinnosťami aktivitami, záujmami jedinca, ktoré zanedbáva;

d) **pokračovanie v týchto činnostiach aj napriek vznikajúcim závažným dôsledkom** – ekonomickým (finančné dlhy) rodinným (vážne konflikty a vzťahové problémy) pracovným, spoločenským, sociálnym prípadne aj telesným a psychickým“ (ibid.).

Autori S. Fischer a J. Škoda (2010, s. 126 – 128) uvádzajú, že „**návykové a impulzívne poruchy sú poruchami schopnosti jedinca vzdorovať impulzívnym činom alebo správaniu, ktoré poškodzuje samotného jedinca alebo jeho okolie. Impulz je stav napätia, často narastajúceho, ktoré sa môže ale nemusí prejavíť nejakým konkrétnym činom alebo akciou, nutkanie je stav napätia, ktoré sa vždy spája s určitým činom či akciou. Oba stavy môžu vyústiť do návykového správania**“.

Podľa MKCH-10 medzi impulzívne a návykové choroby patria:

- patologické hráčstvo F 63.0.
- patologické zakladanie požiarov (pyrománia) F 63.1
- patologické kradnutie (kleptománia) F 63.2
- trichotilománia F 63.3
- iné návykové a impulzívne poruchy F 63.8. (Fischer – Škoda, 2010, s. 126).

Zameriame sa na tzv. **new addictions** – nové, novodobé závislosti, ktoré sú podľa Baczecka „**závislosťami všetkého druhu, pri ktorých chemické látky nehrajú významnú úlohu**“ (2009, s. 18). Mnohé z nich sú priamo spojené s informačnými a komunikačnými technológiami – mobilný telefón a internet, (a jeho službami – chat, e-mail, skype) ale aj novými spôsobmi, do virtuality posunutých či prenesených bežných činností: napr. on-line stávkovanie, on-line kasína, on-line pornografia a cybersex, on-line patologické nakupovanie – schopingholizmus.

Práve **závislostné správanie látkovej a nelátkovej povahy** patrí podľa viacerých autorov (napr. S. Fischer, J. Škoda, B. Kraus, J. Hroncová, P. Ondrejko a ďalší) medzi **najzávažnejšie sociálnopatologické javy**. Z toho dôvodu je nevyhnutné, aby ich sociálny pedagóg poznal, vedel rozlíšiť a bol nápomocný nielen v primárnej prevencii, ale aj úspešnej intervencii a riešení daného problému.

6.2 Spektrum vybraných tzv. nelátkových návykových chorôb a tzv. new addictions

Súčasnú spoločnosť môžeme vymedziť z hľadiska sociálnej patológie, užšie z hľadiska rozvoja fenoménu závislostného správania nelátkovej povahy prostredníctvom najmenej troch nasledovných charakteristík:

1. **závislostné správanie súvisiace s tzv. „kultom tela“** (ideálom je štíhla postava, tento ideál sa negatívnym spôsobom odráža najmä vo vzniku porúch príjmu potravy (ďalej iba PPP), napr. vo vzniku mentálnej anorexie (MA), mentálnej bulimie (MB) a záchvatovitého kompulzívneho prejedania (BED). V popredí sú aj iné tzv. nešpecifické PPP, ako je ortorexia, bigorexia, drunkorexia, diétovanie, ale aj v tzv. tanorexia (závislosť na opaľovaní);

– bližšie v podkapitole 6.3.

2. závislostné správanie nelátkovej povahy *súvisiace s konzumnou a na výkon orientovanou spoločnosťou* – tento fenomén sa negatívne odráža nielen vo vzniku workoholizmu – závislosti od práce, ale aj v tzv. patologickom nakupovaní – tzv. schoppingholizme, teda oniománii.

– bližšie čiastočne v podkapitole 6.4.

3. poslednou nami vymedzenou charakteristikou je *závislostné správanie súvisiace s modernými informačnými a komunikačnými technológiami* (virtuálne prostredie internetu a jeho služby, ako sú e-mail, skype, chat, ako aj problémové používanie mobilného telefónu).

– bližšie v podkapitole 6.6.

Spektrum tzv. nelátkových návykových chorôb a novodobých závislostí je omnoho širšie, vyššie prezentovaný pohľad výberovo uvádza iba niektoré z nich.

6.3 Poruchy príjmu potravy

Jedným z neželateľných produktov našej konzumnej, na výkon orientovanej spoločnosti je aj rozšírenie porúch príjmu potravy, ktoré odborná literatúra uvádza aj ako **poruchy stravovania**. Ide o pomerne rozšírenú formu rizikového správania s jasným závislostným aspektom. Podobne ako pri iných typoch návykového správania a závislosti ide o vedomú (aj keď nie vždy uvedomovanú) formu sebadeštrukcie – sebapoškodzovania človeka, ktorá je o to nebezpečnejšia, že sa **prejavuje vo vzťahu k jedlu a jedeniu, teda primárnej potrebe človeka**.

O tom, že ide o nanajvyš významný problém, svedčí fakt, že poruchy príjmu potravy predstavujú **chorobu, ktorá má jednu z najvyšších úmrtností v psychiatrickej praxi**. Podobne ako pri iných typoch návykového správania a závislosti platí, že v procese liečby v priebehu života často dochádza aj k niekoľkonásobne sa opakujúcim recidívam a relapsom. Nanajvyš varujúce sú v súvislosti s PPP práve markantné interpohlavné rozdiely vo výskyte ochorenia. Ako v tejto súvislosti uvádzajú autori P. Hartl a H. Hartlová (2000, s. 432), „*PPP trpia predovšetkým dievčatá a ženy, pričom zhruba 90 % postihnutých je v skupine 15 – 55 rokov. Oproti tomu mužská populácia má zastúpenie v tejto chorobe iba v 5 %*“. Aj to je dosť veľký počet, ak si uvedomíme, že ide o chorobu, ktorá postihuje človeka nielen v zdravotnej, psychickej a sociálnej oblasti, ale svoj deštruktívny vplyv má aj v duchovnej či spirituálnej sfére jednotlivca. Podobne ako je to pri iných formách návykového správania a závislosti, ide o problém nielen jednotlivca, ale aj jeho užšieho a širšieho sociálneho prostredia.

V podkapitolách sa postupne zameriame na vymedzenie pojmu; klasifikáciu PPP, stručne opíšeme mentálnu anorexiu, mentálnu bulímiu, záchvatovité prejedanie a bližšie rozpracujeme iné poruchy príjmu potravy – bigorexiu, ortorexiu a chorobné diétovanie.

6.3.1 Vymedzenie pojmu poruchy príjmu potravy, klasifikácia a stručný popis PPP

Psychologický slovník v zmysle medzinárodnej klasifikácie chorôb – MKCH-10 vymedzuje poruchy príjmu potravy tak, že uvádza, že **o poruche príjmu potravy, presnejšie poruche príjmu jedla** alebo tiež **závislosti od jedla** hovoríme vtedy, „*ak jedlo používame na riešenie emocionálnych problémov; myšlienky spojené s jedlom, prípadne diétou a telesnou hmotnosťou sa stávajú dôležitejšími než všetko ostatné; ide o pravé návykové správanie sprevádzané chorobnými vlastnosťami, ktoré vyžadujú liečbu*“ (Hartl – Hartlová, 2000, s. 432).

Poruchy príjmu potravy je nepresný termín, skôr by sa mal používať termín porucha príjmu jedla. Je otázne, či sú poruchy príjmu potravy (ďalej len PPP) dnes rozšírenejšie ako v minulosti, alebo jednoducho spoločnosť o nej viac hovorí.

Poruchy príjmu potravy patria medzi typické bio-psycho-sociálne poruchy, ktoré vznikajú súhrou viacerých faktorov. Patria medzi ne emocionálne a osobnostné faktory, sociálne faktory, medzi ktorými majú osobitné miesto rodinné požiadavky a nároky, ale aj vplyv dedičnosti, rovnako aj biologické činitele a kultúrne vplyvy.

Medzi poruchy príjmu jedla zaradujeme:

- **mentálnu anorexiu (MA),**
- **mentálnu bulímiu (MB),**
- **záchvatovité prejedanie (Binge Eating Disorder, BED),**
- **iné poruchy príjmu potravy (napr. bigorexia, ortorexia, diétovanie).**

So zreteľom na skutočnosť, že MA, MB a BED sú pomerne známe ochorenia PPP, ozrejmime ich iba stručne, obsiahlejšie sa zameriame na iné poruchy príjmu potravy.

- **Mentálna anorexia (anorexia nervosa, skratka MA).** V doslovnom preklade znamená **stratu alebo zníženie chuti do jedla**. Je to psychická choroba, ktorá je sprevádzaná predovšetkým dobrovoľným hladovaním, úbytkom hmotnosti a je preň typická, podobne ako pre všetky PPP, **extrémna pozornosť zameraná na jedenie a vlastnú telesnú váhu**. Anorexia je charakterizovaná veľkým úbytkom hmotnosti, ktorý sa dosahuje dodržiavaním extrémnych redukčných diét a strachom z tučnoty. Ľudia postihnutí MA sa vidia ako tuční bez ohľadu na to, akú majú hmotnosť. Sami svoju podváhu a podvýživu nepriznávajú. V ich prípade ide o veľmi skreslené vnímanie vlastnej váhy. Príznakmi sú: očividný úbytok váhy až po extrémnu vychudnutosť, počítanie prijatých kalórií v skonzumovanom jedle, často človek dodržiava prísny režim cvičenia spolu s diétovaním. 90 – 95 % výskytu MA sú ženy, v populácii asi 1– 3 % najčastejšie žien v mladom veku a MA má jednu z najvyšších úmrtností.

- **Mentálna bulímia (mental bulimia, skratka MB)** Ako uvádza psychologický slovník (ibid., s. 82) „*prejavuje sa opakovanými záchvatmi prejedania s veľkými dávkami jedla v priebehu krátkeho času, ktoré sú vyvolané neodolateľnou túžbou po jedle spojenej s nutkavou túžbou potlačiť dôsledky takeého správania, napr. zvracaním, zneužívaním laxatív, zneužívaním diuretík a pod.*

Bulimici trpia **pravidelnými záchvatmi prejedania, po ktorých nasledujú činnosti zabraňujúce priberaniu z jedla tzv. očisťovanie**. Štatistiky hovoria o výskyte 2 – 4 % postihnutých v rizikovej skupine 18 – 35-ročných žien. Pozorovať možno čoraz častejšie striedanie prejedania a očisťovania, ustavičná obava o hmotnosť a objem tela.

- **Záchvatovité kompulzívne prejedanie – (Binge Eating Disorder, skratka BED)**

Je charakterizované **príjmom potravy nezávisle od potrieb tela**. Ako uvádza Ladishová (2006, s. 31) „*na rozdiel od bulimikov nepristupuje osoba po prejedaní ku komplexnej očiste, ale ustavične drží diétu alebo sa postí v období medzi periódami, v ktorých sa nekontrolovane prejedá*“. Pri osobách s BED možno pozorovať nadváhu až obezitu, pocit straty kontroly nad jedlom, úzkosť, pocit izolácie, depresiu. Odhaduje sa, že až 25 % obéznych ľudí trpí periódami prejedania a náchylnejšie na záchvatovité prejedanie sú ženy (asi 60 % z BED tvoria ženy), avšak môžu mať aj normálnu postavu. Zvyčajne sa hanbia, že sa nevedia kontrolovať v jedle a aj za svoj fyzický výzor.

V tejto súvislosti možno podľa F. D. Krcha (2005, s. 21) uviesť aj **syndróm nočného prejedania**.

Základná charakteristika vybraných iných porúch príjmu potravy

- **Bigorexia** je termín, ktorý sa zaužíval na označenie poruchy, pri ktorej postihnutí telom i dušou prepadnú nadmernému, neprimeranému a často až zdravotne **škodlivému fyzickému cvičeniu**. Osoby posadnuté fyzickým cvičením sú schopné stráviť celé hodiny v telocvični, na bežiacom páse, pri činkách, na bicykli alebo skákaním v rámci aerobiku a vo fitnesscentrách. Nech už je ich zameranie na akékoľvek cvičenie, spoločným znakom **je extrémnosť – v záťaž, dĺžke a frekvencii cvičenia**.

Toto extrémne zameranie na telesnú stránku je **rozšírené najmä v mužskej populácii** a je zacielené na **nárast svalovej hmoty**, ktorú okrem cvičenia a posilňovania sprevádza neraz aj užívanie rôznych prostriedkov na zväčšenie svalovej hmoty. Pavel Malovič, športový lekár, v tejto súvislosti uvádza: „*Bigorektici sú muži, ktorí prepadli opačnej posadnutosti ako ich anorektické polovičky. Zatiaľ čo mnohé dievčatá sú presvedčené, že ich telo nie je dostatočne chudé, bigorektickí muži veria, že ich telesná schránka a predovšetkým svaly sú nedostatočne vyvinuté, že sú až podvyživené. A rovnako ako u anorektičiek, snaha o zmenu fyzickej vizáže podstatne mení ich spôsob života. Bigorektici trávajú značný čas vo fitnesscentrách nadmerným cvičením, rozmyšľajú o cvičení a o svojom svalstve. Rovnako je pre nich príznačné, že sa vyznačujú náhlymi zmenami nálad, poruchami stravovania a zneužívaním anabolických steroidov.*“ (Malovič, 2007, s. 24.)

Najvýraznejšou charakteristikou bigorexie je potreba cvičiť neprimerane dlho a intenzívne. Ako uvádza v tejto súvislosti Ladischová (2006, s. 37), jednotliviec cíti nutkanie, resp. potrebu vytrvať v cvičení taký čas, aký si sama stanoví (vždy býva prehnane dlhý) a nedokáže svoju aktivitu prerušiť ani o minútu skôr. Nezastavia ju ani bolesti, ani zranenie. „*V dôsledku toho dochádza k ohrozeniu fyzického, emocionálneho aj psychického zdravia postihnutého. Ak takýto človek nemá možnosť cvičiť, začne trpieť abstinenčným syndrómom a depresiou, nenávidí sám seba, zmocní sa ho obava z pribratia alebo zo straty fyzickej formy*“ (ibid.). Je zrejmé, že v dôsledku takéhoto konania dochádza k ohrozeniu fyzického, emocionálneho aj psychického zdravia postihnutého. Cieľom takéhoto konania je snaha dosiahnuť **pocit kontroly nad svojím životom aspoň v tejto oblasti**.

- **Ortorexia nervosa** je chorobná posadnutosť zdravou výživou a zdravým stravovaním. Takto postihnutí jedinci kontrolujú v potravinách obsah živín, zisťujú, či boli plodiny vypestované na biofarme a jedia výlučne biopotraviny. Nutkanie zdravo sa stravovať podporujú spoločenské trendy, lebo niektoré potraviny sú propagované ako nezdravé. Jedinec si opäť (podobne ako pri mentálnej anorexii) dôsledne vyberá, čo zje a čo nezje. Konzumuje výlučne *jedlo bez farbív, konzervačných látok, rôzne biopotraviny* a podobne. Za príznaky ortorexie sa považuje to, keď takto postihnuté osoby premýšľajú niekoľko hodín denne o zdravom jedle, jedia sami len „kvalitné“ veci, okrem ostatných, a opovrhujú tými, ktorí sa stravujú normálnym spôsobom.

- **Diétovanie** môžeme chápať ako *závislosť od diét*. Pojem diéta sa často používa v súvislosti s racionálnou výživou, avšak pod racionalitou sa môže ukryť akákoľvek absurdita. Zo zdravia sa stal argument potravinárskeho priemyslu, ktorý vyrába to, čo je práve v móde. Z mnohých reklám v médiách človek ľahko nadobudne dojem, že je normálne, resp. dokonca vhodné držať diétu. Veď rôzne prípravky na chudnutie možno zakúpiť v mnohých obchodoch a lekárňach. Je zrejmé, že dnes sú v móde diéty. Výrobcovia sa predháňajú v tom, že práve oni vyrábajú najzdravšie a najmenej energeticky hodnotné výrobky, takže si ich môžeme kúpiť a zjesť najviac – obsahujú napríklad menej tuku, alebo menej cukru.

F. J. Krch (2005) zo svojich skúseností uvádza, že veľa žien kontroluje svoju váhu hneď ako sa im zdá, že zjedli o trochu viacej, než sú zvyknuté zjesť, a namiesto príjemných pocitov sýtosti a plnosti vnímajú nasýtenie negatívne. I konzumáciu normálneho jedla po období hladu vnímajú ako prejedenie. Po takomto „prejedení“ nastáva úzkosť, ubúda aktivita

a klesá sebedovomie. Svoje telo sa im javí ako škaredé a bezhlavo sa vrhajú na diéty alebo sa nejako obmedzujú v jedle, pritom však ani nevedia, akú by mali mať hmotnosť. Diétne prostriedky sú vďaka diétam dnes v móde a stali sa dobrým a predovšetkým výnosným obchodom. Avšak okrem dobrého pocitu prinášajú so sebou aj krátkodobé výsledky a dlhodobé problémy. Po diétach sa najlepšie priberá, a tak diétny priemysel si sám vyrába budúcich zákazníkov. Aj v tomto smere hranice ľudskej podnikavosti a dôverčivosti nemajú nijaké medze, ide predovšetkým o peniaze. Redukčná diéta je zamieňaná za zdravú výživu a vychudnutosť sa často spája s krásou.

6.3.2 Niektoré spoločné znaky porúch príjmu potravy

K spoločným znakom všetkých PPP (to sú, mimochodom, aj znaky, podľa ktorých sa vymedzuje závislostné správanie všeobecne) patrí:

- baženie – craving – neodolateľná túžba opakovať svoje správanie,
- to, že človek neprestajne myslí na jedlo, telesnú hmotnosť a diéty,
- to, že prestáva robiť veci, ktoré predtým robil prirodzene a vyhýba sa im, stráca svoje pôvodné záujmy, koníčky a záľuby,
- a čo je asi najtragickjšie – stráca potešenie z bežných radostí každodenného života,
- pokračovanie v správaní napriek zjavným negatívnym dôsledkom na jednotlivca a na jeho užšie i širšie sociálne prostredie.

Z charakteristík, ktoré sme uviedli vyššie je očividné, že pri všetkých poruchách je „predmetom“ človek a jeho telesná hmotnosť a najvýraznejším spoločným znakom všetkých porúch príjmu potravy je predovšetkým odpor **človeka k svojmu vlastnému telu a skreslené vnímanie svojho tela, čo vedie k nespokojnosti s ich vlastným telom, a za prvoradý cieľ považujú zmenu telesných proporcií**, predovšetkým v oblasti brucha, bokov a stehien. O svoju telesnú hmotnosť a proporcie prejavujú oveľa väčší záujem ako normálne dievčatá. Z povahových vlastností prevláda **úzkostná starostlivosť a pedantnosť**.

Je nanajvýš otázne, či sú poruchy príjmu potravy dnes rozšírenejšie než v minulosti alebo či sa jednoducho ľudia postihnúť touto závislosťou menej hanbia hovoriť o týchto problémoch. Na jednej strane sa potvrdzuje, že počet osôb trpiacich PPP vzrastá v dôsledku zvyšujúcej sa posadnutosti našej spoločnosti *štíhlou líniou*. Naša konzumná, na výkon orientovaná spoločnosť jednoznačne vyznáva tzv. *kult tela*.

Podnetom pre preventívnu prax v sociálnej pedagogike v oblasti PPP je najmä zamerať sa na ženskú populáciu – osobitne mladé dievčatá a ženy – ako ohrozenú rizikovou, a teda obzvlášť zraniteľnú skupinu primárnej i sekundárnej prevencie, napriek tomu, že platí, že kult tela jasne ovplyvňuje aj mužskú populáciu, má však svoje špecifiká.

6.4 Vymedzenie pojmu patologické alebo nezdržanlivé nakupovanie – schoppingholizmus a jeho príznaky

Na označenie tohto rizikového správania so závislostným aspektom dodnes nie je ustálená jednotná terminológia, preto sa používajú viaceré názvy, ako napríklad **oniómánia, nezdržanlivé či patologické nakupovanie, závislosť od nakupovania (angl. shopping addiction)**.

Ako v tejto súvislosti uvádza K. Nešpor (2010, nepublik.), podobne ako pri iných návykových chorobách je aj pri nezdržanlivom nakupovaní podstatným príznakom zhoršené sebaovládanie, od ktorého sa potom odvíjajú ďalšie problémy. Uvedieme autorov prehľad relatívne objektívnych a relatívne subjektívnych príznakov a častú kombináciu schoppingholizmu s inými ochoreniami.

Niektoré typické rysy nutkavého nakupovania podľa K. Nešpora sú:

Relatívne objektívne príznaky:

- „Kupovanie nepotrebných vecí. Najčastejšie ide o nakupovanie oblečenia, obuvi, kozmetiky, kompaktných diskov, šperkov, domáceho vybavenia;
- u mužov k tomu navyše pristupuje elektronika, hardware, motoristické vybavenie a podobné predmety poskytujúce zdanie mužnosti;
- nakupovanie sa deje nad rámec finančných možností jednotlivca. S tým súvisiace finančné a iné problémy (napr. problémy v sociálnych, napr. partnerských vzťahoch);
- nakupovaniu, vrátane nakupovania cez internet, sa venuje neúmerne veľa času;
- niektorí taja drahé nákupy pred príbuznými a širším okolím, aby sa vyhli ich negatívnej reakcii;
- nezdržanlivé nakupovanie potom často spôsobuje problémy vo vzťahoch alebo v zamestnaní;
- nezdržanlivé nakupovanie môže prebiehať *kontinuálne alebo epizodicky*, napr. v súvislosti s vianočnými nákupmi, novoročnými výpredajmi atď.

Relatívne subjektívne príznaky:

- typický je nutkavý charakter pri nakupovaní a pocit, že človek musí to, či ono získať za každú cenu;
- v priebehu nakupovania sa často objavuje rozochvenie a niekedy až vzrušenie podobné sexuálnemu;
- po uskutočnenom nákupe sa často dostávajú úzkostné alebo depresívne pocity;
- časté sú i pocity viny pre nadmerné utrácanie peňazí;

V tejto súvislosti je zaujímavé uviesť častú kombináciu nezdržanlivého nakupovania a iných porúch, ktoré K. Nešpor sumarizuje nasledovne: Pri niektorých osobách s uvedeným problémom sa opisuje súbežný výskyt iných duševných porúch, ako sú *poruchy nálady a úzkostné stavy*. V 21 % až 40 % prípadov sa opisuje paralelnosť so *zneužívaním návykových látok alebo závislostí* od nich. Častá je kombinácia schopingholizmu s poruchami osobnosti, najmä *obsedantno-kompulzívnej*. Frekventovanou kombináciou bude taktiež *nadmerné venovanie sa internetu*. Postihnutý potom trávi hodiny štúdiom recenzií, porovnávaním cien, zisťovaním skúseností spotrebiteľov atď. Pritom je vystavovaný prúdu reklám, čo, prirodzene, jeho baženie a problémy iba zhoršuje. Podľa skúseností sa nezdržanlivé nakupovanie vyskytuje často aj v anamnéze *patologických hráčov* alebo sa objavuje pri abstinencii od hazardu.

Výskumné štúdie v tejto oblasti poukázali na rovnakú frekvenciu výskytu schopingholizmu pri mužoch aj ženách. Ako v tejto súvislosti uvádzajú odborníci, interpohlavné rozdiely sú viditeľné iba v zameraní na to, čo nakupujeme. Pri ženskej populácii sú to tovary spojené s vizážou (oblečenie, topánky, kozmetika, kabelky a iné) pri mužoch často veci a tovary spojené s koníčkami (napr. komponenty do osobného počítača a iné).

6.5 Patologické hráčstvo – gambling

V ďalšej podkapitole vymedzíme kritériá patologického hráčstva, riziká hazardných hier, pomenovávame štádiá patologického hráčstva, definujeme typy patologických hráčov.

Patologické hráčstvo uznala Americká psychiatrická asociácia (APA) ako chorobu v roku 1980. U nás sa diagnóza patologického hráčstva oficiálne používa od 1. 1. 1994, keď

vstúpila do platnosti posledná 10. revízia Medzinárodnej klasifikácie chorôb a patologické hráčstvo sa v nej zaraďuje medzi **návykové a impulzívne poruchy**.

Ako uvádzajú L. Nábělek a J. Vongrej (In: Hupková, 2009, s. 16 – 18) „porucha spočíva v častých opakovaných epizódach hráčstva, ktoré prevládajú na úkor sociálnych, materiálnych, rodinných a pracovných hodnôt a záväzkov. Ľudia trpiaci touto poruchou môžu riskovať svoje zamestnanie, veľmi sa zadlžiť, klamať alebo porušovať zákon, aby získali peniaze alebo unikli plateniu dlhov. Postihnutí jedinca opisujú intenzívnu túžbu hrať, ktorá sa dá ťažko ovládnuť spolu so zaujatými myšlienkami a predstavami o hraní a o okolnostiach, ktoré túto činnosť sprevádzajú. Toto zaujatie a túžba sa často zvyšuje v čase, keď je život stresujúci“.

Ako uvádza K. Nešpor (ibid.) podľa MKCH-10 musí patologické hráčstvo spĺňať tieto **štyri kritériá**:

1. „V období najmenej jedného roka sa u subjektu vyskytnú dve alebo viac epizód hráčstva.
2. Tieto epizódy nie sú pre jedinca výnosné, no opakujú sa napriek tomu, že vyvolávajú tieseň a narušujú každodenný život.
3. Jedinca opisuje silné nutkanie hrať, ktoré je ťažké ovládnuť, a hovorí o tom, že nie je schopný silou vôle hru odolať.
4. Subjekt je zaujatý myšlienkami a predstavami hrania a okolnosťami, ktoré túto činnosť sprevádzajú“.

V tomto zmysle je patologické hráčstvo (**F 63.0**) definované ako *psychická porucha spočívajúca v častých opakovaných epizódach hrania, dominujúcich v živote subjektu na úkor iných sociálnych, materiálnych, rodinných, pracovných a v neposlednom rade aj zdravotných hodnôt a záväzkov. Motívom hry býva hra samotná.*

Porovnanie profilu patologického a hazardného hráča

MUDr. Jozef Benkovič, ktorý pôsobí ako primár v Odbornom liečebnom ústave psychiatrickom na Prednej Hore porovnáva rozdiely medzi hazardným a patologickým hráčom takto: „**Hráč, aj ten hazardný, nikdy neprehrá toľko, aby nemal na základné potreby**, na stravu, byt a podobne. Má svoju rezervu, na ktorú nesiahne. Hru má pod kontrolou, hrá, lebo potrebuje peniaze, a ak prehrá, neumára sa v nejakých hlbokých depresiách. **Patologický hráč nie je schopný prestať hrať, aj peniaze, ktoré vyhral, opäť použije v nasledujúcej hre.** Ak prehrá, na druhý deň hrá znovu, aby peniaze získal späť. Hrou je zaujatý aj vtedy, keď nehrá, neustále plánuje nový hazard, premýšľa ako a kde naň získať peniaze.“

Riziká hazardných hier, ktoré delia odborníci (J. Benkovič, K. Nešpor, Ľ. Nábělek a iní) do viacerých nasledovných oblastí:

– **Pre hazardného hráča:** Choroby vyvolané stresom, sociálne problémy, depresie, úzkosti, riziko uväznenia, agresia voči sebe a iné.

– **Pre rodinu:** Núdzna, izolácia rodiny, viazne komunikácia, ustáva sexuálny život, vyšší výskyt domáceho násillia, niekoľkonásobne vyššie riziko rozvodov, zneužívanie detí a násillie voči nim, úzkosti, depresie a ďalšie problémy medzi príbuznými. Deti sú citovo i hmotne zanedbávané, majú duševné problémy, pocity viny za rodičov, vyššie riziko patologického hráčstva a alkoholu či drog a ďalšie.

– **Pre širšie okolie:** Sprenevery, pracovné úrazy. Patologické hráčstvo zhorší kvalitu života ďalším zhruba 10 – 15 ľuďom.

– **Pre spoločnosť:** Náklady na liečbu ľudí v okolí patologického hráča, sociálne náklady, nižšie vzdelanie a horšie zdravie detí. Postihnutí častejšie zneužívajú alkohol a drogy, vyskytuje sa u nich častá zaobstarávací majetková trestná činnosť (krádeže, sprenevery, podvody, lúpeže, vydieranie). Je tu tiež značné riziko bezdomovstva.

Fázy rozvoja patologického hráčstva. Tie sú v odbornej literatúre uvádzané v troch nasledovných fázach:

1. Fáza výhier – budúci hráč má tzv. „začiatocnícke šťastie“. Pri hre prežíva povzbudzujúce euforické pocity. V hráčovi narastá sebavedomie, verí, že môže vyhrať, kedy sa mu zachce. Čas a peniaze vynaložené na hru sú ešte v rámci sociálnej únosnosti. Hráč nachádza potešenie v atmosfére herní. Slasť a vzrušenie z hry vyhľadáva čoraz častejšie a aby dosiahol žiaduce pocity, zvyšuje stávky. V čase nehrania sa rád oddáva fantáziám o výhrach a je neprimerane optimistický.

2. Fáza prehíer – hráč už prehráva stále viac peňazí a snaží sa ich vyhrať späť. Hráva osamotený a chváli sa občasnými výhrami. V jeho myslení už prevláda hazard. Hrá stále viac, volí riskantnejšie varianty hry, hrá na viacerých automatoch súčasne, nedokáže prestať s hrou ani vtedy, keď prehral vopred stanovený limit peňazí, ani po dlhom období prehíer. Svoje prehry tají a hranie maskuje alebo bagatelizuje. Klame čoraz viac. Potajomky berie z domu peniaze alebo cennejšie veci a predáva ich pod cenu. Požičiava si peniaze od príbuzných, spolupracovníkov a náhodných známych. Dlhy nie je schopný včas vrátiť, zadlženosť vzrastá. Dochádza k narušeniu rodinných vzťahov. Problémov v zamestnaní pribúda a dochádza k nepríjemným situáciám pri vymáhaní dlžôb veriteľmi. Hranie sa už nedá udržať v tajnosti. Keď vyjde najavo často až hrozivý rozsah materiálnych a nemateriálnych strát, hráč zvyčajne všetko oľutuje a sľubuje, že už nikdy nebude hrať. Je ochotný hľadať pomoc. Jeho okolie a aj on samotný verí, že všetko bude v poriadku aj bez vyhľadania odbornej pomoci. Nejaký čas hráč dokáže dokonca aj nehrať. To vedie k uspokojeniu jeho príbuzných a k obnoveniu ich dôvery. Žiaľ, zväčša nasleduje tajný návrat k hraniam.

3. Fáza straty kontroly – fáza zúfalstva, závislosti – je poslednou fázou s najintenzívnejším kontaktom s hrou. Hráč naďalej zvyšuje stávky a predlžuje čas strávený hrou. Je neschopný prestať hrať. Všetky pokusy vyvarovať sa hraniam končia recidívou, teda návratom k hraniam. Všetky peniaze závislé od hry gambler utráca pri hre a prostriedky na hru získava aj páchaním trestnej činnosti (krádeže, podvody, sprenevery). Naďalej je však presvedčený, že ak vyhrá, všetko dá opäť do poriadku. Napokon hrá len už len pre hranie samotné a prípadné výhry hneď prehráva. Je zrejmé, že závislosť vedie k zmene osobnosti hráča – ten je často podráždený, nepokojný, precitlivený, vyhýba sa ľuďom.

Úrovně patologického hráčstva

Tak, ako sa v medicíne používajú diagnostické stupne napr. pri popáleninách či cukrovke, aj pri patologickom hráčstve sa používa *stupnica na určenie závažnosti problémov spojených s hraniam*. Ide o päťúrovňovú stupnicu:

- 1. Úroveň 0 – jednotlivec nehra.**
- 2. Úroveň 1 – rekreačné hranie bez negatívneho vplyvu na reálny život.**
- 3. Úroveň 2 – hranie prinášajúce občasný výskyt drobných problémov.**
- 4. Úroveň 3 – hranie vedúce k vzniku veľkých problémov (dostatočne negatívne zasahujú do rôznych oblastí života).**
- 5. Úroveň 4 – hranie motivované potrebou nájsť riešenie už pre existujúce problémy.**

Problematika hráčstva je stará ako ľudstvo samo. Na ilustráciu možno uviesť, že už Rimania vedeli, že ak má byť ľud spokojný, potom okrem saturácie primárnych potrieb potrebuje aj niečo ďalšie (známe – chlieb a hry). Aj vzhľadom na rozšírenie gamblingu medzi mladými ľuďmi je potrebné cielene sa venovať prevencii hráčstva ako jednej z najviac rozšírených foriem nelátkových návykových chorôb. Hranie môže mať rozsah od bezproblémového (sociálne akceptovaného) až po problémové (sociálne neakceptované). Ako sme už uviedli vyššie v texte, v analýze najčastejších rizík spojených s patologickým

hráčstvom, predstavuje problémové hranie nielen závažný kriminogénny faktor, ale spája sa aj s potenciálne vysokým rizikom samovrážd. Overená je aj jasná súvislosť medzi patologickým hráčstvom a alkoholizmom. Gambling patrí nesporne k najdrahším závislostiam. Ambulantná liečba patologického hráčstva v psychiatrickej ordinácii, poradni pre rodinu, manželstvo a medziľudské vzťahy alebo v iných zariadeniach môže byť úspešná a postačujúca. Záleží však na tom, ako ďaleko problém pokročil.

6.6 Sexuálna závislosť alebo tzv. závislosť na sexe a cybersex

Ako v tejto súvislosti uvádza L. Nábělek (2008, s.11) za praotca diagnózy **sexuálnej závislosti** sa považuje nemecký psychiater Richard von Krafft-Ebing (2008, s. 11). Opísal ju takto: „*Ide o nutkavé sexuálne správanie, keď sexuálna túžba jedinca je abnormne zvýšená a táto osoba myslí iba na sexuálne potešenie, nezaujíma sa o žiadne iné záležitosti vo svojom živote ako o sex, sleduje iba vlastné sexuálne uspokojenie bez ohľadu na to, aký to má vplyv na jeho život, bez ohľadu na morálne normy a právne dôsledky*“. Ako ďalej citovaný autor uvádza, títo ľudia sú ovládaní **nutkavou túžbou po sexuálnych aktivitách, sú zahltení myšlienkami na sex na úkor iných záujmov a povinností**. Takéto správanie vyúsťuje do impulzívneho, neuspokojiteľného, opakujúceho vyhľadávania sexuálnej rozkoše. Postupom času sa mnohí snažia prestať, obmedziť závislostné správanie a vtedy zistia, **že ho už nedokážu ovládať**. A nezriedka nastupujú pocity hanby, ľútosti, výčitiek a zlosti.

Z hľadiska spôsobu realizácie ide napr. o nutkavé *masturbačné praktiky, nutkavé vyhľadávanie pornografie, vyhľadávanie jednorazových sexuálnych stykov, promiskuitu – striedanie sexuálnych partnerov, ale aj rôzne sexuálne deviácie (variácie) vrátane nebezpečných resp. nelegálnych sexuálnych praktík*.

Osobitné miesto v **sexuálnej závislosti** prinášajú možnosti **virtuálneho sveta** moderných komunikačných technológií, **pre ktoré sa zaužívali označenia ako internetový sex, net-sex, on-line sex alebo cybersex**.

Ako uvádza L. Nábělek definovaný bol ako „*interakcia dvoch alebo viacerých osôb, realizovaná formou on-line simultánneho rozhovoru na sexuálne témy – môže ísť o vzájomné sprostredkovanie sexuálnych fantázií, vymieňanie pornografických materiálov a podobne – za súčasne prebiehajúcej masturbácie oboch (či všetkých) zúčastnených*“. Autor citujúci odbornú literatúru uvádza, že až 60 % všetkých prístupov na internet má nejaký vzťah k sexu, podľa amerických prameňov až 52 % respondentov – používateľov internetu uviedlo, že cybersex už skúsili, z toho 36 % vraj dosiahlo orgazmus a 25 % ho predstieralo (Divinová, 2005 In: Nábělek, 2008, s.12).

On-line sexualita má podľa citovaného autora **tri primárne faktory, ktoré ju uľahčujú**:

- a) **prístupnosť** – znamená, že sú prístupné nespočetné webstránky s pornografiou k dispozícii 24 hodín denne, 7 dní v týždni;
 - b) **dostupnosť** – sexuálna realizácia je cenovo dostupná, lacná, často iba za cenu pripojenia;
 - c) **anonymita** – ľudia sa tu pohybujú anonymne a svoju komunikáciu vnímajú anonymne.
- Ďalšími prítlačivými faktormi sú, že **cybersex je (prevažne) legálny, je k dispozícii v súkromí domova a hlavne neprináša riziko pohlavne prenosných ochorení** (ibid., s. 12).

V závere uvedieme zoznam varovných **signálov rozvíjajúcej sa cybersexuálnej závislosti** tak, ako ich publikuje psychiater – adiktológ L. Nábělek:

- **pravidelné trávenie významného množstva času v chatovacích miestnostiach;**

- **výrazné časové zaneprázdnenie** používaním internetu na získavanie on-line sexuálnych partnerov;
- **pravidelné využívanie** anonymnej komunikácie na zapojenie sa do **sexuálnych fantázií**, ktoré sú v reálnom živote neobvyklé;
- očakávanie **sexuálneho vzrušenia alebo uspokojenia** pri následných on-line kontaktoch;
- **skrývanie** on-line interakcií pred blízkymi ľuďmi;
- **pocit viny alebo hanby** za internetový sex;
- **aktívne vyhľadávanie** on-line kontaktov s cieľom sexuálneho vzrušenia;
- **masturbácia počas erotického chatu**;
- **zníženie záujmu o partnera v reálnom živote**, preferovanie cybersexu ako primárnej formy sexuálneho uspokojenia.

6.7 Závislosti spojené s využívaním moderných komunikačných technológií – tzv. „komunikačné závislosti“

Napriek skutočnosti, že moderné komunikačné technológie prinášajú nesporne rad pozitív, napr. zjednodušujú a urýchľujú komunikáciu a stávajú sa nevyhnutnou súčasťou fungovania našej vyspelej spoločnosti, v tejto podkapitole sa zameriame iba na ich opačnú stránku – na niektoré **neželateľné negatívne javy**, ktoré so sebou prináša problémové používanie **počítača, internetu (chatu) či mobilného telefónu**. Niektorí odborníci na sumárne označenie používajú pojem tzv. **komunikačných závislostí**.

6.7.1 *Internetová závislosť – (internet addiction) alebo problémové používanie internetu – (internet pathological use)*

Návykové správanie vo vzťahu k počítačom a internetu zaradíme medzi **návykové a impulzívne poruchy**. Na označenie tohto sociálnopatologického javu s jasným závislostným aspektom dodnes nie je ustálená jednotná terminológia. Používajú sa odlišné názvy ako napríklad **závislosť od internetu (angl. internet addiction)** alebo aj **problémové používanie internetu (angl. internet pathological use)**. Prvý opis znakov závislostného správania na internete priniesla podľa P. Vonráčkovej a J. Vacka (2009, s. 4) americká psychologička **Youngová v roku 1996**. Od tohto obdobia priťahuje tento novodobý fenomén závislostného správania a virtuálny svet internetu pozornosť odbornej verejnosti takmer na celom svete. **Všeobecne sa závislosť od používania internetu definuje ako používanie internetu, ktoré so sebou prináša do života jednotlivca psychologické, sociálne, pracovné a/alebo školské komplikácie.**

Odborníci rozdeľujú **riziká** a z nich odvodené negatívne dôsledky do **4 nasledovných skupín**:

- Kariéra (štúdium a zamestnanie)**, napr. zhoršenie prospechu a zameškané vyučovacie hodiny v dôsledku používania internetu do neskorých nočných hodín, pri pracujúcich ľuďoch sa nadmerné trávenie na internete prejavuje v zníženej pracovnej efektívnosti, čo môže viesť aj k prípadnej strate zamestnania;
- Duševné zdravie a sociálne vzťahy**, napr. zvýšená depresivita, negatívny vplyv na medziľudské vzťahy, ktoré potom vedú k samote a sociálnej izolácii;
- Telesné zdravie**, napr. zhoršenie zraku, narušenie cyklu spánok – bdenie v dôsledku spánkovej deprivácie, bolesti ramien, chrbta, hlavy, rúk a prstov a pod.;
- Finančné straty** napr. v súvislosti s opakovanými inováciami softvérového a hardvérového vybavenia počítača či platenia množstva peňazí za používanie internetových služieb a pod. (In: Vondráčková – Vacek, 2009, s. 3 – 4).

Ako môžeme vymedziť závislosť od internetu?

Na úvod je nevyhnutné, aby sme najskôr vymedzili alebo presnejšie uviedli základné znaky, prostredníctvom ktorých je možné určiť problémové, rizikové, nezdravé, teda závislostné správanie. Patologický vzťah k internetu, počítačom či mobilu má analógiu **v 6 základných znakov (tzv. diagnostických kritériách)**, prostredníctvom ktorých vymedzujeme akúkoľvek (látkovú i nelátkovú) závislosť. Sú nimi:

- 1. znak: silná túžba alebo nutkanie tzv. baženie alebo angl. craving,**
- 2. znak: ťažkosti v sebaovládaní,**
- 3. znak: odvykací stav,**
- 4. znak: vzrast tolerancie,**
- 5. znak: postupné zanedbávanie iných potešení alebo záujmov a koníčkov,**
- 6. znak: pokračovanie aj napriek zjavným škodlivým následkom.**

Diagnostické kritériá **problémového používania internetu** podľa Youngovej (1998), modifikované Beardom a Wolfom (2001) určujú, že na diagnostiku závislosti od internetu musí byť prítomných **všetkých päť nasledujúcich príznakov**. (In: Vondáčková – Vacek, 2009, s. 5.)

- **zaujatie internetom** (premyšľanie o predchádzajúcich aktivitách na internete alebo o tých budúcich),
- **potreba používať internet v čoraz dlhších časových úsekoch**, aby človek dosiahol uspokojenie,
- **opakovaná neúspešná snaha kontrolovať, prerušiť alebo zastaviť** používanie internetu,
- **nepokoj alebo podráždenosť pri pokuse prerušiť alebo vzdať sa** používania internetu,
- **prekračovanie pôvodne plánovaného času pripojenia do internetu.**

Zároveň musí byť prítomný aspoň jeden z nasledujúcich **príznakov**:

- 1. v dôsledku používania internetu ohrozenie alebo riskovanie straty dôležitého vzťahu, zamestnania alebo príležitosti v kariére;**
- 2. klamanie členom rodiny, terapeutom alebo ďalším blízkym osobám na zastieranie nadmerného používania internetu;**
- 3. používanie internetu ako spôsobu úteku od problémov alebo snaha zbaviť sa dystrofickéj nálady (napr. pocitu bezmocnosti, viny, úzkosti, a depresie).**

Youngová (1998, citovaná podľa P. Vondráčkovej a J. Vacka) rozdeľuje **problémové používanie internetu do piatich základných kategórií**:

- a) závislosť od virtuálnej sexuality**, ktorá sa prejavuje kompulzívnym používaním webových stránok s pornografickým obsahom; (porov. podkapitolu 6.6),
- b) závislosť od virtuálnych vzťahov** má zasa podobu nadmerného venovania sa on-line vzťahom,
- c) internetové kompulzie**, medzi ktoré napríklad patrí hranie on-line počítačových hier či internetové nakupovanie,
- d) preťaženie informáciami**, kam môžeme zaradiť nadmerné surfovanie na internete alebo hľadanie v on-line databázach,
- e) závislosť od počítača**, ktorou označuje najčastejšie nadmerné hranie počítačových hier.

Rovnako aj **chat má vysoký potenciál rizika smerom k vzniku závislosti** najmä pre ľudí s problémami v reálnych sociálnych vzťahoch.

Dôvody veľkých rizík sú najmä:

- svoje *hendikepy* možno zakryť;
- komunikácia poskytuje *veľa času na premýšľanie nad odpoveďou*, zámerné vyhnutie sa odpovedi a pod.;
- ľahké *získanie novej identity* podľa svojho želania je lákadlo, ktorému sa ťažko odoláva;
- poskytuje *únik* z reálneho sveta.

6.7.2 *Problémové používanie mobilného telefónu ako jedna z foriem tzv. komunikačných závislostí.*

Aj **problémové používanie mobilného telefónu** patrí do oblasti tzv. komunikačných závislostí. Anglickí psychológovia urobili rozsiahli výskum, ktorý sa týkal vzťahu dospievajúcich k ich mobilným telefónom. Asi nikoho neprekvapí fakt, že väčšina adolescentných respondentov prejavovala k svojmu telefónu taký vreľý vzťah, akoby to bola živá osoba. Pri jeho opise použili slová, ktoré bežne používame pri opise niekoho milovaného a neboli schopní bez neho stráviť dlhší čas než niekoľko minút.

Závislosť od mobilného telefónu, a to nielen od hovorov, ale aj s ním súvisiaca závislosť od textových a obrazových správ (SMS a MMS), rovnako aj nahratie videa na mobil a jeho zasielanie patria medzi ďalšie novodobé fenomény v oblasti závislostí. Ľudia, ktorí touto závislosťou trpia, *nie sú schopní vzdialiť sa od svojho mobilu* na dlhší čas než pár minút. *Nevypínajú ho ani v noci, cez víkend a ustavične ho kontrolujú*, či nemajú zmeškaný hovor alebo textovú správu. Spolu s tým, ako sa rozvíja problémové používanie a postupuje smerom k závislosti, komunikácia takéhoto človeka *sa minimalizuje iba na styk prostredníctvom telefónu*. Tak ako pri iných závislostiach zvyšuje sa frekvencia a narastá aj intenzita takéhoto správania.

6.7.3 *Niektoré znaky virtuálneho sveta komunikačných technológií*

Rozvoj moderných komunikačných technológií, okrem nesporných pozitív, prináša aj novodobé predtým nepoznané nežiaduce fenomény.

Virtuálny svet nesie so sebou v porovnaní s bežným reálnym kontaktom omnoho väčšie riziká. Všetci ľudia tzv. *on-line prisťahovalci* (tí, ktorí sa moderné komunikačné technológie museli naučiť používať) rovnako ako *on-line domorodci* (deti a mládež, ktorých súčasťou života vždy boli moderné komunikačné technológie) by mali poznať nielen nesporné výhody ale aj **riziká, ktoré so sebou prináša komunikácia sprostredkovaná cez moderné technológie.** Virtuálny svet nám podľa M. Brestovanského (2010, s. 75) spôsobuje okrem iného **disinhibíciu** – odloženie zábran, prekonanie nesmelosti, obchádzanie tabu a zákazov.

Medzi riziká okrem už spomenutého vzniku závislostného správania možno zaradiť aj ďalšie: napríklad *internetové šikanovanie tzv. cyberbullying, zneužitie osobných informácií, sledovanie nevhodných obsahov* napr. *webové stránky propagujúce násilie a patologický životný štýl alebo pornografiu a cybersex*. Je ťažké vyvarovať sa tomu, aby sa dieťa či mladistvý pohyboval aj na stránkach propagujúcich **násilie, extrémizmus či návody na výrobu a užívanie psychoaktívnych látok, nabádanie na členstvo v rôznych psychomanipulatívnych spoločenstvách a sektách, ale aj stránkach propagujúcich iné najzávažnejšie sociálnopatologické javy, ako sú sebapoškodzovanie tzv. automutilácia, návody na samovraždy atď.**

Vysoký potenciál rizika smerom k vzniku závislosti predstavuje virtuálny svet najmä pre ľudí s **problémami v reálnych sociálnych vzťahoch.**

Dôvody týchto veľkých rizík sú najmä:

- **svoje hendikepy možno zakryť;**
- komunikácia poskytuje **veľa času na premýšľanie nad odpoveďou**; zámerné vyhnutie sa odpovedi a pod.;
- ľahké získanie **novej identity** podľa svojho želania je lákadlo, ktorému sa ťažko odoláva;
- poskytuje **únik z reálneho sveta.**

6.8 Podnety na preventívnu intervenciu pre tzv. nelátkové návykové choroby

S mnohými nelátkovými návykovými chorobami – závislosťami sa ľudstvo stretáva už tisíročia. Napríklad možno uviesť, že poruchy príjmu potravy napr. mentálna bulímia je stará takmer ako ľudstvo samé. Rozšírená bola už v starovekom Grécku. Poruchy príjmu potravy sprevádzajú ľudstvo dodnes. Rovnako aj gambling – patologické hráčstvo patrí medzi ľudstvu známe, staré, ale znovuobjavené závislosti.

V prípade tzv. komunikačných závislostí je situácia úplne iná. Pred 20 – 30 rokmi sme ani netušili, že telefón by sme mohli mať kedykoľvek pri sebe, že budeme dosiahnuteľní kdekoľvek a kedykoľvek. Rovnako sme netušili, akým silným pokušením sa pre nás môže stať virtuálny svet internetu, on-line vzťahy, on-line nakupovanie, chatovanie atď. a ako sa rozšíri spektrum tzv. nelátkových návykových chorôb. Preto je nevyhnutné, aby na túto skutočnosť spoločnosť reagovala účinnou prevenciou na všetkých jej úrovniach: primárnej, sekundárnej či terciárnej. Rovnako je zřejmé, že fenomén konzumnej spoločnosti spojený so spoločnosťou orientovanou na výkon a workoholizmom, ale aj s patologickým nakupovaním číha na ľudí všetkých vekových kategórií.

Pre sociálnu pedagogiku je významné, že **mladí ľudia** tvoria cieľovú skupinu, ktorej musí byť venovaná zvláštna, osobitne významná a permanentná pozornosť v súvislosti s primárnou prevenciou tzv. látkových (drogových) i „nelátkových závislostí“. Práve **mladí ľudia vo veku od 13 do 20 rokov sú veľmi rizikoví** a pravdepodobnosť kontaktu či experimentu s látkovými i nelátkovými závislosťami medzi nimi aj modernými komunikačnými technológiami, je práve pri nich veľmi vysoká – pravdepodobnosť kontaktu dnešného mladého človeka s internetom je takmer 100 %. Novodobý fenomén tzv. komunikačných závislostí však číha už na ľudí všetkých vekových kategórií.

Uvedená skutočnosť je zároveň silnou výzvou na preventívnu intervenciu, pretože **špecificky zameraná prevencia na oblasť nelátkových závislostí takmer úplne absentuje, je vykonávaná náhodne a sporadicky, vôbec nie komplexne.** Je to silná výzva pre ľudí pracujúcich v tzv. pomáhajúcich profesiách. Nazdávame sa, že významné a nezastupiteľné miesto v spektre tzv. pomáhajúcich profesií – jednak v primárnej prevencii, jednak v krízovej intervencii (pri predchádzaní ale aj účinnom riešení) vyššie uvedených problémov detí a mládeže má okrem rodiny aj **celá sieť profesionálov v pomáhajúcich profesiách – sociálnych pedagógov** nevynímajúc. Úzko pritom spolupracujú s inými odborníkmi, ako sú psychológ, špeciálny pedagóg, sociálny pedagóg, sociálny pracovník či psychiater – adiktológ a ďalší. Vzhľadom na svoju preventívnu kompetenciu môžu títo profesionáli významnou mierou participovať v účinnej prevencii, ale aj pri následnom riešení problémov.

Otázky a úlohy :

1. *Uveďte definíciu návykových a impulzívnych chorôb a pomenujte ich štyri prejavy – spoločné črty.*
2. *Objasnite, čo znamená tzv. závislostné správanie súvisiace s konzumnou a na výkon orientovanou spoločnosťou a uveďte príklad, čím sa prejavuje.*
2. *Definujte pojem poruchy príjmu potravy a stručne vysvetlite štyri kategórie základného členenia PPP.*
3. *Vymenujte a opíšte aspoň tri spoločné znaky pre všetky PPP.*

4. Vysvetlite pojem oniómánia a objasnite aspoň 5 jej príznakov. Uvedte, či je rozdiel medzi oniómániou a schopingholizmom, ak áno v čom?
5. Uvedte tri fázy rozvoja patologického hráčstva.
6. Akými odbornými názvami sa označuje závislosť od sexu realizovaná prostredníctvom moderných informačno-komunikačných technológií – internete? Uvedte tri možné názvy.
7. Pomenujte a vysvetlite päť kategórií problémového používania internetu a ilustrujte jedným príkladom ku každej z nich.
8. Vymenujte riziká vyplývajúce z virtuálneho sveta internetu.
9. Objasnite reálne možnosti preventívnej intervencie sociálneho pedagóga v prevencii tzv. nelátkových návykch chorôb a vymenujete aspoň 10 autorov, odborníkov, ktorí sa zaoberajú touto problematikou.

Zoznam použitej a citovanej literatúry:

- BACZEK, J.: Nelátková závislosť – New addictions. In: *Pedagogické rozhľady*, 4/2009, s. 17.
- BENKOVIČ, J.: Novodobé nelátkové závislosti. In: *Sociálna prevencia: Prevencia nelátkových návykových chorôb*, roč. 3, 2008, č. 1, s. 8 -11. ISSN 1336-9679
- BRESTOVANSKÝ, M.: *Úvod do mediálnej výchovy*. Trnava : Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity. 86 s. ISBN 978-80-8082-396-2
- eSlovensko. 2012. e-kniha: Deti v sieti, Vytvorená s finančnou podporou viacročného komunitárneho programu EÚ „Bezpečný internet“ na podporu bezpečného používania internetu a nových online technológií. [online]. 2011 [cit. 2011-02-20]. Dostupné na: http://www.zodpovedne.sk/kapitola4.php?cl=deti_vsieti
- HUPKOVÁ, I.: Komunikačné závislosti. In: *Bedeker zdravia*, ročník V., č. 6/2009, s. 82 – 83. ISSN 1337-2734
- HUPKOVÁ, I.: Vybrané aspekty problematiky patologického hráčstva. In: *Sociálna prevencia: Prevencia nelátkových návykových chorôb*, roč. 4, 2009, č. 2, s. 16 – 18. ISSN 1336-9679
- FISCHER, S. – ŠKODA, J.: *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovplyvňování sociálněpatologických jevu*. Praha: Grada, 2009. 218 s. ISBN 978-80-247-2781-3
- HARTL, P. – HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X
- KRCH, F. D.: *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.
- LADISCHOVÁ, L. C.: *Strach z jedla*. Ružomberok: EPOS, 2006. 158 s. ISBN 80-89191-44-4
- MALOVIČ, P.: Šport ako nelátková závislosť. In: *Sociálna prevencia – Prevencia nelátkových návykových chorôb*, roč. 3, 2007, č. 2, s. 11 – 12. ISSN 1336-9679
- NÁBĚLEK, L.: Načo žiť a milovať v reálnom svete, keď je všetko na internete? Závislosť od chatovania a internetového sexu. In: *Sociálna prevencia – Prevencia nelátkových návykových chorôb*, 2008, č. 1, s. 11 – 13. ISSN 1336-9679
- NEŠPOR, K.: Předslav k vydání Sociální prevence – Prevencia nelátkových návykových chorob. In: *Sociálna prevencia*, č. 2, 2009, s. 3. ISSN 1336-9679
- NEŠPOR, K.: *Nakupování jako problém: oniómánie (nezdrženlivé nakupování, shopping addiction)*, 2010. Nepublikované.
- ONDEJKOVIČ, P.: *Sociálna patológia*. Bratislava: 2000, 580 s. ISBN 978-80-224-1074-8
- VONDRÁČKOVÁ, P. – VACEK, J.: Závislostné správanie na internete. In: *Sociálna prevencia – Prevencia nelátkových návykových chorôb*. Bratislava: Národné osvetové centrum, č. 3, 2009, s. 4 – 7. ISSN 1336-9679

7 Protidrogová politika – Európska únia a Slovenská republika

7.1 Vymedzenie pojmu protidrogová politika, drogy ako globálny problém

Spomedzi početných definícií vymedzujúcich pojem protidrogová politika uvedieme definíciu P. Ondrejoviča (1990, s. 13), ktorý uvádza, že protidrogová politika je „*súhrn protidrogových aktivít zaoberajúci sa usmerňovaním konzumu osobitne nelegálnych drog na príslušnom území, najčastejšie však na území štátu, pričom usmerňovanie konzumácie legálnych drog býva spravidla súčasťou zdravotníckej politiky*“.

T. Zábranský (2003, s. 53) definuje drogovú politiku ako „*komplexný súbor preventívnych, liečebných a sociálnych, represívnych a ďalších opatrení uskutočňovaných na štrukturálnej (makro), komunitnej (mezzo) a individuálnej (mikro) úrovni, ktorého konečným cieľom je znížiť užívanie drog alebo škôd, ktoré jednotlivcom a spoločnosti môžu v dôsledku užívania drog nastať*“. Pritom:

- **Individuálna (mikro) úroveň** – správanie na tejto úrovni je ovplyvnené podvedomím a názormi jednotlivcov o zdravotných rizikách spojených s určitým správaním (napr. s užívaním drog), ďalej ich zámermi, motiváciami a schopnosťami. Intervencia drogovej politiky sa zameriava na jednotlivé typy drog alebo na potencionálneho užívateľa s cieľom ovplyvniť, resp. zmeniť jeho správanie vo vzťahu k užívaniu drog – návykových psychoaktívnych látok.
- **Komunitná (mezzo) úroveň** – správanie je ovplyvňované názormi a správaním sociálnej skupiny, ku ktorej jednotlivec patrí, a sociálnym kontextom, v ktorom členovia skupiny žijú a konajú (napr. užívajú drogy). Intervencia drogovej politiky sa zameriava na sociálny kontext, v ktorom sú drogy užívané, a na sociálne normy, ktoré konkrétna skupina ľudí vyznáva.
- **Štrukturálna (makro) úroveň** – správanie ovplyvňuje „širšia“ politika, napr. zákony a štrukturálny kontext. Intervencia drogovej politiky sa zameriava na snahu ovplyvňovať správanie celej populácie alebo jej segmentov prostredníctvom zákonov, politik alebo alokáciou finančných zdrojov (napr. na preventívne alebo liečebné programy alebo na programy minimalizácie rizika).

(<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/90/200/Drogova-politika-teoreticky-uvod>, s. 1.)

Skôr ako bližšie ozrejmime základné princípy prístupu v protidrogovej politike Európskej únie, priblížime jej základných aktérov a pomenujeme črty európskej protidrogovej politiky, uvedieme meniaci sa prístup k chápaniu fenoménu drog v novodobej histórii.

V novodobej histórii šírenia a zneužívania drog (t. j. v 19. a 20. storočí) možno podľa K. Kalinu (2003, s. 15) rozlíšiť tri obdobia:

1. **Prvé obdobie** možno vymedziť asi do roku 1960, keď sa drogy a problémy s nimi spojené považovali podľa citovaného autora za *odborný problém*. Zaoberala sa nimi pomerne úzka skupina špecializovaných odborníkov, najmä kriminalistov v oblasti zamedzovania trestnej činnosti a lekárov – psychiatrov v oblasti liečenia závislostí.
2. **Druhé obdobie** datujeme do rokov 1960 – 1990, keď sa drogy najmä vo vyspelých krajinách stávajú *spoločenským problémom*, ktorý sa dotýka mnohých sociálnych vrstiev a skupín či profesií. Toto obdobie je príznačné tým, že v USA a v západnej Európe dochádza k enormnému nárastu užívania drog s vážnymi zdravotnými, ale aj sociálnymi dôsledkami, čo sa premietlo do kvalitatívnych zmien v koncepciách a prístupoch drogových politik.

3. Tretie obdobie datujeme od roku 1990, v ktorom už medzinárodné spoločenstvo (v Globálnom akčnom pláne VZ OSN z r. 1991) charakterizuje problém drog ako **problém globálny**.

Príkladmi iných globálnych problémov tohto typu sú napr. *migrácia, životné prostredie, infekčné choroby* a iné.

Globálny problém môžeme vymedziť nasledovnými charakteristikami:

- globálny problém ovplyvňuje prakticky všetky krajiny sveta;
- každá krajina v ňom má svoju úlohu – pri drogách sa rozlišujú krajiny producentské, tranzitné a spotrebiteľské (od polovice 90. rokov sa Česká republika podobne ako Slovenská republika stali *spotrebiteľskou* krajinou, aj keď *tranzit* cez toto územie pochopiteľne prebieha a nezmizla ani miestna *produkcia*);
- takmer nikto nezostáva mimo problému – každá rodina a každý jednotlivec v svojej osobnej, pracovnej či sociálnej role prichádza s problémom drog do styku minimálne ako s konkrétnym rizikom;
- globálny problém nie je možné riešiť na jednom mieste a jedným prístupom, vyžaduje medziodborovú, medzirezortnú, medzisektorovú a medzinárodnú spoluprácu (Kalina, 2003, s. 15).

7.2 Protidrogová politika Európskej únie

V súčasnosti platným základným rámcem protidrogovej politiky Európskej únie je **Európska protidrogová stratégia na roky 2005 – 2012**. Dňa 1. decembra 2009 vstúpila do platnosti **Lisabonská zmluva**, ktorá 27 členským krajinám Európskej únie ponúka rámec, ako riešiť otázku drog. Ako sa uvádza v dokumente Európska únia a fenomén drog – Najčastejšie otázky (2010, s. 4) „**klúčovými aktérmi protidrogovej politiky na úrovni Európskej únie sú: Rada Európskej únie (členské štáty), Európska komisia a Európsky parlament**“. Významnú úlohu zohrávajú aj európske agentúry, ako **Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA)** a **Europol, Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC)** a **Európska agentúra pre lieky (EMA)** a agentúra **Eurojust**.

Vzhľadom na rozsiahlosť načrtnutej problematiky sa v ďalších častiach odborného textu výberovo zameriame *hlavné črty európskeho prístupu* k drogovej problematike, a v rámci neho ozrejmime *pojmy redukcia dopytu a redukcia ponuky*, prinesieme základnú informáciu o význame *Akčného plánu Európskej únie* a o hodnotení akčných plánov. Ďalej poukážeme v skratke aj na to, ako rieši Európska únia *otázku nových psychoaktívnych látok*, priblížime aj *Systém včasného varovania* a sieť *REITOX* a uvedieme, čo sú *národné observatóriá pre drogy*. V závere prinesieme informáciu o *Európskom monitorovacom centre pre drogy a drogové závislosti*.

7.2.1 Hlavné črty európskeho prístupu k drogovej problematike – redukcia dopytu po drogách a redukcia ponuky drog

Nadnárodný charakter problematiky drog, ktorý sme už označili ako globálny problém (prekračuje hranice štátov, regiónov, kontinentov), je dôvodom, prečo sa problematika drog nezaobíde bez *širokej medzinárodnej spolupráce, medzinárodných dohôd a konvencií, bez realizácie účinných stratégií a prístupov, aktivít a programov regionálnej, multilaterálnej a bilaterálnej spolupráce medzi krajinami, a to nielen v rámci Európskej únie, ale i celosvetovo*.

Európsky postoj k drogám, ktorý sa premieta do protidrogových stratégií Európskej únie a s nimi súvisiacich akčných plánov, zdôrazňuje význam **komplexného a multidisciplinárneho prístupu Európskej únie v oblasti fenoménu drog**.

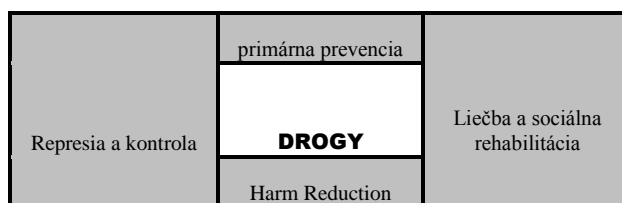
Hlavným politickým cieľom v tejto oblasti v krajinách Európskej únie je **nájdenie rovnováhy medzi – znižovaním ponuky drog** (aby boli drogy ťažšie dostupné) **a minimalizáciou ich dopytu** – aby o ne ľudia nemali záujem (ibid., s. 10).

Za najlepšiu stratégiu smerujúcu k riešeniu budúcich problémov v oblasti zneužívania ilegálnych drog Európska únia neustále považuje „**komplexný a vyvážený prístup**“. Ide o prístup vychádzajúci zo širokej celospoločenskej, medzirezortnej, medziodborovej a medzisektorovej spolupráce postavený na rovnováhe **znižovania ponuky (zákonnej represie) a znižovania dopytu po ilegálnych drogách (prevencia, liečba vrátane harm reduction a resocializácia)**.

Akčný plán EU rozpracováva európsky pohľad na vyvážený prístup a **definuje tieto štyri piliere európskej stratégie**:

1. represia 2. prevencia – v zmysle primárnej prevencie, 3. liečba a resocializácia, 4. harm reduction“.

Obr. č. 3: **Štyri základné stratégie protidrogovej politiky (podľa EÚ) (Kalina, 2003, s. 23.)**



Pokiaľ ide o **redukcii požiadavky**, akčný plán podčiarkuje, že Európska únia musí uznať **vysokú prioritu prevencii**, najmä pre aspekty viazané na zdravie, výchovu, výskum a vzdelávanie, ako aj nástroje boja proti sociálnemu vylúčeniu. Plán podporuje výmenu skúseností, dobrých praktík, ako aj vytváranie sietí miest a sietí profesionálov.

Akčný plán EU boja proti drogám konštatuje, že „**riziká zdravotného poškodenia nie sú obmedzené iba na zakázané drogy. Väčšia pozornosť by preto mala byť zameraná na fajčenie tabakových výrobkov a požívanie alkoholických nápojov v ranom veku, rovnako ako na prvé experimentovanie so zakázanými drogami.**“ (Kalina, 2003, s. 21) .

Redukcia dopytu po drogách (demand reduction)

„**pokrýva široké spektrum opatrení vo vzťahu k psychoaktívnym látkam. Je v nej obsiahnutá prevencia vo vzťahu k celej populácii, ďalej aktivity zamerané na liečbu drogových závislostí, ale aj aktivity harm reduction. Harm reduction okrem iného predstavuje špecifické opatrenia na prevenciu a zníženie krvou prenosných ochorení, opatrenia na zníženie počtu úmrtí zapríčinených drogami, ako aj zníženie počtu užívateľov, ktorým sa poskytuje zdravotnícka a sociálna pomoc.**“ (Európska únia a fenomén drog, 2010, s. 5). Súčasťou však rovnako sú aj opatrenia rehabilitácie a reintegrácie – opätovného zaradenia či návratu užívateľov či abstinujúcich do života spoločnosti so špecifickým zreteľom na tých, ktorých boli v dôsledku kontaktu s drogami sociálne vylúčení či rôznym spôsobom marginalizovaní či stigmatizovaní.

Redukcia ponuky drog (supply reduction)

Ako sa uvádza vo vyššie citovanom dokumente (ibid., s. 5), činnosť Európskej únie v oblasti redukcie ponuky drog „**je zameraná na prevenciu a znižovanie kriminality spojenej**

s drogami, vrátane výroby a obchodovania. Ide o opatrenia spoločného úsilia vo vyšetrovacích, colných operáciách, pri praní špinavých peňazí či konfiškácie majetku“.

Ako v tejto súvislosti uvádza K. Kalina (2003, s. 16), ide o širokú škálu aktivít „zameraných na zastavenie, obmedzenie výroby a distribúcie kontrolovaných drog“. Nelegálna výroba a distribúcia je postihovaná a sankcionovaná, distribúciu znižujú zásahy polície a colných orgánov v niektorých krajinách aj vojenské operácie.

Tak, ako v každej oblasti obchodu, aj v tejto oblasti platí systém rovnováhy medzi ponukou a dopytom – tak, ako to ilustruje bližšie obrázok (obr. č. 4).

Obr. č. 4: Opatrenia na strane ponuky a dopytu

Strana ponuky		Strana dopytu
Administratívne a kontrolné opatrenia		Primárna prevencia
Zákonná represia (polícia, colníci, justícia, väzenstvo)	DROGY	Sekundárna prevencia
Zneškodňovanie produkcie a rekonštrukcia pestovateľských oblastí		Terciárna prevencia

(Kalina, 2003, s. 23.)

7.2.2 Akčný plán Európskej únie a spolupráca EU v drogovej problematike na medzinárodnej úrovni

Nástrojom na uplatňovanie Európskej protidrogovej stratégie sú Akčné plány EÚ. Obsahom Akčných plánov sú konkrétne a špecifické ciele, aktivity a indikátory pre každú oblasť politiky v drogách. Akčný plán je nástrojom koordinácie, poskytuje rámec pre spoluprácu a aktivity v oblasti ilegálnych drog v Európe.

Napriek rozdielnym prístupom v rámci Európy, istým kultúrnym odlišnostiam, politickým reakciám, majú protidrogové politiky členských krajín EU tendenciu „čoraz viac sa zblížovať, pri rešpektovaní princípu „jednota v rôznorodosti“ (ibid., s. 5).

Akčné plány sú hodnotené. V roku 2008 po prvý raz komisia hodnotila Akčný plán EU na obdobie 2005 – 2008, ktorý realizoval Európsku stratégiu 2005 – 2012. Komisia každoročne publikuje priebežné hodnotenie realizácie Akčného plánu, v ktorom sú obsiahnuté aktuálne informácie z členských štátov, Európskeho monitorovacieho centra pre drogy (EMCCDA) a Europolu. „Na hodnotenie dosahov Európskej protidrogovej politiky v členských štátoch sa využívajú aj prieskumy v členských štátoch, orientované na dosiahnutý pokrok na národnej úrovni“ (ibid., s. 5).

Na medzinárodnej úrovni v oblasti fenoménu drog EÚ úzko spolupracuje s takými medzinárodnými partnermi, ako sú Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), Rada Európy, Svetová colná správa a iné. EÚ sa aktívne zúčastňuje na práci Komisie Organizácie Spojených národov pre narkotiká vo Viedni.

7.2.3 EÚ a nové psychoaktívne látky a pomoc Systému včasného varovania (Early Warning System – EWS)

Aj v súčasnosti sme svedkami, že nielen celosvetovo, ale aj v krajinách Európskej únie sa pravidelne objavujú na trhu nové psychoaktívne látky prevažne syntetického charakteru, a to hlavne v kontexte klubových a rekreačných aktivít. Ako sa uvádza už v citovanom dokumente „nové, neznáme a nevyskúšané látky môžu pre konzumentov

znamenat' zdravotné riziko. Rozhodnutím Rady z mája 2005 o výmene informácií, hodnotení rizík a kontrole nových psychoaktívnych látok sa umožňuje inštitúciám EÚ a členským štátom, aby zhodnotili riziko nových potenciálne ohrozujúcich látok (prírodných, ako aj syntetických), ktoré sa objavujú na európskej drogovej scéne, čo zvyšuje aj kapacitu krajín odhaľovať a sledovať nové trendy v užívaní drog“ (ibid., s. 7 – 8).

Ako **nová psychoaktívna látka** sa v zmysle medzinárodných dohovorov chápe **látka, ktorá nie je uvedená v Dohovore Organizácie Spojených národov o omamných látkach z roku 1961 alebo Dohovore OSN o psychoaktívnych látkach z roku 1971.**

Pri detekcii drog účinne pomáha etablovanie **Systému včasného varovania – (Early Warning System – EWS)**, ktorý zabezpečuje nasledovný postup:

Prostredníctvom národných jednotiek Europolu a národných referenčných centier sa zašle informácia o novej psychoaktívnej látke do EUROPOLU v Haagu a do EMCDDA v Lisabone. Tie zhromaždia informácie, informujú národné jednotky Europolu, sieť národných členov REITOXU a Európsku komisiu a Európsku agentúru pre lieky so sídlom v Londýne. Ak je to potrebné, komisia rozhodne a navrhne rade, aby nová psychoaktívna látka bola predmetom kontrolných opatrení.

7.2.4 Národné observatóriá pre drogy a REITOX

EMCDDA – Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, ako uvádza dokument Európska únia a fenomén drog (2010, s. 8), sa opiera **o sieť národných observatórií – kontaktných referenčných centier – známych pod názvom REITOX.** Národné observatórium je referenčným kontaktným centrom pre monitorovanie vecných spoľahlivých, objektívnych a najmä porovnateľných údajov – informáciách o drogách a drogovej závislosti a jej následkoch za krajinu. V súčasnosti REITOX poskytuje každý rok konzistentný a porovnateľný súbor národných správ a údajov z 30 krajín.

Ako sa uvádza vo výročnej správe EMCDDA 2006, Vybraná téma č. 1 (2007, s. 4) „REITOX je *európska informačná sieť o drogách a drogovej závislosti. Sieť združuje národné referenčné miesta členských krajín EÚ, Nórsku, kandidátskych krajín a Európskej komisie. Národné kontaktné body – referenčné centrá sú vládou poverené inštitúcie, ktoré poskytujú EMCDDA informácie o drogovej situácii*“.

7.2.5 Európske monitorovacie centrum pre drogy

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogové závislosti (EMCDDA) je centrom informácií o drogách v Európe. Bolo založené v roku 1995 v Lisabone. Hlavným **poslaním** EMCDDA ako európskej agentúry je poskytovať EÚ a jej členským štátom relevantné, objektívne informácie o fenoméne drog a drogových závislostí a ich dôsledkoch. Početný, viac ako stočlenný tím pracovníkov EMCDDA ponúka politikom na dôkazoch a faktoch podložené východiská pre tvorbu legislatívy a stratégií v účinnom pôsobení v oblasti drog. Jeho poslaním je aj spolupracovať s profesionálnymi a výskumnými pracovníkmi identifikovať príklady najlepšej praxe. V posledných rokoch rozšírilo EMCDDA aj na oblasť „*monitoringu a spravodajstva na oblasť ponuky drog, znižovania ponuky drog a trhy s nelegálnymi drogami*“

7.3 Protidrogová politika Slovenskej republiky

V predchádzajúcom texte sme podrobnejšie opísali *princípy drogovej politiky v európskom kontexte*. Plne akceptujúc a vychádzajúc z nich sa odvíja aj protidrogová politika Slovenskej republiky. V nadchádzajúcich častiach odborného textu podrobnejšie

uvedieme *základné východiská protidrogovej politiky Slovenskej republiky* obsiahnuté v troch po sebe prijatých *Národných programoch boja proti drogám* (postupne prijatých na štvorročné časové intervaly). Podrobnejšie za zameriame aj na v súčasnosti platnú *Národnú protidrogovú stratégiu* na roky 2009 – 2012 a poukážeme na poslanie *Národného monitorovacieho centra pre drogy (ďalej iba NMC)* ako člena REITOXU. Priblížime aj hlavné úlohy NMC a v závere stručne ozrejníme aj financovanie projektov a programov v oblasti prevencie, liečby, resocializácie a harm reduction v Slovenskej republike.

7.3.1 Protidrogová politika Slovenskej republiky a Národný program boja proti drogám

Výbor ministrov ako poradný orgán Vlády SR vo veciach protidrogovej politiky bol zriadený Uznesením vlády SR č. 583/1995. Ako uvádza R. Ochaba et al. (2009, s. 8) „na vytvorenie takéhoto nadrezortného koordinačného orgánu pre drogy zaviazali Slovenskú republiku členstvá v OSN, Európskej únii, Rade Európy, ako aj v špecifických medzinárodných organizáciách Interpol, Europol, Svetová colná organizácia (WCO) a aj medzinárodné dohovory: **Jednotný dohovor o omamných látkach (1961), Dohovor o psychotropných látkach (1971) a Dohovor proti nezákonnému obchodu s omamnými a psychotropnými látkami (1988).**“ Protidrogová politika Slovenskej republiky vychádza a plne akceptuje uplatňovanie vyššie uvedených dohovorov Organizácie Spojených národov. Svoje miesto a postavenie v rámci štruktúr OSN si Slovenská republika plní prostredníctvom **Stálej misie Slovenskej republiky pri OSN vo Viedni, New Yorku a Ženeve** v oblasti boja proti drogám poskytuje súčinnosť a spolupracuje s **Úradom OSN pre drogy a kriminalitu (UNODC) so sídlom vo Viedni, Komisiou OSN pre omamné látky (CND), Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO)** a ďalšími relevantnými inštitúciami v systéme OSN.

Ako v tejto súvislosti uvádza Z. Pánisová (1999, s. 148) „po vzniku samostatnej Slovenskej republiky sa pozornosť odborníkov i politikov sústredila na vypracovanie **základnej línie stratégie národnej politiky**“. Toto úsilie vyústilo do prijatia prvého **Národného programu boja proti drogám** (ďalej len NPBPD), ktorý bol prijatý vládou SR **8. augusta 1995**. Išlo o **historicky prvý základný programový dokument** celospoločenského úsilia zameraného na potlačanie fenoménu drog v Slovenskej republike. Preto sa NPBPD stal **základným dokumentom celospoločenského úsilia, ktorý je zameraný na znižovanie ponuky a dopytu po drogách a určoval hlavné ciele zdravotníckej a sociálnej starostlivosti** a sú v ňom vyjadrené aj základné východiská multidisciplinárneho prístupu k fenoménu drog. Ako v tejto súvislosti Z. Pánisová uvádza „NPBPD má v prvom rade deklaratívny charakter, ktorým sa potvrdzuje kontrola drog a ich využívanie na medicínske účely“ (ibid., s. 149). *Úlohy rezortov v NPBPD sa orientujú na jednotlivé oblasti podľa vlastných kompetencií, pričom sú definované aj spoločné úlohy. Ich konkretizácia a časové ohraničenie vytyčujú priority jednotlivých rezortov v boji proti drogám vo všetkých oblastiach protidrogovej politiky vlády SR. Zohľadňuje sa pritom potreba koncepčného a systémového rozvíjania NPBPD s cieľom znižovania dopytu po droge, zneužívania drog a zamedzovania ponuky drog*“ (Pánisová, 1999, s. 151). Výkonným orgánom v tomto období bol *Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog v SR*. V nasledujúcom období v štvorročných intervaloch boli prijaté ešte ďalšie dva NPBPD. Prvý NPBPD 1995 – 1999, druhý NPBPD 2000 – 2004, tretí 2005 – 2008. Program bol vždy hodnotený – raz ročne a následne komplexne po skončení jeho platnosti po štvorročnom období. Vyhodnotenie bolo obsiahnuté vo forme predkladanej *Správy o komplexnom vyhodnotení plnenia Národného programu boja proti drogám*.

7.3.2 Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009 – 2012

V roku 2009 Vláda Slovenskej republiky už po štvrtý raz od vzniku samostatnej republiky predkladala svoj základný programový dokument v oblasti riešenia drogového problému. **Uznesením č. 259 z 1. apríla 2009** Vláda SR zobrala na vedomie správu o plnení NPBPD na roky 2005 – 2008 a schválila návrh **Národnej protidrogovej stratégie**. Oba materiály boli 18. júna 2009 uznesením č. 1496 Národnou radou SR vzaté na vedomie.

V ďalšom odbornom texte priblížime postupne *základné princípy a poukážeme aj na priority zhrnuté do piatich základných okruhov, ale aj na hlavné subjekty realizácie protidrogovej stratégie*.

Národná protidrogová stratégia na obdobie 2000 – 2012 tvorí významný nástroj riešenia problémov spojených s drogami, pretože kvalifikované odhady hovoria o tom, že nelegálne drogy sú právom považované „za tretie najväčšie priemyselné odvetvie na svete“. (Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009 – 2012, 2009, s. 12).

Definovaných je nasledovných **päť základných princípov národnej protidrogovej stratégie**:

1. „*Národná protidrogová stratégia rieši problémy spojené so zneužívaním drog. Jej ústrednou myšlienkou je ochrana verejného zdravia, zvýšenie verejného povedomia, porozumenia a senzitivity k rizikám, súvisiacich s ich zneužívaním v spoločnosti.*
2. *Je transparentná. Vytvára predpoklady na zvýšenie zodpovednosti a zmenu postoja verejnosti a celej spoločnosti k zneužívaniu drog ako jeden z predpokladov dosiahnutia stanovených cieľov.*
3. *Vyjadruje základný rámec pre zákonnosť verejného konania, zameraného na riešenie problémov súvisiacich so zneužívaním drog na základe pravdivých poznatkov a údajov.*
4. *Tvorí vyvážený, integrovaný, koordinovaný a partnerský prístup v súlade s identifikovanými potrebami a problémami vyplývajúcimi z vývoja drogovej scény a spoločenských a individuálnych dôsledkov ich užívania.*
5. *V súlade s vedecky overenými poznatkami a novými trendmi vytvára predpoklady na tvorbu dlhodobých stratégií a opatrení, zameraných na budovanie bezpečného prostredia pre ochranu spoločnosti a jednotlivca, ich modifikáciu a hodnotenie účinnosti. Jej základ tvorí európska a národná legislatíva a právne normy“ (ibid., s. 16).*

Rovnako aj **Priority národnej protidrogovej stratégie** sú zadefinované v 5 oblastiach:

1. **Znižovanie dopytu**
2. **Znižovanie ponuky**
3. **Koordinácia a spolupráca**
4. **Medzinárodná spolupráca**
5. **Informovanosť, výskum a hodnotenie**

Stručne opíšeme postupne ich obsah:

1. **V oblasti znižovania dopytu** sa opatrenia zameriavajú na to, aby sa predchádzalo užívaniu drog, rizikám a školám spojeným s ich užívaním voči jednotlivcovi a spoločnosti. Ich cieľom je skvalitňovať intervencie a postupy založené na získaných poznatkoch a dobrých skúsenostiach.
2. **V oblasti znižovania ponuky**, ako sa uvádza v citovanom dokumente (ibid., s. 17), je kľúčové „*prostredníctvom spoločného prístupu a spolupráce rozvíjať aktivity zamerané na predchádzanie, odhaľovanie, potláčanie drogovej trestnej činnosti. Úsilie sústrediť sa na oblasť zneužívania prekurzorov, výrobu a distribúciu omamných a psychotropných látok a cezhraničné nelegálne obchodovanie s drogami*“.

3. **Koordinácia a spolupráca** by mali byť realizované na všetkých úrovniach spoločnosti. Protidrogová politika a stratégia sa musia stať významnou a dôležitou oblasťou občianskej spoločnosti a činnosti odborníkov pôsobiacich v tejto oblasti a „*tiež priestorom na poskytovanie spätnej väzby týmto štruktúram ako jedného zo zdrojov informovania o plnení stanovených cieľov.*“ (Ibid., s. 18.)
4. **Medzinárodná spolupráca** by mala byť vedená smerom skvalitniť efektívnosť a účinnosť spolupráce a koordinácie s členskými štátmi EÚ a príslušnými medzinárodnými organizáciami.
5. **Informovanosť, výskum a hodnotenie** sa rozvíja smerom k podpore a rozvoju prístupu založeného na rozšírení poznatkov a informácií o fenoméne drog a pochopení rizík a dôsledkov spojených s ich užívaním pre verejné zdravie a zdravie jednotlivca. Ako sa uvádza v citovanom dokumente, preto je nevyhnutné „*skvalitniť systém monitorovania vývoja drogovej scény a proces hodnotenia prijatých zámerov a cieľov protidrogovej stratégie.*“ (Ibid.)

7.3.3 Hlavné subjekty realizácie protidrogovej stratégie

Výbor ministrov pre drogovú závislosť a kontrolu drog (VM DZKD) je poradný, koordinačný, iníciačný a kontrolný orgán vlády SR vo veciach protidrogovej politiky. Výbor ministrov prostredníctvom **Generálneho sekretariátu/Národného monitorovacieho centra pre drogy** zabezpečuje a zodpovedá za zber, spracovanie, hodnotenie a distribúciu údajov o užívaní drog v spoločnosti a dosahov s tým spojených. Za plnenie akčných plánov vyplývajúcich zo stratégie zodpovedá *príslušný minister* a na miestnej úrovni *príslušný orgán štátnej správy* (obvodný úrad v sídle kraja). Plnenie úloh z národnej úrovne na úroveň miestnej štátnej správy a samosprávy sa zabezpečuje *prostredníctvom koordinátorov* (ObÚ v sídle kraja sú to tzv. krajskí koordinátori). Kľúčovými partnermi orgánov štátnej správy sú *orgány štátnej samosprávy*. Významné miesto majú aj *mimovládne organizácie*.

7.3.4 Národné monitorovacie centrum pre drogy (NMCD)

Ako sa v tejto súvislosti uvádza v dokumente Európska únia a fenomén drog (2010, s. 11) **Národné monitorovacie centrum pre drogy (NMCD)** „*je národným zastúpením decentralizovanej európskej agentúry – Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) so sídlom v Lisabobne*“. **NMCD je členom REITOX-u (Európska informačná sieť o drogách a drogových závislostiach)** zriadennej s cieľom *monitorovať situáciu v oblasti nelegálnych látok, pripravovať podklady pre kvalifikované politické rozhodnutia na národnej a európskej úrovni*“. NMCD z poverenia vlády SR je oprávnené poskytovať priamu a pravidelnú výmenu oficiálnych informácií o drogách vyžadovaných EMCDDA.

Ako bližšie špecifikuje citovaný dokument (ibid., s.11) NMCD zabezpečuje **zber porovnateľných, spoľahlivých a relevantných informácií všetkých stránok drogového fenoménu z národných zdrojov z týchto piatich kľúčových indikátorov:**

1. *prevalencia užívania drog v populácii,*
2. *problémové užívanie drog,*
3. *dopyt po liečbe v súvislosti s užívaním drog,*
4. *infekčné ochorenia súvisiace s drogami,*
5. *úmrtia spojené s užívaním drog a úmrtnosť (mortalita)užívateľov drog a z ďalších oblastí, ako sú napr.:*

– *trestné činy a uväznenia súvisiace s drogami; počty záchytov a množstvá zachytených drog; cena a čistota drog v pouličnom predaji; monitoring preventívnych intervencií a opatrení.*

7.3.5 *Vybrané aspekty financovania protidrogových aktivít v Slovenskej republike*

Zákonom NR SR č. **381/96 Z. z. o Protidrogovom fonde** bol s účinnosťou od 1. januára **1997** zriadený neštátny účelový podporný fond – **Protidrogový fond**. **Vznikol a fungoval** so zámerom finančne podporovať realizáciu konkrétnych projektov v oblasti prevencie, liečby a resocializácie drogových závislostí v Slovenskej republike. Každoročne *Rada Protidrogového fondu* schvaľovala **Priority na poskytovanie dotácií na oblasť protidrogovej politiky** vlády, čím smerovala hlavné a kľúčové zameranie projektov, ktoré finančne podporovala. Každoročne sa tieto priority aktualizovali. Protidrogový fond fungoval na podporu komisiou schválených projektov do roku 2008.

Od roku 2009 prevzal aj túto funkciu **Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog pri Úrade vlády SR**. Ten v zmysle národnej protidrogovej stratégie financoval aktivity zamerané na **prevenciu, liečbu, resocializáciu a harm reduction oblasti drog**. V roku 2010 bol zriadený **Odbor koordinácie protidrogovej stratégie Úradu vlády SR**, ktorý zabezpečoval okrem iného aj financovanie aktivít v tejto oblasti, od apríla 2012 túto funkciu okrem iných významných funkcií prevzalo **Národné monitorovacie centrum pre drogy pri ÚV SR** v kompetencii všetkých štátnych, samosprávnych i mimovládnych organizácií je participovať na financovaní projektov a aktivít v oblasti fenoménu drog.

Otázky a úlohy:

1. *Definujte pojem protidrogová politika a uveďte, ako vymedzujú odborníci problém drog v novodobej histórii šírenia a zneužívania drog a vymenujte kľúčové charakteristiky toho obdobia.*
2. *Vymenujte najmenej 4 kľúčových aktérov protidrogovej politiky na úrovni Európskej únie.*
3. *Vysvetlite, čo znamenajú pojmy „redukcia dopytu po drogách“ a „redukcia ponuky po drogách“, približte každý z týchto dvoch pojmov aspoň troma príkladmi.*
4. *Uveďte, čo znamená skratka inštitúcie EMCDDA, uveďte jej sídlo a jej hlavné poslanie.*
5. *Ktoré tri medzinárodné dohovory v oblasti drog rámujú východisko protidrogovej politiky Slovenskej republiky?*
6. *Uveďte presný názov a dátum vzniku prvého strategického dokumentu Vlády SR, ktorý tvoril východisko pre protidrogovú politiku Slovenskej republiky.*
7. *Vymenujte a vysvetlite obsah piatich základných priorít Národnej protidrogovej stratégie na obdobie 2009 – 2012.*
8. *Uveďte päť kľúčových indikátorov zberu dát za SR, ktoré zabezpečuje Národné monitorovacie centrum pre drogy (NMCD).*
9. *Opíšte systém financovania protidrogových aktivít.*
10. *Uveďte presný názov inštitúcie, ktorá plní úlohu národného observatória pre drogy v Slovenskej republike a zasiela dáta do siete REITOX-u.*

Zoznam použitej a citovanej literatúry:

Európska únia a fenomén drog. Najčastejšie otázky. Bratislava: So súhlasom EMCDDZ vydalo Národné monitorovacie centrum pre drogy, člen siete REITOX, Bratislava 2010. 12 s.

Európske drogové politiky – rozšírenie nad rámec nelegálnych drog? Výročná správa EMCDDA 2006: Vybraná téma č. 1. Bratislava: NMCD, 2007. 36 s. ISBN 978-80-88707-89-9

KALINA, K.: Úvod do drogovej politiky: základné princípy, pojmy, prístupy a problémy. In: *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový prístup*. Praha: Úrad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6, s. 15 – 23.

Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009 – 2012. Bratislava: Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog. Úrad vlády SR, 2009. 60 s. ISBN 978-80-8106-026-7

ONDREJKOVIČ, P. – POLIAKOVÁ, E.: *Protidrogová výchova*. Bratislava: VEDA, Vydavateľstvo SAV, 1999. 356 s. ISBN 80-224-0553-1

OCHABA, R. – ROVNÝ, I. – BIELIK, I.: *Ochrana detí a mládeže. Tabak, alkohol a drogy*. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2009. 185 s. ISBN 978-80-7159-175-7

PÁNISOVÁ, Z.: Národný program boja proti drogám. ONDREJKOVIČ, P. – POLIAKOVÁ, E.: *Protidrogová výchova*. Bratislava: VEDA, Vydavateľstvo SAV, 1999. ISBN 80-224-0553-1, s. 148 – 159.

ZÁBRANSKÝ, T.: *Drogová epidemiologie*. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0709-4. [cit. 2012/03/28] Dostupné na internete: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/drogova_epidemiologie_studijni_prirucka>.

8 Prevencia drogových závislostí

V kapitole definujeme pojem *prevencia drogových závislostí* z pohľadu rôznych profesionálov a autorov, vrátane európskeho prístupu a prístupu WHO – Svetovej zdravotníckej organizácie. Prinášame aj *členenie úrovní – stupňov prevencie sociálnopatologických javov* a z neho sa odvíjajúce *členenie úrovní – stupňov prevencie drogových závislostí*, a to podľa prístupu WHO a z neho sa odvíjajúceho európskeho modelu a tiež podľa amerického modelu. Ďalšia podkapitola pomenováva *cieľové skupiny – adresátov prevencie v drogovej oblasti*, vymedzujeme aj pojmy *špecifická a nešpecifická prevencia drogových závislostí*, *sociálna a edukačná prevencia* a definujeme v nej aj *cieľ drogovej prevencie*. Predposledná podkapitola rozpracováva *kritériá účinnosti primárnej prevencie* – od efektívneho programu všeobecnej prevencie v školách, cez selektívnu prevenciu a všeobecné zásady efektívnej primárnej prevencie, zoznam kľúčových elementov (skúseností) pre prevenciu a zásady efektívnych programov, až po tabuľkovo spracovaný prehľad vhodných a nevhodných prístupov v primárnej prevencii. Predposledná podkapitola prináša niektoré vybrané charakteristiky adresátov a nositeľov primárnej prevencie v školskom prostredí. U pedagógov, ako nositeľov primárnej prevencie v školskom prostredí bližšie špecifikuje *vybrané osobnostné predpoklady, požiadavky na sociálnu kompetenciu a základné zručnosti pracovníkov v oblasti primárnej prevencie*. Záverečná podkapitola prináša niektoré nové vyzvy pre prevenciu závislostí uplatniteľné aj v sociálnej pedagogike.

8.1 Vymedzenie pojmu prevencia

Prevencia (taktiež profylaxia) – v najvšeobecnejšom ponímaní znamená predchádzanie určitým problémom. Pojem „**prevencia**“ je odvodený z latinského slova „*praeventus*“ a znamená predchádzanie, ochranu pred potencionálnym ohrozením. Cieľom prevencie – profylaxie v drogovej problematike je predchádzať škodám, ktoré spôsobujú drogy, teda návykové, psychoaktívne látky.

Pojem prevencia môžeme (v najvšeobecnejšom a zjednodušenom ponímaní) chápať ako predchádzanie určitým problémom. Prevencia v našom ponímaní znamená realizáciu takých opatrení, ktorými sa snažíme predchádzať vzniku nežiaducich javov a napomôcť človeku žiť zdravý, produktívny a plnohodnotný život.

J. Semrád (2002, s. 6) poukazuje na skutočnosť, že slovo prevencia „*znamená vyvíjať úsilie na zabránenie alebo prekazenie pôsobenia škodlivých vplyvov, a to skôr než k tomu dôjde*“.

V tejto súvislosti možno ako inšpiratívny námet uviesť pohľad *Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA)*, ktoré používa pojem **prevencia drogových závislostí** v súvislosti s akoukoľvek aktivitou, *ktorá sa usiluje o spomalenie alebo odklad začatia užívania drogy v danom časovom období*. Výklad tejto definície sa javí ako jednoznačný, v praxi býva pojem prevencia chápaný z rozličných uhlov pohľadu – inak chápu termín prevencia výskumní pracovníci, inak zdravotníci a pedagógovia, inak politici a inak ďalší špecialisti.

J. Němec (2000, nepublikované) v tejto súvislosti uvádza, že **zdravotníci** spravidla zahŕňajú pod **prevenciu** činnosti vedúce k *obmedzeniu dopytu po drogách, aktivity zamerané na cieleňú modifikáciu správania v zmysle potlačenia túžby človeka užívať drogy*. *V podstate ide o tendenciu posilňovať tzv. ochranné faktory a minimalizovať rizikové faktory*.

Iný je však pohľad **právnikov a politikov**, ktorí nezriedka chápu prevenciu ako *prostriedok na znižovanie dopytu po drogách*. Vychádzajú z predpokladu: *čím je*

komplikovanejšia dostupnosť k drogám, tým je menšia pravdepodobnosť ich zneužívania. Na základe tejto úvahy má i rad represívnych opatrení preventívny význam (hrozba trestu).

Napokon **nemalá časť verejnosti** kladie v rámci prevencie dôraz na podporu *zdravého životného štýlu*. V rámci tejto filozofie sú podporované **informačné kampane, programy zahrňujúce voľnočasové aktivity a pod.**

Z uvedeného je zrejmé, že chápanie prevencie je značne rôznorodé, avšak **cieľom preventívnej práce zostáva zlepšenie verejného zdravia a duševného zdravia.**

Š. Matula (1998, s. 7) v tejto súvislosti hovorí o **celospoločenskom, komplexnom systéme sociálnej prevencie pred negatívnymi javmi** a dôrazne upozorňuje na **nesprávne používaný pojem protidrogová prevencia**. Tento, v praxi ešte stále sa vyskytujúci nesprávny termín, navrhuje Š. Matula (2000, s. 27) vôbec nepoužívať a zameniť ho za vhodnejší pojem „**prevencia drogových závislostí** alebo ešte presnejšie **prevencia vzniku drogových závislostí**“.

8.2 Členenie prevencie sociálnopatologických javov a členenie stupňov – úrovni drogových závislostí

V kapitole prinesieme dva pohľady na možné členenie prevencie jednak sociálnopatologických javov, jednak užšie sa z neho odvíjajúce členenie prevencie drogových závislostí. Uvádzame tradičné členenie úrovni či stupňov prevencie – na primárnu, sekundárnu a terciárnu prevenciu, rozšírené o možnosti prevencie v činnosti sociálneho pedagóga v škole na jednotlivých stupňoch či úrovniach, ale aj novšie chápanie členenia prevencie, ktoré Š. Matula citujúc Mrazekovú a Hagertho opodruča využívať pri strategickom plánovaní preventívnych projektov: Tieto sú rovnako doplnené o možnosti prevencie v činnosti sociálneho pedagóga v škole na jednotlivých stupňoch či úrovniach.

Š. Matula uvádza, že „v roku 1994 Mrazeková a Haggerty rozpracovali ideu tzv. **prevenčného kontinua** a nazvali ho **prevenčné spektrum**“.

Prevenčné spektrum predstavuje jedno zo základných východísk **amerického národného programu výskumu prevencie**, ktorý rozpracoval Americký národný inštitút pre duševné zdravie (NIMH) v rokoch 1990 – 1994. Podľa tohto modelu možno prevenciu rozdeliť do troch kategórií: na **univerzálnu, selektívnu a indikovanú**, na ktoré ďalej nadväzuje **fáza liečby a podpory** (bližšie obr. č. 5).

I. Univerzálna prevencia

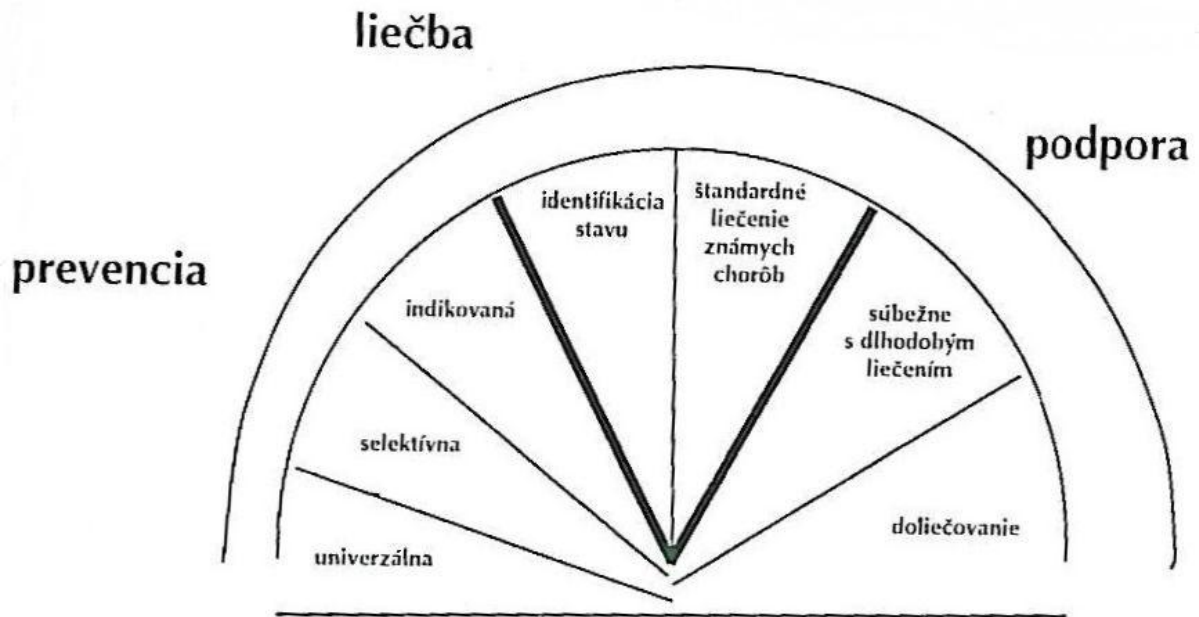
– je zameraná na celú populáciu, ako aj na špecifické podskupiny, napr. adolescentov (protifajčiarske kampane, zákony proti alkoholu a školské protidrogové programy).

II. Selektívna prevencia

– zameraná na subpopuláciu v podmienkach vysokého rizika (deti alkoholikov, mladí dospelí vo vysoko stresových situáciách).

III. Indikovaná prevencia

– zameraná na jednotlivcov, ktorí prejavujú špeciálne znaky a symptómy (adolescenti, o ktorých sa vie, že fajčia, pijú či konzumujú drogy) alebo prejavujú znaky závislosti. Kontinuum pokračuje fázou liečenia, kam sa zaraďuje identifikácia stavu a štandardné liečenie známych chorôb. Kontinuum uzatvára fáza podpory, ktorá môže prebiehať alebo súbežne s dlhodobým liečením a jej cieľom je potom redukcia recidívy a opakovania, alebo ako **dotliečovanie včítane rehabilitácie**“ (Matula, 1998, s. 2 – 3).



Obr. č. 5: Prevenčné spektrum (Š. Matula – I. Hupková, 1998, s. 3).

Ako v tejto súvislosti uvádza K. Liberčanová (2011, s. 171 – 177) „*mnohí autori nesprávne zjednocujú anglo-americké prevenčné spektrum s európskym trojstupňovým modelom. Oba prístupy sa na viacerých miestach prekrývajú, ale ich obsah nie je totožný.*“

Podľa citovanej autorky **prevenčné spektrum sa javí prehľadnejšie a vhodnejšie ako východisko pri budovaní stratégií prevencie.** Na prvej úrovni (*univerzálna prevencia*) možno uvažovať o celej populácii, v ponímaní školského sociálneho pedagóga ide o všetkých členov školy. Možno sem zaradiť aj ďalšie vzdelávanie učiteľov v oblasti prevencie sociálnopatologických javov.

Ďalšia úroveň (*selektívna prevencia*) naopak umožňuje zamerať preventívne postupy na subpopulácie v školskom prostredí. Tie sú vytvárané na základe predpokladu zvýšeného rizika vzniku sociálnopatologických javov vo vybranej skupine žiakov (žiaci s poruchami správania, žiaci počas rozvodu rodičov a pod.). Sociálny pedagóg môže tvoriť skupiny žiakov s podobnými potrebami a postupovať špecificky na základe najnovších princípov efektívnej selektívnej prevencie. Poznámky k účinnosti selektívnej prevencie sú súčasťou záveru tejto kapitoly.

Ako uvádza K. Liberčanová (2011, s. 171 – 177) zvlášť preventívne stratégie je potrebné vytvárať pre skupiny žiakov (*indikovaná prevencia*), ktorí vykazujú určité znaky či symptómy výskytu sociálnopatologických javov. Títo žiaci vyžadujú špeciálny individuálny sociálno-pedagogický plán prevencie a včasnú diagnostiku javov, prostredníctvom ktorých by sa zabránilo prepuknutiu niektorého z negatívnych javov.

Z. Borošová (1998, s. 28) uvádza, „že základný konceptuálny rámec preventívnej činnosti vytvoril **Gerald Caplan, ktorý rozdelil prevenciu na primárnu, sekundárnu a terciárnu**“.

I. Primárna prevencia. Úroveň prvotnej, primárnej prevencie predstavuje utváranie a formovanie optimálnych podmienok pre rozvoj jednotlivca ako bio-psycho-sociálno-sprirituálnej bytosti. Zacielená jednak na populáciu ako celok, jednak aj na jej špecifické skupiny a dotýka sa najvšeobecnejších podmienok predchádzania vzniku nežiaducich spoločenských javov. Motivácia k zdravému životnému štýlu a utvrdzovanie správnych

návykov sú dominantnou ideou primárnej prevencie. „*Primárna prevencia by mala mať charakter „imunizácie“ pred nežiaducimi sociálnymi javmi.*“ (Ondrejko – Poliaková, 1999, s. 14.)

II. Sekundárna prevencia. Druhou úrovňou je *sekundárna prevencia*, ktorej cieľom je *zabrániť vzniku porúch sociálneho a psychického vývinu, zachytiť ich v počiatočnom štádiu a zabezpečiť opatrenia nevyhnutné pre tzv. rizikových či ohrozených jednotlivcov.* Cielene sa zameriava na subpopuláciu, t. j. na vybrané skupiny *rizikových či ohrozených jednotlivcov* (napr. deti s poruchami správania; deti neúspešné v škole a iné). *Patrí do rúk špecialistov – zabezpečujú ju psychologické, sociálne a edukačné inštitúcie.*

III. Terciárna prevencia Treťou úrovňou je tzv. *terciárna prevencia*, ktorej cieľom je *predchádzať zhoršovaniu stavu, eliminovať počet recidív a následkov sociálnopatologických javov.* Zameraná je na jednotlivcov, ktorí prejavujú špeciálne znaky či symptómy sociálnej patológie. *Patrí výhradne do rúk úzko špecializovaných odborníkov.*

Aplikujúci systém úrovní – stupňov prevencie sociálnopatologických javov **je možné rámcovo odvodiť členenie prevencie drogových závislostí a delíť ho do nasledovných úrovní:**

I. Oblasť primárnej prevencie drogových závislostí je priestorom, v ktorom by preventívno-výchovné pôsobenie malo byť vedené snahami orientovať mladú generáciu na pozitívne, prosociálne správanie v zmysle podpory a ochrany zdravia somatického, psychického a sociálneho zdravia. Pozornosť je zameraná na tzv. *rizikové a ochranné faktory.* Oblasť primárnej prevencie by mala byť vedená smerom k citlivému a informovanostou nasýtenému postojom k drogám smerom k ich neužívaniu, význam má aj *vlastný príklad dospelých v pevnom protidrogovom postoji, ale najmä reálnom správaní sa voči drogám.*

II. Oblasť sekundárnej prevencie drogových závislostí poskytuje priestor na ciele aktivít preventívnych pracovníkov – špecialistov, psychológov, terapeutov, sociálnych pedagógov, sociálnych pracovníkov, špeciálnych pedagógov a iných, ktorí majú špeciálnu odbornú prípravu na prácu v danej oblasti. J. Němec (2000, nepublik.) uvádza, že sa viedli diskusie o tom, či majú prevenciu realizovať odborníci na drogy (špecialisti a experti) alebo tzv. komunikační špecialisti, ktorí dokážu s mladými ľuďmi vskutku efektívne nadviazať komunikáciu. Zdá sa, že prevahu získava druhá alternatíva – výkonní pedagogickí pracovníci s vysokou komunikačnou schopnosťou, ktorí sú dostatočne teoreticky i prakticky pripravení a „dovzdelaní“ na prácu v tejto oblasti.

III. Oblasť terciárnej prevencie drogových závislostí zahŕňa opätovnú reintegráciu človeka do bežného života v spoločnosti – resocializáciu a rehabilitáciu, ktoré sú priestorom pre uplatnenie najmä sociálnych pracovníkov, ale i laických terapeutov z radov abstinujúcich, avšak vždy pod supervíziou erudovaného špecialistu. Do tejto úrovne zasahuje aj zóna aktivít zameraných na zmierňovanie škôd spôsobovaných užívaním drog (angl. harm reduction). Bližšie v podkapitole 11.

Pre porovnanie uvádzame, že **podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) možno prevenciu drogových závislostí rozdeliť nasledovne:**

1. „**Primárna prevencia** – prechádzanie užitia drogy u populácie, ktorá s ňou doposiaľ nie je v kontakte, alebo aspoň odloženie kontaktu s drogou do vyšších vekových kategórií;

2. **sekundárna prevencia** – predchádzanie vzniku, rozvoju a pretrvávaniu závislostí u osôb, ktoré sú užívaním drogy zasiahnutí a postihnutí, prípadne sa na nej stali závislými. Obvykle sa používa ako súborný názov pre včasnú intervenciu, poradenstvo a liečbu;

3. **terciárna prevencia** – predchádza vážnemu či trvalému zdravotnému a sociálnemu poškodeniu z užívania drog. Priradujeme sem sociálnu rehabilitáciu, doliečovanie, podporu v abstinencii, ale aj prevenciu zdravotných rizík u neabstinujúcich klientov (Kalina et al, 2003, s.17).

Uplatnenie trojstupňového modelu prevencie v škole v činnosti sociálneho pedagóga

Ako v tejto súvislosti uvádza K. Liberčanová (2011, s. 171 – 177) v činnosti sociálneho pedagóga v školskom prostredí môžeme podľa stupňov prevencie (model WHO a európsky model) predpokladať nasledujúcu náplň práce:

„**Cieľom primárnej prevencie v činnosti sociálneho pedagóga** je predchádzanie vzniku sociálnopatologických javov. V ideálnom prípade by sa mali stratégie primárnej prevencie dotýkať každého člena školy. Medzi základné metódy patrí vysvetľovanie, objasňovanie, demonštrácia, hranie rolí, modelové hry a pod. Hlavné formy predstavujú preventívne programy. Sociálny pedagóg by mal rešpektovať najnovšie výskumné zistenia v metodologickej príprave a výbere foriem a metód. (Liberčanová, 2011 In: Nováková, 2003, s. 304) Od sociálneho pedagóga v primárnej prevencii drogových závislostí sa očakáva realizácia nešpecifickej a špecifickej prevencie, uprednostňovanie dialogických foriem, vekuprimeranosť, ale aj jednota v pôsobení od podávania relevantných odtabuizovaných informácií, práca s postojmi, nácvik tzv. životných zručností. V tomto smere je záber naozaj široký.

Možnosti uplatnenia **sekundárnej prevencie sú v školskom prostredí** podľa citovanej autorky značne obmedzené. Ide zväčša o situácie, keď dochádza k sporadickým alebo pravidelným prejavom sociálnopatologického správania, ktoré poškodzujú osobnosť žiaka a vplývajú aj na jeho okolie. Cieľom prevencie sociálneho pedagóga v tomto prípade je včasné rozpoznanie prítomnosti vzniku a výskytu negatívneho javu a jeho včasné podchytenie. Medzi základné metódy patria pozorovanie, anamnestický rozhovor, mediácia, kazuistika, sociometrické merania, počiatočná sociálno-pedagogická diagnostika, ktoré často ústia do intervencie. Tento stupeň prevencie vyžaduje úzku spoluprácu s učiteľmi, rodičmi, ostatnými odbornými zamestnancami školy a špeciálnymi odborníkmi príslušných zariadení poskytujúcimi špecifické preventívne postupy (terapiu, liečbu, represívny zásah, sanácia rodiny). V sekundárnej prevencii drogových závislostí je nutné, aby sociálny pedagóg vedel identifikovať (príznamy) jednotlivých sociálnopatologických javov vrátane drogových závislostí, uvedomoval si, ako sociálnopatologické javy navzájom súvisia a sú úzko späté, napr. v prípade užívania drog je častý výskyt záškoláctva, školského neprospievania, inej sociálnej patológie v rodine, kriminálneho a delikventného správania a pod. Preto je nevyhnutné, aby pri riešení sociálny pracovník spolupracoval s rodičmi alebo iným zákonným zástupcom a ďalšími špecialistami mimo úrovne školy.

Cieľom terciárnej prevencie je znižovanie poškodení vyplývajúcich z pôsobenia sociálnopatologických javov, doliečovanie, predchádzanie recidív, relapsov, resp. minimalizovanie škôd pri pretrvávajúcom patologickom správaní v zmysle harm reduction. Aj v tomto stupni prevencie má školský sociálny pedagóg svoje opodstatnenie a význam v preventívnych zásahoch v prípade, ak úzko spolupracuje s externými odborníkmi. K najúčinnjším metódam preventívnej práce sociálneho pedagóga podľa citovanej autorky v tomto stupni je reedukácia žiakov a zaraďovanie predovšetkým skupinových foriem práce s využívaním skupinovej dynamiky prostredia, v ktorých sa očakáva efektívnejšia resocializácia žiaka. V oblasti drogových závislostí na pôde školy sa od sociálneho pracovníka očakáva všestranná pomoc a podpora pri znovuzačlenení sa do školského prostredia po liečbe.

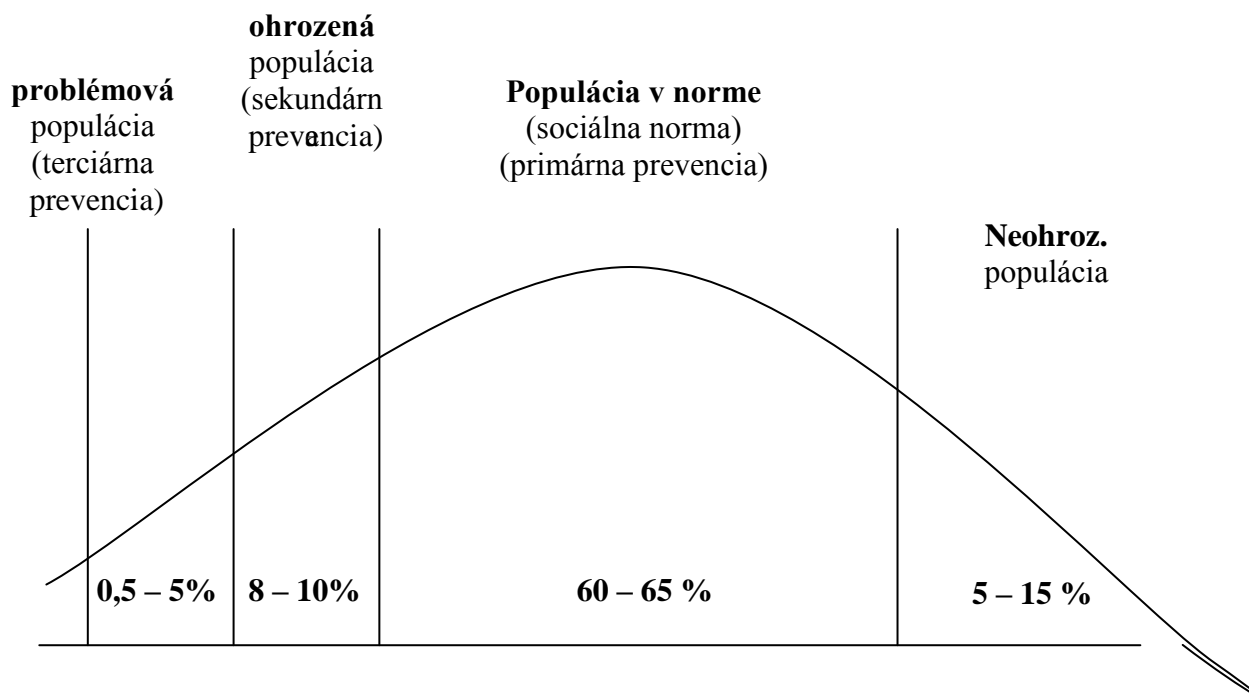
8.3 Cieľové skupiny prevencie

Široký komplex prevencie drogových závislostí je uskutočňovaný vo vzťahu k rôznym cieľovým skupinám. Prínosný pohľad na ich špecifikovanie a ich členenie uvádza K. Kalina (2003, s. 17), ktorý **cieľové skupiny prevencie** vymedzuje a charakterizuje nasledovne:

- **všeobecná populácia** – predstavuje dôležitú skupinu najmä v primárnej prevencii;
- **rizikové skupiny** – možno vymedziť podľa veku – (kategória 13 – 18 ročných patrí medzi najviac rizikové skupiny z hľadiska kontaktu s drogami), rizikové skupiny možno vymedziť aj z hľadiska profesií, príslušnosti k sociálnej či etnickej skupine. Rizikové skupiny sú cieľovými skupinami v špecifickej primárnej prevencii;
- **rizikovní jednotlivci** – individuálne riziko zvyšujú najmä psychické problémy a poruchy, poruchy učenia a správania, genetické predispozície, dysfunkčná rodina a rodičia, súrodenci, partneri a deti užívateľov;
- **experimentátori** – nepresné označenie osôb, ktoré tzv. skúšajú – občasne, nie pravidelne užívajú rôzne druhy a typy drog a ktoré môžu, ale nemusia mať problémy aj v ďalších oblastiach;
- **príležitostní a rekreační užívatelia** – užívanie drog sa v tejto cieľovej skupine stalo súčasťou životného štýlu, ale nie je častejšie než jedenkrát do týždňa a jeho dôsledkom nie je (ešte nie je) vznik závislosti a ďalších problémov. Typické je najmä pri marihuane, LSD a extáze;
- **pravidelní užívatelia** – pod pravidelnosťou sa podľa citovaného autora rozumie užívanie častejšie než jedenkrát do týždňa a je v ňom zrejmy nielen životný štýl súčasťou ktorého sa stala droga, ale aj istý škodlivý vplyv podľa užíwanej látky. Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb ide o tzv. „*škodlivé užívanie*“;
- **problémoví užívatelia** – sú podľa Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť – MMCD – definovaní ako intravenózni užívatelia a/alebo pravidelní užívatelia opiátov, kokaínu alebo drog amfetamínového typu.
- **závislí** – sú užívatelia spĺňajúci diagnostické kritéria závislosti – často, ale nie vždy ide zároveň o problémových užívateľov;
- **rodiny a partneri užívateľov** – dnes predstavujú zďaleka nie zanedbateľnú cieľovú skupinu prevencie, vo väčšine intervencií vo vzťahu k tejto cieľovej skupine ide o sekundárnu a terciárnu prevenciu.

Približné zastúpenie prevencie a jej cieľových skupín v populácii ilustruje obrázok č. 6.

Obr. č. 6: Proaktívny model prevencie (Bindasová – Tichý, 2000, s. 7.)



Proaktívny model prevencie podľa O. Bindasovej a E. Tichého (2000, s. 6 – 7), citujúc predpoklad formulovaný M. Hoffmanom, poukazuje na to, že „postoj k droge je v populácii normálne rozložený, to znamená, že sa 60 – 65 % populácie správa voči droge „normálne“, že o jej užívaní (zneužívaní) rozhodne vplyv spoločenských noriem. Pre 8 – 10 % je droga skôr príťažlivá ako odpudzujúca a 0,5 – 5 % z celkovej populácie bude drogu zneužívať (užívať zdraviu a životu ohrozujúcim spôsobom). Na druhej strane existuje 5 – 15% tých, ktorých správanie je voči návykovým látkam odmietavé.“ Uskutočňovanie prevencie je mimoriadne zložitá a náročná, a preto je nevyhnutné *profesionalizovať procesy prevencie, osobitne primárnej prevencie.*

8.4 Vymedzenie pojmov špecifická a nešpecifická prevencia, sociálna a edukačná prevencia.

V literatúre aj v praxi sa stretávame rovnako s rozlíšením prevencie drogových závislostí na **špecifickú prevenciu a nešpecifickú prevenciu**. Ako v tejto súvislosti uvádza česká autorka Dagmar Nováková (2001, s. 1), cieľom primárnej prevencie je, „aby čo najmenej ľudí malo problémy s drogami“. Preto sa obsahom prevencie stáva naučiť sa riešiť rôzne problémy a naplňovať svoje potreby. A pretože sa to netýka len drog, hovoríme o druhu **nešpecifickej prevencie**. Preto medzi nešpecifickú prevenciu možno zaradiť: **sebapoznávanie a sebaúctu, zvládanie sociálnych rolí a vzťahov, komunikáciu, predchádzanie a riešenie problémov, asertivitu, rozvíjanie schopností a záujmov vrátane pohybu, športu a kultúry**“. Ide o všetko, čo napomáha rozvíjať harmonickú osobnosť jedinca – rôznorodé aktivity smerujúce k naplneniu tzv. **životných zručností** sa stávajú neoddeliteľnou súčasťou kvalitných preventívnych programov“.

J. Kadlčíková (1998, s. 6) uvádza, že „nešpecifická prevencia začína od narodenia dieťaťa v rodine. Drogová prevencia z hľadiska rodiny je široká oblasť pôsobenia, ktorá sa netýka len špeciálne zameraných odborníkov, ale i dospelaj a dospievajúcej populácie. Jej

poslaním je získavanie a upevňovanie pozitívnych návykov, rozvíjanie vedomostí o možnostiach podpory zdravia a všeobecne zdravého životného štýlu.“

Prevenia špecifická – ako už vyplýva zo samotného názvu, v centre pozornosti má aktivity priamo zamerané na drogovú problematiku. Možno sem zaradiť podľa D. Novákovej (2001, s. 2) „predovšetkým stránku poznatkov (napr. typy, účinky a následky drog...) úzko ich spájať s modifikáciou postojov, ktoré majú spolu vplyv na správanie“. Žiaľ, v oblasti prevencie drogových závislostí pretrvávajú niektoré mýty, omyly a polopravdy, s ktorými najmä špecifická prevencia musí rátať a zúčastňovať sa na ich odstraňovaní.

Ďalším kľúčovým pojmom je sociálna prevencia. **Sociálna prevencia** (aj ako súčasť sociálnej politiky) je všeobecnou prevenciou, ktorá sa zaciľuje na všetky tzv. sociálnopatologické javy spoločnosti.

Prevenia sociálnopatologických javov v celospoločenskom meradle zahŕňa proces realizácie opatrení mnohých inštitúcií a organizácií, ktoré smerujú k zníženiu výskytu a šírenia sociálnopatologických javov. Ľudské spoločenstvo na prelome tisícročí charakterizujú aj mnohé sociálne patológie, ktorých výpočet je skutočne veľký. Uviest' možno kriminalitu a delikvenciu, drogovú a alkoholovú závislosť, patologické hráčstvo tzv. gambling, agresivitu a násilie, samovražednosť, prostitúciu, sexuálne prenosné ochorenia vrátane pandémie HIV/AIDS, šírenie rasizmu, extrémizmu, existenciu konfliktov a intolerancie, vznik medzietnických napätí a vojenských konfliktov, existenciu kultov, siekt, ale aj patologických subkultúr mládeže, problematiku týrania, zneužívania a násilia v rodinách a mnohé ďalšie.

Podstata **sociálnej prevencie** podľa J. Bubelíniho (1997, s. 16) spočíva vo „vytváraní priaznivých spoločenských podmienok v oblasti ekonomickej, sociálnej, kultúrnej, výchovno-vzdelávacej, v oblasti zamestnanosti, vo vytváraní podmienok na využitie voľného času, rastu životnej úrovne, duchovného rozvoja, humanizácie a skvalitňovania spôsobu života spoločnosti...“.

Edukačná prevencia

J. Semrád (2002, s. 7) konštatuje, že prevencia sa stala významnou zložkou aj pedagogických vied. Systematicky s ňou podľa citovaného autora pracuje najmä **sociálna pedagogika** (ktorej predmetom je aj sociálna výchova), tá sa okrem **výchovnej zložky (individuálnej a sociálnej) ďalej vymedzuje na reedukatívnu, charitatívnu, poradenskú a preventívnu zložku**. Práve preventívna zložka má podľa J. Semráda (ibid.) veľký význam v pluralitnej občianskej spoločnosti, pretože má človeka vybaviť tak, aby v priebehu jeho života nedochádzalo k sociálnemu zlyhávaniu“.

Školský rezort v Slovenskej republike podľa Š. Matulu (2000, s. 10 – 13) v smere prevencie vyvíja svoje aktivity (od výskumných a metodických až po legislatívne) s tým, že prevenciu uskutočňuje po dvoch líniách ako:

- A. Výchovnú prevenciu**, ktorá je realizovaná v školských a výchovných zariadeniach s primárnym zaangažovaním predovšetkým pedagógov (od učiteľov v triedach až po výchovných poradcov a koordinátorov prevencie), a je zameraná na **skvalitňovanie sociálnej regulácie správania vo výchovno-vzdelávacom procese**.
- B. Psychologickú prevenciu**, ktorá je realizovaná v poradenských a psychologických zariadeniach rezortu školstva so zaangažovaním predovšetkým psychológov, a tá je zameraná na skvalitňovanie psychologickej regulácie správania pomocou **psychologických, poradenských, prípadne psychoterapeutických metód**.

Výchovná prevencia sa pritom chápe skôr ako primárna (resp. univerzálna), kým psychologická prevencia plní najmä poslanie sekundárnej prevencie (resp. selektívnej).

8.5 Ciele prevencie

K. Nešpor (2000, s. 133 – 134) uvádza, že „**cieľom primárnej prevencie je predísť užívaniu návykových látok** vrátane alkoholu a tabaku alebo ho **oddialiť do čo najneskoršieho veku**, keď sú už dospelujúci relatívne odolnejší. **Ďalším cieľom je obmedziť alebo zastaviť experimentovanie s návykovými látkami**, aby sa predišlo škodám na telesnom alebo duševnom stave. Rovnako dôležitú úlohu v tomto smere zohráva aj **pôsobenie na hodnotový systém adresáta prevencie, podpora žiaducich postojov k drogám a závislosti**, spolu so všeobecnou podporou **protektívnych (ochranných) faktorov** a naopak **elimináciou rizikových faktorov** v preventívnom pôsobení. **Cieľom prevencie nie je teda len odovzdávanie informácií** alebo to, aby sa **prevencia páčila**, ale to, **aby sa cieľová populácia správala zdravšie**.

Znižovanie ponuky drog a minimalizácia dopytu po drogách – dve základné stratégie prevencie drogových závislostí.

Základným, v istom slova zmysle schematickým členením stratégií prevencie drogových závislostí podľa K. Nešpora, L. Csémyho a H. Pernicovej (1995, s. 34 – 35) je ich rozdelenie do dvoch skupín so zameraním na:

1. znižovanie ponuky drog (aby boli drogy ťažšie dostupné);

2. minimalizáciu ich dopytu (aby podľa možností o drogy ľudia nemali záujem),

pričom obidva vyššie uvedené spôsoby spolu úzko súvisia a navzájom sa posilňujú. Vychádzajúc z uvedeného môžeme **ciele protidrogového edukačného pôsobenia** rozdeliť do dvoch fundamentálnych oblastí:

1. výchova k zdravému životnému štýlu

2. zvyšovanie odolnosti detí a mládeže proti negatívnemu pôsobeniu ponuky drog a ďalším sociálnopatologickým javom.

Túto skutočnosť potvrdzuje Holandčan J. van der Stel (1998, s. 43), autor európskej učebnice prevencie, ktorý zdôrazňuje, že „**cieľom prevencie užívania alebo zneužívania alkoholu, drog a tabaku je prostredníctvom určitej stratégie zabrániť cieľovej skupine v nezdravom správaní.**

Cieľ preventívnej práce podľa citovaného autora (1998, s. 49) zahŕňa:

a) „**snahu redukovať vážnejšie sociálne a osobné problémy dosiahnutím:**

– **oslabenia vplyvu rizikových faktorov** (nedostatočné sociálne podmienky a kompetencie);

– **posilnením vplyvu ochranných faktorov** (sociálna pomoc, adekvátne sociálne zručnosti);

b) **povzbudzovanie ľudí pri vyhľadávaní pomoci a poskytovanie pomoci čo najrýchlejšie“.**

8.6 Kritériá účinnej a efektívnej prevencie

Na úvod sa zameriame na **kritériá účinnosti primárnej prevencie** tak, ako ich uvádzajú K. Nešpor a L. Csémy (In: Kalina et al., 2003, s. 297). Najskôr priblížime kritériá efektívneho programu **všeobecnej univerzálnej prevencie** v školách a následne uvedieme kritériá účinnosti **selektívnej prevencie**. V závere poukážeme na **zásady efektívnej primárnej prevencie – všeobecné charakteristiky** a prinesieme tabuľkovo spracovaný prehľad vhodných a nevhodných prístupov v primárnej prevencii.

8.6.1 Kritériá efektívneho programu všeobecnej prevencie v školách

- **program sa začína pokiaľ možno skoro (od najnižšieho veku) a zodpovedá veku** – čím je nižší vek žiaka, tým má byť prevencia menej špecifická, orientovaná na všeobecnú podporu zdravia. Naopak, čím je žiak starší, tým by prevencia mala byť viac zameraná aj na jednotlivé návykové látky a žiaci by mali byť väčšmi zapojení aktívne do preventívneho programu;
- **program je malý a interaktívny** – v štúdiách sa zistilo, že interaktívne programy sú účinnejšie, než programy iba vzdelávacie, programy pre menší počet žiakov sú účinnejšie ako programy pre veľký počet, a peer programy (programy realizované pripravenými vrstovníkmi) sú účinnejšie než programy, ktoré realizovali iba učitelia;
- **program zahŕňa podstatnú časť žiakov (cieľovej skupiny)** – častou chybou v preventívnej praxi je, že sa niektorý program sústreďí iba na prípravu peer aktivistov a venuje menšiu pozornosť alebo nijakú pozornosť realizácii programu s pomocou peer aktivistov v celých triedach;
- **program zahŕňa získavanie relevantných sociálnych schopností a schopností potrebných pre život, vrátane schopností odmietat', zvládať stres a podobne** – nácvik relevantných tzv. **životných zručností** je preukázateľne účinnou metódou. Ide napríklad o nácvik zručností odmietania návykových látok, čeliť tlaku z okolia, komunikačné zručnosti, vytváranie priateľských vzťahov, zdravé sebadomie a sebaapresadzovanie, nenásilné zvládanie konfliktov...
- **program berie do úvahy miestne špecifiká** – pred začatím programu je potrebné zmapovať miestnu situáciu a zvoliť efektívne stratégie šité na mieru cieľovej skupiny;
- **program využíva pozitívne modely** – napodobňovanie je osvedčený postup používaný napr. v pedagogike, preto má svoj význam i v prevencii. Ide predovšetkým o také pozitívne modely, s ktorými sa môže cieľová populácia stotožniť a ktorých spôsoby reagovania môže uplatniť v situáciách svojho každodenného života. Vhodní sú v tomto smere vrstovníci. Všeobecne je vhodnejšie mať dostatok kvalitných spolupracovníkov, pričom nie je nevyhnutné mať spolupracovníkov ako mimoriadne osobnosti z kultúry či športu – tzv. hviezdy;
- **program zahŕňa legálne aj nelegálne návykové látky** – väčšina zahraničných úspešných programov prevencie drogových závislostí zahŕňa do obsahu aj legálne drogy. Je to nevyhnutné urobiť z hľadiska ich rozšírenia, dostupnosti, ale aj preto, že najmä dospievajúci majú tendenciu drogovú prevenciu zužovať iba na ilegálne drogy;
- **program zahŕňa aj znižovanie dostupnosti návykových rizík** – do tejto kategórie patria: zákaz predaja alkoholických nápojov osobám mladším ako 18 rokov, zákaz predaja tabakových výrobkov osobám mladším ako 16 rokov, zákaz predaja ilegálnych drog. Protidrogovú atmosféru má mať preto aj škola, samozrejme je dodržiavanie zákazu požívania alkoholu a iných návykových látok nielen v škole, ale aj na akciách usporadúvaných školou;
- **program je sústavný a dlhodobý** – efektivita programu narastá, ak je program sústavný a dlhodobý. Naopak nie je možné predpokladať pozitívny efekt jednorazových, náhodných akcií, akokoľvek dobre budú mienené;
- **program je prezentovaný kvalifikovane a vierohodne** – spôsob, akým je preventívny program prezentovaný a ľudia, ktorí program vedú, môžu podstatne ovplyvniť jeho efektivitu. Z tohto dôvodu je potrebné ľudskému faktoru venovať náležitú pozornosť.
- **program je komplexný a využíva viac stratégií (prevenciu v školskom prostredí a prácu s rodičmi);**
- **program počíta aj s komplikáciami a ponúka dobré možnosti, ako ich zvládať.**

Program by preto mal obsahovať také prvky, ktoré by uľahčovali riešenie komplikácií a kríz, napr. kde hľadať pomoc pre rôzne problémy s návykovými látkami, ako zvládať nepríjemné duševné stavy atď. K. Nešpor a L. Csémy (In: Kalina et al., 2003, s. 297).

Kritériá účinnosti selektívnej prevencie:

- *uskutočňovať ju cielene – podľa charakteru rizika dieťaťa*
- *cielené použitie vhodných stratégií*
- *väčšia intenzita*
- *spolupráca školy s ďalšími organizáciami*
– *spolupráca s rodičmi problémového dieťaťa a jeho znovunavrátanie do triedy a kolektívu vrstovníkov*
- *zameranie na špecifická vzdelávania (rizikové učebné/študijné odbory, zvláštne školy, neprospiievajúci žiaci)*

M. Verešová a E. Sollárová (2001, s. 244 – 252) uvádzajú, že *podľa zatiaľ sumarizovaných výsledkov z hľadiska dlhodobej efektívnosti ľubovoľného programu použitého v podmienkach školy sa potvrdzuje, že:*

1. *informácie samotné majú iba malý alebo nijaký efekt na užívanie drog;*
2. *krátkodobé prístupy, najmä jednorazové prezentácie sú neefektívne; potrebné sú konzistentné a rozsiahle programy;*
3. *programy nacvičujúce odolnosť ovplyvňujú užívanie látok, majú efekt avšak iba na dva-tri roky;*
4. *programy zaznamenávajúce výraznejší efekt využívali viacúrovňový prístup zahrňujúci zapojenie rodičov, médiá a okolité spoločstvo;*
5. *programy využívané v prostredí školy sa ukázali ako menej efektívne z pohľadu redukovania užívania látok v rizikovejších skupinách, ale ako efektívnejšie v bežnej populácii z pohľadu prevencie užívania látok.*

8.6.2 Zásady efektívnej primárnej prevencie a znaky efektívnych preventívnych programov

Všeobecné zásady či charakteristiky efektívnej prevencie P. Bém (1998, In: Kalina et al., 2003, s. 280) uvádza takto:

1. Kombinácia mnohopočetných stratégií pôsobiacich na určitú cieľovú skupinu (škola, rodina, vrstovníci, komunita, masmédiá). Vzhľadom na skutočnosť, že príčin užívania a zneužívania drog je mnoho a sú rôznorodé, preventívne programy je preto nevyhnutné koncipovať komplexne ako súhrn viacerých faktorov a ako koordinovanú spoluprácu rôznych inštitúcií.

2. Kontinuita pôsobenia a systematickosť plánovania. Jednorazové prednášky, celoštátne kampane nie sú príliš efektívne. Jednostranné a zjednodušujúce informácie môžu byť aj škodlivé.

3. Cielenosť a adekvátnosť informácií a foriem vzhľadom na cieľovú populáciu a jej demografické a sociokultúrne charakteristiky

Pri každom preventívnom programe je potrebné definovať, pre akú cieľovú skupinu je určený. Musí byť zohľadnený vek, miera rizikovosti, úroveň vedomostí, sociokultúrne zázemie.

4. Prepojenosť prevencie zneužívania nelegálnych drog a prchavých látok a prevencie problémov spôsobených alkoholom a tabakom. Tabak a alkohol sú v našich podmienkach najrozšírenejšie drogy a spôsobujú najväčšie škody. Navyše často sú iniciačnými drogami.

5. Skorý začiatok preventívnych aktivít, ideálne už v predškolskom veku. Ideálny začiatok je už od predškolského veku. Platí, že čím skôr sa s prevenciou začína, tým je výsledok efektívnejší. Formy pôsobenia musia byť samozrejme prispôbené veku a možnostiam detí.

6. Pozitívne orientácie primárnej prevencie a demonštrácia konkrétnych alternatív. Podpora zdravého životného štýlu a ponuka pozitívnych alternatív „predajných“ v príslušnej cieľovej skupine by malo byť súčasťou každého preventívneho programu.

Ako uvádza I. Hupková a M. Hoffman (1996, nepublik.) v súvislosti s obsahom prevenčných projektov sprístupnil tzv. **Zoznam kľúčových psychologických elementov (schopností)**, ktoré je potrebné zahrnúť do obsahu programov primárnej prevencie. Zosumarizovali a stanovili ich výskumní pracovníci z jedenástich krajín počas konania výskumného zdravotníckeho sympózia. Uvádzame ich dva varianty: maximálny a minimálny variant.

Tzv. **ideálny zoznam kľúčových psychologických elementov – schopností** v programoch prevencie závislostí zahŕňa týchto 14 tematických okruhov:

1. efektívna komunikácia a vyjadrovanie
2. vyváženie medzi súťažou a spoluprácou
3. pestovanie sebavedomia a sebahodnotenia
4. zapájanie sa do spoločnosti
5. vytváranie schopností udržiavať vzťahy medzi ľuďmi
6. konštruktívne zvládanie emócií
7. vyrovnávanie sa so stresom a úzkosťou
8. asertivita
9. kritické a pozitívne myslenie
10. rozhodovanie
11. vytyčovanie cieľov
12. pestovanie pevnej vôle, odolávanie vplyvu ostatných
13. znižovanie rizika na minimum
14. riešenie problémov

Zredukovaním počtu okruhov pri zachovaní účelnosti a efektívnosti je možné pracovať s tzv. **minimálnym zoznamom elementov (schopností)**:

1. efektívna komunikácia a vyjadrovanie
2. kritické a pozitívne myslenie
3. rozhodovanie
4. zvládanie emócií
5. odstraňovanie pocitov úzkosti a stresu
6. asertivita a odolávanie vplyvu ostatných
7. vytyčovanie cieľov (Hupková, 2003, s. 32 – 33).

Na záver podkapitoly uvádzame **zásady efektívnych programov primárnej prevencie**, ktoré K. Nešpor (In: Hupková, 2003, s. 33) vymedzuje nasledovne:

- „program sa začína pokiaľ možno skoro (od najnižšieho veku) a zodpovedá veku;
- program je malý a interaktívny;
- program zahŕňa podstatnú časť žiakov (cieľovej skupiny);
- program zahŕňa podstatnú časť žiakov (cieľovej skupiny);
- program zahŕňa získavanie relevantných sociálnych schopností a schopností potrebných pre život vrátane schopností odmietat', zvládať stres a pod.
- program berie do úvahy miestne špecifiká;
- program využíva pozitívne modely;

- program zahŕňa legálne aj ilegálne návykové látky;
- program zahŕňa aj znižovanie dostupnosti návykových rizík;
- program je sústavný a dlhodobý
- program je prezentovaný kvalifikovane a vierohodne;
- program je komplexný a využíva viac stratégií (prevencia v školskom prostredí a práca s rodičmi)
- program počíta s komplikáciami a ponúka dobré možnosti, ako ich zvládať; selektívna a indikovaná prevencia sú náročnejšie na čas, prostriedky aj kvalifikáciu a často vyžadujú individuálny prístup a pomoc so zreteľom na špecifické individuálne potreby“ (ibid.).

Na záver podkapitoly uvádzame tabuľkovo spracovaný prehľad:

Tab. č. 4: **Vhodné a nevhodné prístupy v primárnej prevencii**

Vhodný prístup	Nevhodný prístup
Podpora sebadôvery, aktivity a hodnotných záujmov	Odstrašovanie, triviálne „jednoducho povedz nie“
Kontinuálny proces	Jednorazové akcie
Zameranie na zmenu postojov a správania	Zameranie iba na poznatky
Živé(interaktívne) učenie	Prednášková forma
Využívanie smerodajných vzorov pokiaľ možno z blízkeho okolia	Neosobnosť, formalizmus, využívanie exuzerov alebo aktívnych užívateľov, stávanie na hviezdach
Otvorená, hodnotne moderovaná diskusia	Potlačovanie alebo „bezbrehosť“ diskusie
Zapojenie do života miestnej komunity	Vedenie zhora alebo mimo miestneho kontextu
Realizáciu navrhujú a riadia kvalifikovaní interdisciplinárni odborníci v primárnej prevencii	Amaterizmus realizátorov, náhodný výber úzkych špecialistov (lekárov, policajtov), neškolených na primárnu prevenciu

(Kalina, 2003, s. 282.)

8.7 Vybrané charakteristiky nositeľov a adresátov primárnej prevencie

Kapitola prináša niektoré vybrané charakteristiky adresátov a nositeľov primárnej prevencie v školskom prostredí. U pedagógov, ako nositeľov primárnej prevencie v školskom prostredí bližšie špecifikuje *vybrané osobnostné predpoklady, požiadavky na sociálnu kompetenciu a základné zručnosti pracovníkov v oblasti primárnej prevencie.*

8.7.1 Deti a mládež ako adresáti primárnej prevencie v škole

Je nanajvyš známou a aj výskumne verifikovanou skutočnosťou, že práve mladí ľudia tvoria cieľovú skupinu, ktorej musí byť venovaná zvláštna, osobitne významná a permanentná pozornosť v súvislosti s primárnou prevenciou drogových závislostí. Platí, že predovšetkým mladí *ľudia vo veku od 13 do 20 rokov sú veľmi rizikoví* a pravdepodobnosť kontaktu či experimentu najmä s ilegálnymi drogami je práve pri nich veľmi vysoká. Všeobecne možno sumarizovať, že v oblasti legálnych drog k prvokontaktu prichádza u detí omnoho skôr nezriedka v predškolskom a mladšom školskom veku, ale najmä v strednom a staršom školskom veku dieťaťa. Preto je aj osobitne dôležité zamerať sa na deti a mládež ako osobitne zraniteľnú a rizikovú cieľovú skupinu a práve na túto cieľovú skupinu zamerať preventívne intervencie.

Ako v tejto súvislosti uvádza L. Skácelová (2003, s. 294) medzi **účinné zložky primárnej prevencie** patrí spolupôsobenie:

- a) *poznatky a informácie,*
- b) *zručnosti* (adekvátne veku a štádiu zmien)
- c) *formovanie postojov, hodnôt.*

Tieto tri dôležité súčasti sa musia realizovať v súlade s **primeranou sebaúctou, túžbou žiť zdravý životný štýl.**

Veku primerané, pravdivé, odtabuizované, mýtov zbavené a osožné informácie podané zaujímavým, ale aj pre cieľovú skupinu prijateľným spôsobom sú len jedným z nevyhnutných predpokladov účinného preventívneho pôsobenia.

Ako sa v tejto súvislosti spresňuje citovaná česká odborníčka L. Skácelová (2003, s. 329) „významné postavenie v preventívnych systémoch na regionálnej a miestnej úrovni predstavujú školy a školské zariadenia, pretože väčšina mladých ľudí, ktorí školy navštevujú či sú v nich umiestnení, sa stáva priamym objektom preventívneho pôsobenia“.

Viacerí zahraniční a slovenskí odborníci zaoberajúci sa problematikou rodiny hovoria v súvislosti so súčasnou rodinou o tzv. **kríze rodiny**. Rezervy možno okrem iného nájsť práve v nedostatočne rozvíjanej výchovnej a preventívnej funkcii rodiny, v ktorej rodina veľmi veľa ráz zlyháva.

Platí však, že *ak zlyháva rodina, miestom číslo jeden pre primárnu prevenciu drogových závislostí sa stáva škola*. Ide o isté delegovanie nápravy do školského rezortu.

Pomenujme si preto, čo robí školu a školské zariadenia špecifickým aj vo vzťahu k prevencii drogových závislostí. Napriek tomu, že pri ich formulácii vychádzame z **českej Koncepcie prevencie zneužívania návykových látok a ďalších sociálno-patologických javov (MŠMT, 1997)**, ich aplikáciu v slovenských podmienkach považujeme za vhodnú a možnú

– „dieťa trávi v škole jednu štvrtinu až jednu tretinu dňa, škola významne ovplyvňuje jeho životný štýl a spôsob rozhodovania,

– prvé závažné problémy v správaní detí, ktoré si spravidla vyžadujú odbornú starostlivosť sa najčastejšie objavujú v základnej škole,

– rezort školstva disponuje rozsiahlou sieťou poradenských služieb,

– dieťa prezentuje prvé prejavy problémového správania spravidla omnoho skôr, než sa dostáva do starostlivosti sociálnej kurately v rezorte práce sociálnych vecí,

– inštitúcie sociálneho a zdravotného rezortu prichádzajú s pomocou vtedy, keď je nevyhnutný zásah v rodine, a väčšinou vtedy, ak komplexné preventívne aktivity iniciované školskými zariadeniami neboli dostatočne účinné,

– škola a školské zariadenia sú často jediným prostredím, v ktorom možno systematicky korigovať pozitívny vplyv vrstovníkov najmä voči neorganizovaným jednotlivcom.“ (Ibid., s. 329.)

8.7.2 Pedagógovia ako nositelia primárnej prevencie v škole

Ak majú pedagógovia spolu s ostatnými nositeľmi primárnej prevencie v škole i mimoškolskom prostredí, teda ostatnými **intermediátormi** prevziať **aktívnu rolu odborných pracovníkov v oblasti protidrogového pôsobenia na deti a mládež**, je nevyhnutné, aby disponovali vhodnou stratégiou, zručnosťami a vedeli používať efektívne techniky svojej práce“ (Skácelová, 2003, s. 329).

Bližšie sa zameriame:

A. vybrané osobnostné predpoklady,

B. požiadavky na sociálnu kompetenciu,

C. základné zručnosti pracovníkov v oblasti primárnej prevencie
v rozsahu ako ich uvádza L. Skácelová (ibid., s. 330).

A. Charakteristika osobnostných predpokladov pracovníka v oblasti primárnej prevencie

1. POŽIADAVKY NA ODBORNOSŤ:

a) teoretické predpoklady

- odborné vzdelanie v protidrogovej problematike (najlepšie v oblasti prevencie zneužívania návykových látok),
- má záujem a orientuje sa v problematike drogových závislostí,
- pozná a akceptuje rôzne modely vzniku drogových závislostí,
- je schopný rozpoznať a opísať fyzické, psychické a sociálne dôsledky užívania drog,
- vie jedincovi poskytnúť či sprostredkovať primeranú pomoc,
- vzdeláva sa a udržiava aktívny kontakt s vývojom poznatkov v problematike,
- vystupuje dôveryhodne, poskytuje pravdivé, objektívne informácie.

b) pedagogicko-psychologické zručnosti

- zastáva profesionálny etický prístup,
- v činnostiach s deťmi a mládežou jasne a čitateľne vyjadruje svoj protidrogový postoj,
- vie zaujať,
- má komunikačné zručnosti,
- má organizačné zručnosti,
- rešpektuje niektoré zvláštnosti cieľovej skupiny,
- má prehľad o životnom štýle mladých ľudí,
- využíva zručnosti a skúsenosti v práci s deťmi a mládežou,
- má zmysel pre humor,
- vie dávať a prijímať podporu,
- vie citlivo reagovať na problémy žiakov so skúsenosťami s návykovou látkou.

B. Charakteristika vybraných požiadaviek na sociálnu kompetenciu pracovníka v oblasti primárnej prevencie

Realizátor primárnej prevencie drogových závislostí disponuje týmito sociálnymi kompetenciami:

- má sociálne cítenie,
- má vhl'ad do sociálnych situácií,
- orientuje sa v interpersonálnych vzťahoch,
- má autoregulačné mechanizmy pod kontrolou,
- využíva svoje tvorivé schopnosti,
- má schopnosť spolupracovať (nie súťažiť),
- je v kontakte s inými odbornými špecialistami v regióne

C. Charakteristika vybraných požiadaviek na emocionálnu stabilitu pracovníka v oblasti primárnej prevencie

Realizátor primárnej prevencie drogových závislostí disponuje týmito požiadavkami na emocionálnu stabilitu:

- má schopnosť sebaovládania,
- adekvátne reaguje na podnety,
- vie prijať kritiku,

– je empatický (vie počúvať).

Vyššie uvedenými charakteristikami špecifikovali českí odborníci prehľad požiadaviek a zručností, ktoré sú kladné na pracovníka v primárnej prevencii. Je zrejmé, že tieto sú aplikovateľné i v praxi prevencie v Slovenskej republike. Realizácia prevencie si vyžaduje pomerne ťažkú prácu na sebe. Zmysel a opodstatnenie v každom prípade však táto činnosť má. O tom sa ľudia z praxe preventívnej činnosti presvedčajú vo svojej každodennej činnosti.

8.8 Niektoré nové výzvy pre prevenciu drogových závislostí

Ako sa konštatuje vo *Výročnej správe Európskeho monitorovacieho centra pre drogy* (2007, s. 222 – 226) „nová protidrogová stratégia Európskej únie na roky 2005 – 2012 stanovuje cieľ, že opatrenia zamerané na redukciiu dopytu po drogách musia brať do úvahy zdravotné a sociálne dôsledky užívania nelegálnych psychoaktívnych látok a polyužívania drog v spojení s legálnymi drogami ako je tabak a alkohol. Táto skutočnosť by sa v prevencii drogových závislostí preto mala premietnuť do realizácie komplexných účinných programov prevencie užívania drog integrujúcich legálne aj ilegálne drogy, ktoré budú brať do úvahy, že medzi častý spôsob užívania drog patrí kombinované užívanie viacerých psychoaktívnych látok. Špeciálnou, pomerne novou oblasťou ostáva zneužívanie dopingu, a to nielen u vrcholových športovcov, ale v aj v bežnej populácii dospelých, najmä mužov. Preto by prevencia užívania drog mala byť „úzko spojená s prevenciou závislého spôsobu správania, ktorá integruje celú škálu legálnych i ilegálnych látok“ (ibid., s. 23). Nevyhnutným komponentom preventívnych programov sa so zreteľom na uvedené stáva **tréning životných zručností (life skills) a využitie programov zameraných adresne na indikované rizikové (ohrozené) skupiny. Ako jedna z vysokorizikových skupín boli v tejto súvislosti špecifikovaní dospelujúci chlapci a mladí dospelí muži.**

Význam má aj pôsobenie využívajúce pravdivé informácie, ktoré sú odtabuizované a zbavené mýtov a polopráv. Nezastupiteľné miesto majú naďalej v preventívnych programoch aj práca s hodnotami a postojmi, techniky zamerané na tréning odmietania – vedieť povedať NIE.

Drogová prevencia zahŕňa efektívne programy predchádzania či odd'ľovania prvokontaktu s psychoaktívnymi látkami, ale aj minimalizáciu rizikového správania pri experimentovaní. Treba brať do úvahy a rešpektovať aj posuny na drogovej scéne. Úmerne s tým, ako sa mení spoločnosť, menia sa aj prekurzory a spektrum užívaných psychoaktívnych látok (napr. syntetický vysoko návykový heroín distribuovaný pod názvom *krokodíl*, ďalšie nové drogy známe ako Spice – Spice silver a Spice gold, Tvrdý Míša a iné).

Rovnako dochádza aj k zmenám ciest šírenia drog – teda cestám ich distribúcie. Novým aspektom v šírení drog sú zaiste aj on-line obchody – e-shopy a s ním spojený predaj psychoaktívnych látok (nielen prírodných ale aj syntetických). Pritom počet e-obchodov rastie (poznámka autorky: podľa informácie zverejnenej na seminári Stav drogovej problematiky v Európe a na Slovensku, Bratislava – Bôrik 15. 11. 2011, existovalo k novembru 2011 cca 600 internetových obchodov, medzinárodne fungujúcich s ponukou predaja psychoaktívnych látok).

Tieto ponúkajú „tovar“ nielen v anglickom jazyku, ale jestvujú už prvé, ktoré komunikujú so zákazníkmi aj v slovenskom jazyku (poznámka autorky: podľa informácie zverejnenej na seminári Stav drogovej problematiky v Európe a na Slovensku, Bratislava – Bôrik 15. 11. 2011, asi 8 rôznych internetových obchodov fungujúcich do novembra 2011 komunikovalo so zákazníkmi v slovenčine).

Všetky vyššie uvedené skutočnosti môžu byť výzvou aj pre sociálnych pedagógov, v ich preventívnej činnosti na školách a môžu sa stať podnetom na integráciu týchto nových poznatkov do preventívnej funkcie v činnosti sociálneho pedagóga

Otázky a úlohy :

1. Uveďte, od akého pojmu sa odvodzuje pojem prevencia a definujte ho.
2. Je pojem protidrogová prevencia správne používaným odborným pojmom? Zdôvodnite.
3. S menom ktorého autora sa spája členenie prevencie v zmysle ponímania WHO do troch úrovní? Vysvetlite ich podstatu a porovnajte s prístupom Prevenčného spektra autorov Mrazekovej a Hagertyho.
4. Vysvetlite a uveďte jeden príklad na nasledovné cieľové skupiny prevencie: Všeobecná populácia, rizikové skupiny, rizikový jednotlivec, príležitostný a rekreačný užívateľ, závislý.
5. Na koho sa v zmysle proaktívneho modelu prevencie má zacielať primárna prevencia? Uveďte % jej výskytu v populácii a vymenujte aspoň štyroch profesionálov, ktorí sú kompetentní vykonávať primárnu prevenciu.
6. Pomenujte, čo je cieľom primárnej prevencie drogových závislostí.
7. Vymenujte aspoň 8 kritérií efektívneho programu všeobecnej prevencie v školách.
8. Pomenujte a vysvetlite zásady efektívnej primárnej prevencie – všeobecné charakteristiky.
9. Vymenujte aspoň sedem zásad efektívnych programov primárnej prevencie podľa K. Nešpora.
10. Je beseda s ex-užívateľom drog považovaná za vhodnú formu primárnej prevencie? Zdôvodnite.
11. Prečo sú jednorazové akcie považované za nevhodný prístup v prevencii? Čo vy sami považujete v primárnej prevencii za vhodný prístup?
12. Ktorá cieľová skupina primárnej prevencie je vo vzťahu k nelegálnym a aj legálnym drogám považovaná za najrizikovejšiu?
13. Vymenujte tri zložky účinnej primárnej prevencie podľa J. Skácelovej.
14. Opíšte obsah piatich požadovaných pedagogicko-psychologických zručností realizátora prevencie.
15. Opíšte obsah aspoň piatich požiadaviek na kompetenciu pracovníka v oblasti primárnej prevencie.
16. Opíšte obsah aspoň troch požiadaviek, ktorými sa má vyznačovať emocionálna stabilita pracovníka v oblasti primárnej prevencie.
17. Aký nový spôsob distribúcie drog je v súčasnosti využívaný a v čom spočíva jeho nebezpečenstvo?

Zoznam použitej a citovanej literatúry:

- BOROŠOVÁ, Z.: *Primárna prevencia zneužívania drog a drogovej závislosti*. Dizertačná práca. Bratislava: Filozofická fakulta Univerzity Komenského. 1998.
- BINDASOVÁ, O. – TICHÝ, Ľ.: *Prevencia – vybrané kapitoly*. Materiál pre vnútornú potrebu CPPS. Bratislava: CPPS, 2000. 78 s.
- BUBELÍNI, J.: Teoretické aspekty prevencie kriminality. In: *Mládež a spoločnosť*, roč. 3, 1997, č. 4. ISSN 1335-1982, s. 13 – 19.
- HUPKOVÁ, I.: *Drogy – spoločenský problém 11 časť. Poznámky k prevencii závislosti v kultúrno-osvetovej činnosti*. Bratislava: 2003. 37 s.

- KADLČÍKOVÁ, J.: *Pozitívne ovplyvňovanie žiakov v rámci programu primárnej prevencie drogových závislostí*. Dizertačná práca. Bratislava: Filozofická fakulta Univerzity Komenského, 2000.
- KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový prístup 2*. UV ČR, 2003. 433 s. ISBN 80-86734-05-6
- Kolektív autorov: *Európske drogové politiky – Rozšírenie nad rámec nelegálnych drog? Výročná správa EMCDDA 2006. Vybraná téma č. 1*. Bratislava: EMCD a generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog v SROV. 36 s. ISBN 978-80-88707-89-9
- LIBERČANOVÁ, K.: Sociálny pedagóg ako faktor preventívnych stratégií v škole. In: *Sociální pedagogika v souvislostech globální krize*. Brno: Institut mezioborových studií, 2011. ISBN 978-80-87182-16-1, s. 171 – 177.
- MATULA, Š. – HUPKOVÁ, I.: *Perspektívy prevencie sociálnej patológie a niektoré otázky výchovy k zdravému životnému štýlu*. Bratislava: Národné osvetové centrum, 1998. 24 s.
- MATULA, Š.: Výchovná a psychologická prevencia sociálnej patológie. In: *Kriminalita mládeže a preventívno-výchovné pôsobenie*. Bratislava: Národné osvetové centrum, 1997, s. 29 – 54.
- NOVÁKOVÁ, D.: *Zdravý spôsob života a prevence závislostí pro MŠ a první třídy ZŠ*. Metodika pro pedagogy. Praha: Filia, 2001. 32 s.
- NĚMEC, J.: *O čem se diskutuje k preventivním strategiím na mezinárodní úrovni*. Nepublikované. 2000.
- NĚMEC, J.: *Alternativní přístupy k dětem a mládeži uplatňované v rámci preventivních programů ve školách a školských zařízeních v České republice*. Nepublikované. 2000.
- NEŠPOR, K. – CSÉMY, L. – PERNICOVÁ, H.: *Prevencia problémov spôsobených návykovými látkami na školách*. Praha, 1995. 124 s.
- NEŠPOR, K.: *Návykové správanie a závislosť*. Praha: Portál, 2000. 150 s. ISBN 807178432X
- ONDREJKOVIČ, P. – POLIAKOVÁ, E. et. al.: *Protidrogová výchova*. Bratislava: Veda SAV 1999. 356 s. ISBN 80-224-05553-1
- SEMRÁD, J.: Prevencia kriminality. In: *HUPKOVÁ, I. et al.: Prevencia kriminality*. Bratislava: NOC, 2002, s. 5 – 13.
- SKÁCELOVÁ, L.: Osobnosť, dovednosti a techniky v primárnej prevencii. In: *KALINA, K. et al.: Drogy a drogové závislosti. Mezioborový prístup 2*. UV ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6, s. 329 – 331.
- SKÁCELOVÁ, L.: Prevence vo výuce – základné pedagogické princípy. In: *KALINA, K. et al.: Drogy a drogové závislosti. Mezioborový prístup 2*. UV ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6, s. 294.
- STEL, J.: *Príručka prevencie : Alkohol, drogy a tabak*. Bratislava: GSVMDZKD a Protidrogový fond, 2001. 150 s.
- VEREŠOVÁ, M. – SOLÁROVÁ, E.: Efektívnosť výchovno-preventívneho pôsobenia škôl a postoje k drogám In: *Kvantita verzus kvalita? v kontexte kvality života a prevencie drogových závislostí. Zborník príspevkov z teoreticko-metodického seminára*. Bratislava: GSVMPDZKD, 2001. ISBN 80-968650-6-4, s. 244 – 252.

9 Vybrané právne normy týkajúce sa alkoholu, tabaku a iných drog v Slovenskej republike

Oblasť legislatívy pre tzv. „kontrolu tabaku, alkoholu a iných drog“ platná v Slovenskej republike plne akceptuje legislatívu, smernice a odporúčania Európskej únie v tejto oblasti. Vzhľadom na rozsiahlosť problematiky tzv. kontroly a regulácie drog v SR, upravenú Ústavou Slovenskej republiky cez príslušné zákonné normy, národné programy až po národné akčné plány sa výberovo zameriame v ďalších podkapitolách iba na niektoré vybrané zákony. Postupne uvedieme niektoré právne normy tzv. *kontroly a regulácie tabaku, neskôr sa zameriame na vybrané právne normy zamerané na alkohol a napokon uvedieme vybrané právne normy zamerané na iné drogy v zmysle legislatívy platnej v Slovenskej republike.*

9.1 Vybrané právne normy na kontrolu a reguláciu tabaku v Slovenskej republike

Ako v tejto súvislosti uvádzajú R. Ochaba, I. Rovný a I. Bielik (2009, s. 54) *„problematiku ochrany nefajčiarov upravuje na Slovensku niekoľko právnych noriem, ktorých cieľom je vytvoriť podmienky na ochranu nefajčiarov a podporu nefajčenia na pracoviskách, v ústavoch na výkon väzby, v zariadeniach spoločného stravovania, v bytoch a na ďalších miestach, kde vplyvom pasívneho fajčenia môžu byť v pravdepodobnej miere vystavení nefajčiari, najmä ženy a deti.“*

Ústava Slovenskej republiky č. 460/1992 Z. z podľa článku 40 zaručuje právo občana na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon. *„Ochrana zdravia nefajčiarov patrí preto medzi práva občanov Slovenskej republiky, a je preto potrebné vytvárať podmienky na dôslednejšiu ochranu nefajčiarov, ktorí by mohli byť nedobrovoľne a vo zvýšenej miere vystavení účinkom tabakového dymu“* (ibid., s. 54).

So zreteľom na uvedené sa kľúčovým zákonom stal **Zákon č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov**. Ako v tejto súvislosti uvádzajú citovaní autori (ibid., s. 55) *„zákon okrem iného upravuje podmienky predaja, výroby, označovania a uvádzania tabakových výrobkov do obehu“*. Zákon bol novelizovaný v roku 2005 a 2009 a úpravami sa docielilo zlepšenie podmienok na ochranu nefajčiarov na verejných miestach, avšak isté nedostatky pretrvávajú v oblasti ochrany najmä detí a mládeže.

Zákon č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci vymedzuje, že medzi všeobecné povinnosti zamestnávateľa patrí **vydanie zákazu fajčenia na pracoviskách, na ktorých pracujú aj nefajčiari, a zabezpečenie kontroly jeho dodržiavania**. Zamestnávateľ má právo pre fajčiarov zriadiť fajčiareň (fajčiarsky priestor), kde účinkom pasívneho fajčenia nesmú byť vystavení nefajčiari. Ako sa však uvádza ďalej, zamestnávateľ takúto miestnosť či priestor vyhradiť podľa zákona nemusí.

Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti uvádza, *„že diagnóza F – 17 – poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním tabaku – nepatria (v zmysle prílohy tohto zákona) do zoznamu prioritných chorôb a ako uvádzajú citovaní autori z tohto dôvodu sa liečba neuhrádza z prostriedkov verejného zdravotného poistenia“*. (Ibid., s. 57.) **Odbornú liečbu smú v súčasnosti vykonávať iba lekári v odbore psychiatria**. O liečbu nikotínovej závislosti je pomerne nízky záujem a možno vytvoriť predpoklad, že je to tak aj z dôvodu, že nikotínová

závisosť nie je zaradená do zoznamu prioritných chorôb, **náklady na liečbu hradí pacient v plnej miere sám.**

Ďalšími súvisiacimi zákonmi nasmerovanými do danej problematiky sú aj **Zákon č. 147/2001 Z. z. o reklame**, v ktorom sa zakazuje reklama tabakových výrobkov na všetkých druhoch informačných nosičov, rozdávaním tabakových výrobkov verejnosti, na reklamných veciach, ktoré nesúvisia s fajčením a ktoré sa rozdáujú na verejnosti s výnimkou reklamných vecí, ktoré sa rozdáujú na miestach predaja výrobkov.

S problematikou tzv. kontroly a regulácie tabaku súvisí aj **Zákon č. 314/ 2001 Z. z. o ochrane pred požiarmi**. Tento zákon je právnou normou, ktorá nepriamo súvisí s ochranou nefajčenia na miestach, kde je zvýšené nebezpečenstvo vzniku škôd na majetku a ľudských životoch. V prípade porušenia tohto zákazu možno uložiť pokarhanie alebo aj pokutu do 331 € fyzickej osobe, ktorá poruší zákaz manipulácie s otvoreným ohňom na miestach so zvýšeným rizikom vzniku nebezpečenstva vzniku požiaru, poruší zákaz fajčenia či svojim konaním spôsobí vznik požiaru.

Napokon sa zmienime ešte o jednom z viacerých zákonov súvisiacich s problematikou kontroly tabaku. Ide o **Zákon č. 308/2000 Z. z. o vysielaní a retransmisii a o zmene zákona NR SR č. 195/2000 Z. z. o telekomunikáciách**, ktorého cieľom je o. i. vytvoriť podmienky na **ochranu detí a mládeže** pred hlasovými informáciami a obrazovými správami, ktoré môžu priamo či nepriamo viesť k napodobňovaniu správania, ktoré by mohlo poškodiť ich zdravie. „Okrem iného ide aj o skrytú formu propagácie alkoholizmu, fajčenia či požívania omamných látok, jedov a prekursorov.“ (Ibid., s. 60.) Cieľom je chrániť najmä deti a mládež pred účinkami priamej a nepriamej reklamy, ktorá môže viesť k prvým kontaktom s tabakom. Je zrejmé, že práve toto zameranie na mládež je veľmi dôležité vzhľadom na to, že práve v tomto období prichádza najčastejšie k prvým kontaktom s tabakovými výrobkami. Prichádza nielen k prvokontaktu, ale aj k postupnému rozvoju problémového užívania tabaku a k vzniku nikotínovej závislosti.

9.2 Vybrané právne normy na kontrolu a reguláciu alkoholu v Slovenskej republike

V oblasti právnych noriem, ktoré obsahujú problematiku alkoholu a kontroly a regulácie alkoholu, jestvuje opäť viacero zákonov, ktorých cieľom je právne regulovať konzum tradičnej najrozšírenejšej, navyše legálnej psychoaktívnej látky – alkoholu v podmienkach Slovenskej republiky. Je nimi zabezpečovaná **nielen ochrana detí a mládeže, ale nemenej významná ochrana verejného poriadku.**

Okrem už spomínanej Ústavy Slovenskej republiky v kapitole (1.1) je kľúčovým **Zákon č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných izieb**. Zákon upravuje vymedzenie alkoholických nápojov, vyšetrenie na zistenie alkoholu alebo iných návykových látok a podmienky prevádzky protialkoholických záchytných izieb. Kompetencia zriaďovania protialkoholických záchytných izieb podľa R. Ochabu, I. Rovného a I. Bielika (2009, s. 62) sa novelou zákona z roku 2008 presunula z Ministerstva zdravotníctva SR na obce. V zákone je okrem iného uvedená časť o regulácii konzumácie a predaja alkoholu na verejných miestach, verejných zhromaždeniach, verejných kultúrnych podujatiach. Samozrejmosťou je aj **zákaz predaja alkoholických nápojov osobám mladším ako 18 rokov.**

Medzi ďalšie súvisiace zákony, ktoré sa v niektorých článkoch zaoberajú tzv. kontrolou a reguláciou alkoholu, patrí najmä **Zákon č. 36/2005 o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov** „*upravuje oprávnenie súdu rozhodnúť o uložení výchovného opatrenia, prípadne vo výnimočnom prípade rozhodnúť o dočasnom odňatí maloletého dieťaťa zo starostlivosti rodičov (alebo iných osôb, ktorým bolo maloleté dieťa*

zverené alebo o ktoré sa starajú), a to aj proti ich vôli, a nariadiť takémuto maloletému dieťaťu pobyt v diagnostických alebo špecializovaných zariadeniach. V závažnejších prípadoch drogovej závislosti môže súd nariadiť maloletému pobyt v resocializačnom zariadení pre drogovu závislých“ (Ibid., s. 63).

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov upravuje sociálnoprávnu ochranu detí a sociálnu kuratelu na zabezpečenie „predchádzania vzniku krízových situácií v rodine, ochrany práv a právom chránených záujmov detí, na zamedzenie prehlbovania a opakovania porúch psychického, fyzického a sociálneho vývinu detí a plnoletých fyzických osôb a nárastu sociálnopatologických javov.

Zákon č. 308/2000 Z. z. o vysielaní a retransmisii a o zmene zákona č. 195/2000 Z.z. o telekomunikáciách v znení neskorších predpisov upravuje okrem iného oblasť televíznej reklamy. V § 19, ktorý sa týka ochrany ľudskej dôstojnosti, sa o. i. uvádza, že sa zakazuje zahŕňať do ponúk programov výňatky z diel „ktoré môžu navodiť dojem skrytej formy propagácie alkoholizmu, fajčenia a používania omamných látok, jedov a prekursorov. Rovnako sa zakazuje otvorene alebo skrytou formou propagovať alkoholizmus, fajčenie, užívanie omamných látok, jedov a prekursorov alebo zľahčovať následky užívania uvedených látok. (Ibid.)

Zákon č. 147/2001 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov ustanovuje všeobecné požiadavky na reklamu niektorých produktov, ochranu spotrebiteľov a podnikateľov pred účinkami klamlivej reklamy a neprístupnej porovnávacej reklamy. V zmysle § 5 – reklama alkoholických nápojov – sa uvádza: „nesmie dávať do súvislosti spotrebu alkoholu s priaznivým účinkom na telesnú alebo duševnú výkonnosť. Nesmie tvrdiť, že alkoholické nápoje majú liečivé vlastnosti, povzbudzujúci alebo upokojujúci účinok alebo že pomáhajú riešiť osobné problémy. Reklama nesmie nabádať na nestriedme požívanie alkoholických nápojov alebo prezentovať abstinenciu alebo triezvosť ako nedostatok a zdôrazňovať obsah alkoholu v nápojoch ako znak ich kvality. Reklama alkoholických nápojov sa nesmie zameriavať na maloleté osoby...“ (Ibid., s. 64).

Zákon č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci stanovuje pre zamestnávateľov **povinnosť kontrolovať zamestnancov**, či nie sú pod vplyvom alkoholu. Zamestnanec je **povinný podrobiť sa na pracovisku tejto kontrole**.

Trestný zákon č. 300/2006 Z. z. v zmysle § 175 upravuje podmienky na **podávanie alkoholických nápojov mládeži** v tom smere, že ten, kto sústavne podáva alebo vo väčšom množstve podá osobe mladšej ako 18 rokov alkoholické nápoje, potrestá sa **odňatím slobody až na tri roky**.

Zákon č. 315/1996 Z. z. o premávke na pozemných komunikáciách upravuje všeobecné povinnosti vodičov, ktorí **nesmú počas vedenia motorového vozidla požiť alkoholický nápoj** ani užiť inú návykovú látku, viesť motorové vozidlo bezprostredne po požití alkoholického nápoja alebo po užití inej návykovej látky alebo v čase, keď by mohli byť pod ich vplyvom.

Zákon č. 107/2004 Z. z. o spotrebnej dani z piva, zákon č. 104/2004 Z. z. o spotrebnej dani z vína a zákon č. 105/2004 Z. z. o spotrebnej dani z liehu upravujú zdaňovanie piva, vína a liehu na území Slovenska.

Pri výpočte právnych noriem týkajúcich sa alkoholu uvedieme ešte **Vyhlášku Ministerstva zdravotníctva SR č. 111/2007 Z. z. o zdravotnej spôsobilosti na vedenie motorového vozidla**. Zdravotná spôsobilosť je v tejto súvislosti vylúčená, ak je žiadateľ alebo vodič závislý od alkoholu alebo je neschopný vzdať sa požívania alkoholu. Zdravotnú spôsobilosť musí potvrdiť lekár, ktorý potvrdí aspoň dvojročnú abstinenciu od alkoholu.

9.3 Vybrané právne normy na kontrolu a reguláciu drog v Slovenskej republike

Kontrola drog a regulácia sa týka všetkých omamných látok a prekurzorov, ktorých voľný predaj a distribúcia sú obmedzené alebo zakázané. Ako v tejto súvislosti uvádzajú autori R. Ochaba, I. Rovný a I. Bielik (2009, s. 65) „z histórie poznáme mnoho príkladov látok, ktoré sa využívali bežne ako lieky až do času, keď došlo k ich zneužívaniu vo forme nadužívania s vyústením do rozvoja závislosti“. Inak povedané, psychoaktívne látky v bežnom voľnom predaji sa vymkli spod kontroly a regulácie tým, že ich frekventovane a masívne zneužívali a nadužívali ľudia, a to v nich vyvolalo vznik závislosti.

Citovaní autori v tejto súvislosti ďalej uvádzajú, že viaceré realizované prieskumy verejnej mienky realizované v Slovenskej republike, ale aj iných európskych krajinách potvrdzujú veľkú obavu občanov v súvislosti s nárastom drogového problému a organizovanej kriminality súvisiacej s drogami. Z toho dôvodu sa aj opatrenia na úrovni Európskej únie vo vzťahu k víziám riešenia problémov súvisiacich s drogami a vznikom drogovej závislosti premietli do cieľov, ktoré boli zhrnuté do šiestich prioritných nasledovných oblastí:

1. „podstatne obmedziť šírenie zneužívania drog, najmä v kategórii mládeže do 18 rokov;
2. výrazne znížiť zdravotné dôsledky, ktoré súvisia s užívaním drog a počet úmrtí spôsobených drogami;
3. významne zvýšiť počet úspešne vyliečených (abstinujúcich) ľudí od drog;
4. výrazne znížiť dostupnosť nelegálnych drog;
5. znížiť počet trestných činov súvisiacich s drogami;
6. obmedziť pranie špinavých peňazí a nedovoleného pašovania prekurzorov“. (Ibid.)

Ako uvádza A. Sotolař (2003, s. 54) v celosvetovom dosahu majú pre kontrolu a reguláciu drog kľúčový význam nasledovné tri najvýznamnejšie medzinárodné dohody:

1. *Jednotný dohovor o omamných látkach (1961)*,
2. *Dohovor o psychotropných látkach (1971)*,
3. *Dohovor OSN proti nezákonnému obchodu s omamnými a psychotropnými látkami (1988)*.

Plne akceptujúc a vychádzajúc z vyššie uvedených dohovorov rieši kontrolu a reguláciu drog aj Slovenská republika. V ďalšom texte sa zameriame výberovo na niektoré platné právne normy – zákony Slovenskej republiky vo vzťahu k drogám.

Kľúčovú úlohu v tejto oblasti zastáva **Zákon č. 139/1998 Z. z. o omamných a psychotropných látkach a prípravkoch** v znení neskorších predpisov, ktorý upravuje „podmienky na pestovanie, výrobu, kontrolu, veľkodistribúciu, výdaj, používanie na vedecké, výskumné a expertízne činnosti, na dovoz, vývoz a tranzit omamných látok, psychotropných látok a prípravkov“ (Ibid., s. 65).

Zákon č. 140/1998 o liekoch a zdravotníckych pomôckach ustanovuje podmienky na zaobchádzanie s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami, ako aj na skúšanie a registráciu liekov, zabezpečenie kontroly ich kvality, účinnosti a bezpečnosti. V zmysle toho zákona sa zakazuje reklama na lieky, ktoré obsahujú omamné, psychotropné látky a prípravky.

Zákon č. 331/2005 Z. z. o orgánoch štátnej správy vo veciach drogových prekurzorov a o zmene a doplnení zákonov. Zákon upravuje pôsobnosť orgánov štátnej správy vo veciach drogových prekurzorov, opatrenia na kontrolu monitorovania pohybu a zaobchádzania s drogovými prekurzormi a ukládanie správnych sankcií a pokút za porušenie povinností prevádzkovateľa.

Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon § 171 až 174 upravujú zákaz výroby, dovozu, prechovávanía, kúpy a prepravy omamných a psychotropných látok a sankcie za porušenie jednotlivých ustanovení nasledovne:

– Kto neoprávnene prechováva omamnú, psychotropnú látku, jed alebo prekursor pre vlastnú spotrebu, potrestá sa odňatím slobody až na tri roky.

– Kto neoprávnene vyrobí, dovezie, vyvezie, prevezie alebo dá prepraviť, kúpi, predá, vymení, zadováži alebo prechováva po akékoľvek obdobie omamnú látku, psychotropnú látku, jed alebo prekursor, prípadne takú činnosť sprostredkuje, potrestá sa odňatím slobody na štyri až desať rokov.

– Podľa § 174 Trestného zákona sa upravuje problematika šírenia toxikománie, pričom postihuje osoby, ktoré zvädzajú iného na zneužívanie inej návykovej látky alebo ju inak podnecujú či šíria, trestom odňatia slobody na jeden až päť rokov.

Zákon č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci zakazujúce požívať drogy a byť pod ich vplyvom v pracovnom čase, zamestnanec má povinnosť podrobiť sa vyšetreniu na prítomnosť drog v tele. Zamestnávateľ je povinný kontrolovať dodržiavanie tohto zákazu.

Napokon **Zákon č. 372/1990 o priestupkoch** v § 22 stanovuje priestupok, ak sa vodič nezdržal požitia alkoholického nápoja alebo užitia inej návykovej látky po dopravnej nehode v čase, ak by to bolo na ujmu zistenia či pred jazdou alebo počas nej požil alkoholický nápoj alebo užil návykovú látku. V § 30 sú stanovené priestupky na úseku ochrany pred alkoholizmom a inými toxikomániami. Za priestupok sa považuje to, ak predá, podá alebo inak umožní použitie alkoholu či inej návykovej látky, a to osobe zjavne ovplyvnenej alkoholom alebo inou návykovou látkou osobe mladšej ako 18 rokov alebo osobe, o ktorej vie, že bude vykonávať zamestnanie alebo inú činnosť, pri ktorej by mohlo byť ohrozené zdravie alebo poškodený majetok. Priestupku sa dopustí aj ten, kto úmyselne vyrobí lieh alebo destilát bez povolenia, prechováva ho, uvádza do obehu, ten, kto úmyselne umožní požívať alkoholický nápoj alebo iné návykové látky osobe mladšej 18 rokov. Napokon osobitými vyhláškami Ministerstva hospodárstva sa upravujú podmienky pri dovoze a vývoze omamných látok, pschotropných látok, prekursorov a chemických látok, pri ktorých je potrebné úradné povolenie – licencia.

Otázky a úlohy:

1. *Uveďte presný názov základného právneho dokumentu Slovenskej republiky, ustanovuje právo občanov na ochranu pred fajčením a podporu nefajčenia v SR.*
2. *Uveďte tri medzinárodné dohody Organizácie Spojených národov a dátum ich prijatia, ktoré majú kľúčový význam pre riešenie problematiky drog v celosvetovom kontexte a sú východiskom aj pre Slovenskú republiku*
3. *Uveďte plné znenie zákona, ktorým sa upravujú povinnosti zamestnávateľa vo vzťahu k fajčeniu, alkoholu a užívaniu iných drog na pracoviskách, a vysvetlite jeho hlavný princíp.*
4. *Odborníci akej profesie zabezpečujú liečbu nikotínovej závislosti a kto liečbu pacientovi hradí?*
5. *Uveďte, čo rieši zákonná norma o reklame a zákonná norma o retransmisii v súvislosti s kontrolou a reguláciou alkoholu?*
6. *Opíšte, čo rieši zákon č. 315/1996 Z. z. o premávke na pozemných komunikáciách vo vzťahu ku kontrole a regulácii alkoholu v SR.*
7. *Uveďte, čo rieši Zákon č. 36/2005 o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v súvislosti s drogami.*

8. *Vymenujte aspoň tri zo šiestich priorít Európskej politiky vo vzťahu k víziám riešenia problémov súvisiacich s drogami.*
9. *Vysvetlite podstatu Zákona č. 300/2005 Z. z. – Trestného zákona v § 171 až 174, ktoré upravujú zákaz výroby, dovozu, prechovávanía, kúpy a prepravy omamných a psychotropných látok, a spresnite, aké sankcie za porušenie jednotlivých ustanovení hrozia.*
10. *Uveďte dva príklady, za ktoré v zmysle Zákona č. 372/1990 o priestupkoch hrozí sankcia v zmysle priestupkového konania v súvislosti s alkoholom či inou návykovou látkou.*

Zoznam použitej a citovanej literatúry:

SOTOLÁŘ, A.: Úmluvy OSN a zahraniční legislativa o omamných a psychoaktívnych látkach. In: *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úrad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6, s. 54 – 58.

OCHABA, R. – ROVNÝ, I. – BIELIK, I.: *Ochrana detí a mládeže. Tabak, alkohol a drogy*. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2009. ISBN 978-80-7159-175-7, s. 54 – 68.

10 Stručný prehľad dostupnej siete pomoci v prevencii závislostí v SR

Na našom území sa ešte stále nestretávame s poskytovaním pomoci pod tzv. „jednou strechou“, najmä špecializované služby, akými je prevencia závislostí, sú poskytované na viacerých pracoviskách. Poskytované služby sú často neprehľadné a pre slabú neinformovanosť na strane osôb vyžadujúcich pomoc teda nedostupné. Významnú úlohu preto na jednotlivých pracoviskách zohráva **koordinátor prevencie** (preventista, preventívne oddelenie), ktorého úlohou je vstupovať do procesu **tzv. zosieťovania preventívneho systému** – nadviazania spolupráce, koordinácie s ostatnými zariadeniami a inštitúciami, ktoré v tejto činnosti môžu efektívne intervenovať a vedieť klientovi poradiť, v akom poradí a na ktorú zo zložiek systému prevencie sa možno obrátiť.

Systém poskytovanej starostlivosti by mal podľa Béma (In: Kalina, 2003) spĺňať viaceré kvalitatívne (štruktúra a previazanosť siete) a kvantitatívne (rozsah a dostupnosť starostlivosti) kritériá.

Medzi základné **kvantitatívne kritériá** podľa Richterovej Těmínovej (In: Kalina, 2008) patria:

- *komplexnosť*: systém odráža potreby rôznych špecifických cieľových skupín, rozsah problémov, motiváciu klientov, len kvalitná a „farebná sieť“ umožňuje kvalitné prepojenie potrieb klienta s vhodným typom služby,
- *previazanosť*: jednotlivé typy služieb na seba nadväzujú, sú funkčne previazané, v rovnoprávnom postavení, len funkčný systém pomáha prekonávať bariéry medzi jednotlivými službami,
- *efektivita*: každý systém starostlivosti by mal mať vytvorené nástroje, ktoré umožňujú zaistiť maximálnu možnú efektivitu a optimalizáciu, patria sem napr. tieto nástroje: štandardy odbornej starostlivosti, certifikačný a akreditačný systém, pravidelné monitorovanie kvality a účinnosti poskytovaných služieb.

Z hľadiska **kvalitatívnych kritérií** kladených na systém poskytovanej starostlivosti ide najmä o nasledujúce dve oblasti:

- *rozsah systému starostlivosti*: je určovaný najmä regionálnou prevalenciou problému užívania návykových látok,
- *dostupnosť*: starostlivosť by mala byť z hľadiska miesta i času dostupná vzhľadom na potreby klientov a špecifiká poskytovania jednotlivých služieb.

Prehľad prístupov v poskytovaní preventívnych služieb

Systém pomoci orientovaný na prevenciu závislostí sa začiatkom 20. storočia začal vyvíjať na základe štyroch hlavných myšlienkových prúdov, ktoré vznikali a rozvíjali sa súbežne s rozvojom jednotlivých vedných disciplín a systému prevencie v praxi.

McVinney et al. (2005) vo svojej publikácii uvádza nasledovné *modely chápania užívania drog*:

1. *Psychiatrická teória a model intervencie* – užívanie drog alebo závislosť chápu ako prejav skrytého emocionálneho alebo psychologického problému, vyžadujúceho liečbu (intervenciu) predovšetkým s pomocou *psychoterapie*. Užívanie drog sa chápe ako „symptóm“ tejto patológie.
2. *Sociokultúrna teória a model intervencie* – užívateľ drog sa považuje za obeť spoločnosti a jej sociálnych podmienok, v dôsledku ktorých siaha po drogách. Cieľom intervencie nie je samotné užívanie drog, ale *sociálne podmienky*, ktoré si vyžadujú zlepšenie. Cieľom je teda pomôcť jednotlivcovi začleniť sa do dominantnej spoločenskej štruktúry.
3. *Morálna teória a model intervencie* – užívateľ drog sa chápe ako morálne slabý alebo nedokonalý jedinec a užívanie drog ako nemorálne správanie. Intervencie majú podobu trestu

(väzenie) alebo *liečby v rezidenčných zariadeniach* (terapeutické komunity). Často túto terapiu vykonávajú rôzne náboženské inštitúcie (terapia založená na viere), ale aj bývalí užívatelia drog, ktorí sa morálne očistili.

4. *Medicínska teória a model intervencie* – užívateľ drogy sa chápe ako osoba trpiaca biomedicínskou chorobou, ktorá je opakovaná a bez liečby často smrteľná. Liečba sa väčšinou poskytuje v nemocnici alebo v resocializačnom zariadení a realizuje sa v tímoch pod vedením lekára. Existuje len jeden akceptovateľný cieľ: *úplná a doživotná abstinencia* od všetkých psychoaktívnych látok. V tomto prípade „chorobu“ nemožno liečiť, možno ju len „zmraziť“ – zastaviť jej progres. Táto teória neuznáva možnosť „kontrolovaného“ užívania.

Spomenuté tradičné modely závislosti a prístupy v pomoci užívateľom drog prešli výrazným vývojom vpred. V tejto súvislosti dnes hovoríme podľa Kalinu (2003) o **nových modeloch** – biomedicínskom, bio-psycho-sociálnom, prístupe ochrany verejného zdravia (public health), minimalizácie poškodení (harm reduction – bližšie kapitola 11), sociálnom a sociálno-pedagogickom, morálnom prístupe a spirituálnom a celostnom (holistickom) modeli.

Funkcie a monitoring poskytovania preventívnych služieb v jednotlivých zariadeniach a inštitúciách poskytujúcich preventívne služby zabezpečujú ústredné orgány štátnej správy, ktorých riadenie vyplýva z aktuálnej Národnej protidrogovej stratégie (porov. podkapitolu 7.3.2), za jeho plnenie zodpovedá *príslušné ministerstvo* a príslušný *orgán štátnej správy* (obvodné úrady v sídle kraja). Kľúčovými partnermi orgánov štátnej správy sú *orgány územnej samosprávy*. Kvalitatívne významné postavenie má aj **súkromný sektor** a *činnosť neziskových organizácií*. Na našom území, na rozdiel napr. od Českej republiky, dosiaľ **absentuje jasne definované terminologické** vymedzenie poskytovaných služieb a jednotný **systém ich štandardizácie**, čo sa odzrkadľuje na kvalite a zosieťovaní systému starostlivosti v oblasti prevencie závislosti.

Otázky a úlohy:

1. *Uved'te základné kvalitatívne a kvantitatívne ukazovatele efektivity poskytovania systému starostlivosti.*
2. *Vymenujte tradičné modely v chápaní užívania drog a doplňte ich súčasný vývoj.*
3. *Objasnite funkciu a monitoring poskytovania preventívnych služieb. Uved'te, čo v SR komplikuje jej skvalitnenie.*

V nasledujúcom texte sa pokúsime o krátky prehľad poskytovaných služieb usporiadaných podľa rezortu a stupňa prevencie. Predtým, ako sa pokúsime o tento stručný prehľad, uvedieme základné faktory prevencie v rodinnom prostredí, v mieste, v ktorom by mal jednotliviec získať základnú axiologickú bázu, osvojiť si vhodné behaviorálne prejavy a získať základy zdravotného životného štýlu.

10.1 Možnosti prevencie v rodine

Existujú určité determinanty rodinného prostredia, ktoré môžu predikovať vznik a rozvoj nezdravého – závislého správania. Nešpor na základe vlastných skúseností z poradenskej činnosti s rodinami uvádza **základné znaky rodinnej výchovy**, ktoré zvyšujú riziko vzniku závislosti, a tie, ktoré naopak pôsobia protektívne.

Faktory zvyšujúce riziko vzniku závislosti v rodine: nejasné pravidlá vo výchove detí, nedostatok času na výchovu, najmä v ranom detstve, nedostatočná starostlivosť, dohľad, prehnaná a nepravidelná prísnosť vo výchove, nedostatočné citové väzby na dieťaťa, manželský konflikt, súhlas s užívaním drog, zneužívanie drog samotnými rodičmi alebo príbuznými, malé očakávania od detí, podceňovanie, nedostatočné duševné a spoločenské

fungovanie rodičov, osamelí rodičia a ich ľahostajné alebo nepriateľské správanie voči okoliu. Rodičia s duševným ochorením. Chudoba či nezamestnanosť rodičov. Sexuálne zneužívanie dieťaťa v rodine. Rodina funguje neusporiadane, v zmätku. Výchova je poskytovaná len na strane jedného rodiča bez pomoci ďalších príbuzných. Dieťa žije bez rodiny a bez domova. Časté sťahovanie rodiny a ďalšie.

Protektívne faktory v rodine: jasné pravidlá týkajúce sa výchovy dieťaťa. Primeraná starostlivosť, dostatok času na výchovu dieťaťa najmä v rannom detstve, primeraný dohľad. Pevné citové väzby dieťaťa. Osvojenie si „dobrých hodnôt“ (napr. vzdelanie). Rodičia na výchove spolupracujú. Štýl výchovy je vrelý a stredne obmedzujúci (demokratický). Rodičia nezneužívajú drogy. Primerané a jasné očakávania od dieťaťa, dieťa je rešpektované, v rodine vládne slušné správanie, rodina vie zvládať stres. V rodine je zabezpečená ochrana, bezpečie a primerané uspokojovanie potrieb dieťaťa. Rodičia sú duševne zdraví, dobre adaptovaní na spoločnosť, majú snahu pomáhať ostatným. Výchova napomáha vytvárať kvalitné vzťahy dieťaťa s dospelými mimo rodiny. V rodine prebieha zdieľaná zodpovednosť. Rodičia vytvárajú priestor na kvalitné záujmy a záľuby. Dobré a fungujúce medzigeneračné vzťahy a medzigeneračná spolupráca.

Efektívna prevencia vzniku závislostí v rodine prebieha kontinuálne a prirodzene s výchovným procesom, ktorý je v súlade s potrebami dieťaťa a jeho úspešnou socializáciou a enkulturáciou do spoločnosti. Rodinná výchova je v rovine primárnej prevencie nepostrádateľnou v živote človeka.

Okrem uvedených faktorov je dôležité poznať významné medzníky – zvláštnosti **prevencie vzniku závislostí – z hľadiska vývinových štádií** v živote dieťaťa.

V najútlejšom veku do jedného roku života je dôležité vrelé prijímanie dieťaťa, primeraná starostlivosť a uspokojovanie jeho citových potrieb. V období prvého vzrodu (2-3 roky), keď je dieťa výrazne zamerané na seba a presadzuje vlastnú vôľu, by správanie rodičov malo byť voči nemu pokojné, no dieťa by si malo v tomto období osvojiť fakt, že jestvujú určité hranice. V predškolskom období je z hľadiska prevencie závislostí dôležité vstúpiť deťom, že zdravie je jedna zo základných hodnôt. Dieťa by si malo osvojovať základné pravidlá bezpečnosti pri hre, práci, rovnako by malo byť saturované v poskytovaní poznatkov o nebezpečných látkach a bežne vyskytujúcich sa drogách (alkohol, cigarety a pod.). Vo vyššom veku (počas štúdia na základnej škole) je potrebné prehlbovať získané hodnoty z oblasti zdravia a poznatky meniť na pravidlá a zručnosti, viesť ich k samostatnosti vedieť sa starať o svoje zdravie, a to aj bez dohľadu rodičov a ostatných autorít. Do popredia sa dostáva špecifická prevencia tematicky zameraná na jednotlivé závislosti (na alkoholizmus, tabakizmus, gambling, poruchy príjmu potravy a pod.). Ich efektívnosť je vyššia, ak sú tieto preventívne stratégie začaté 2-3 roky pred kontaktom so samotnou drogou. Zvlášť náročné je obdobie puberty, počas ktorého autorita rodičov stráca intenzitu, je spochybňovaná a nastupuje kritické hodnotenie ich konania. Veľký vplyv rovesníkov nemusí byť v rozpore s výchovou v rodine, najmä ak rodičia dokážu vyťažiť z rovesníckeho vplyvu aj v oblasti prevencie závislostí, akou sú napr. peer preventívne aktivity ponúkané v školských alebo iných voľnočasových zariadeniach. V pubescentnom veku je dôležité vytvárať vo výchove priestor pre diskusiu, vyjadrenie vlastného názoru, akceptovanie odlišného názoru na strane dieťaťa, ponúkanie iných alternatív. V období adolescencie je nutné viesť mladých ľudí k snahe o prevzatie zodpovednosti za vlastné konanie, podpore k samostatnosti a posilneniu sebadôvery, najmä v oblasti partnerských vzťahov a profesijnej orientácie, v ktorom zažívanie neúspechu môže byť významným rizikovým faktorom pre nekontrolované užívanie drog či vytvorenie návykového správania.

Úloha rodičov, vzťahy medzi súrodencami a vplyv príbuzenstva tvoria základný predpoklad úspešnej **primárnej prevencie** závislostí. V prípade experimentovania detí s užívaním drog, prípadne výskytu prejavov návykového správania (gambling, poruchy

príjmu potravy a pod.) ťahajú rodičia za kratší koniec, pretože nejde o pomoc už **v sekundárnom stupni** prevencie, pre ktorú je potrebná odborná (špecializovaná) príprava a dostatok skúseností na strane odborníkov, ich profesionálny (nie citovo zaangažovaný) prístup. Preto v prípade výskytu problémového správania (užívanie drog, poruchy správania) je nevyhnutné, aby sa rodičia obracali pri výchove detí na pomoc odborníkov v konkrétnej oblasti (napr. sociálna kuratela, centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, dorastový lekár, liečebňa). Podpora rodičov v tomto stupni prevencie je významným faktorom v liečbe a rovnako nezastupiteľná je ich angažovanosť aj **v terciárnom** (resocializačnom) stupni prevencie.

Otázky a úlohy:

1. *Vymenujte faktory rodinného prostredia zvyšujúce riziko vzniku závislostí.*
2. *Vymenujte protektívne faktory rodinného prostredia znižujúce riziko vzniku závislostí*
3. *Objasnite zvláštnosti prevencie vzniku závislostí – z hľadiska vývinových štádií v živote dieťaťa.*
4. *Opište a zdôvodnite úlohu rodiny z hľadiska úrovni (stupňov) prevencie závislostí.*

10.2 Prevencia závislostí v rezorte sociálnych vecí a rodiny

Medzi základné výkonné orgány činné v prevencii závislostí v tejto oblasti pomoci patrí orgán **sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately a referát poradensko-psychologickej pomoci**, ktoré sú riadené podľa aktuálnej platnej legislatívy. Špecifikom rezortu je *schvaľovanie služieb a pridelenie certifikátov* pre organizácie a zariadenia poskytujúce preventívnu pomoc podľa *Zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách*, ktoré môžu byť neziskového či súkromného charakteru.

Orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately intervenuje v otázkach pomoci dieťaťu s poruchami správania v závislosti od povahy a závažnosti poruchy správania dieťaťa a situácie, v ktorej sa dieťa nachádza, plní úlohy v trestnom konaní podľa príslušného trestného zákona. Medzi jej hlavné úlohy patrí *motivovanie k liečbe drogových závislostí a iných závislostí, udržiava kontakt s dieťaťom počas liečby a resocializácie a pomáha dieťaťu po návrate zo zariadenia na liečbu závislosti alebo z resocializačného strediska.*

Orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately poskytuje súčinnosť orgánom činným v trestnom konaní pri plnení úloh, ktoré súvisia s trestným konaním, a súčinnosť pri výkone probácie a mediácie podľa zákona č. 550/2003 Z. z. o **probačných a medičných úradníkoch** a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v tejto oblasti má uplatnenie i sociálny pedagóg. Opatrenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately sa vykonávajú najmä v osobnom styku s dieťaťom, jeho rodičmi, osobou, ktorá sa osobne stará o dieťa, a s inými fyzickými osobami, ktoré môžu mať vplyv na ochranu dieťaťa a pomoc dieťaťu alebo v prirodzenom rodinnom prostredí dieťaťa alebo otvorenom prostredí, v ktorom sa dieťa zvyčajne zdržiava.

Medzi **základné prostriedky prevencie** orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately patrí, ak je to potrebné v záujme dieťaťa, *uloženie výchovného opatrenia* podľa zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kurately a o zmene a doplnení niektorých zákonov o uložení výchovného opatrenia ustanoveného zákonom č. 36/2005 Z. z. o rodine alebo o uložení týchto výchovných opatrení:

- *uloží dieťaťu povinnosť podrobiť sa odbornej diagnostike v špecializovanej ambulancii starostlivosti, ak je to potrebné na uplatnenie primeraného opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately pre deti a diagnostiku nemožno zabezpečiť iným spôsobom,*

- *uloží dieťaťu povinnosť zúčastniť sa na liečbe v špecializovanej ambulantnej starostlivosti,*
- *uloží dieťaťu povinnosť zúčastniť sa na výchovnom programe alebo na sociálnom programe.*

Orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately nemôže rozhodnutím o uložení výchovného opatrenia odňať dieťa z osobnej starostlivosti rodičov alebo osoby, ktorá sa osobne stará o dieťa. V rozhodnutí o výchovnom opatrení orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately určí právnickú alebo fyzickú osobu alebo akreditovaný subjekt, ktorý má spolupôsobiť alebo spolupracovať pri výkone výchovného opatrenia a obdobie, po uplynutí ktorého zhodnotí účinky výchovného opatrenia. Ak je to vhodné a účelné, môže byť ponúknutá účasť na výchovnom alebo sociálnom programe rodičom či osobe, ktorá sa osobne stará o dieťa.

Sociálna kuratela sa zúčastňuje na prevencii závislostí prevažne v sekundárnom stupni. Intervenuje prevažne pri školopovinných deťoch. Služby poskytujú prevažne sociálni pracovníci, ktorí v spolupráci so psychológmi alebo ostatnými činnými orgánmi môžu už v počiatočnom štádiu zvrátiť nežiaducu patológiu. Spomedzi klientely možno v tejto súvislosti priamo spomenúť:

- *dieťa zneužívajúce drogy alebo dieťa závislé od drog,*
- *dieťa hrajúce hazardné hry alebo dieťa závislé od hazardných hier, internetu, počítačových hier a iných hier,*
- *dieťa, pri ktorom sa neprejavili problémy v správaní ani poruchy správania, avšak jeho jednorazové správanie alebo krátkodobé správanie vyžaduje pre svoju závažnosť alebo neprimeranosť pomoc.*

Okrem spomínaných aktivít zamestnanci sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately na úrovni **primárnej prevencie** pravidelne organizujú besedy a prednášky so žiakmi základných a stredných škôl zamerané na prevenciu kriminality a inej protispoločenskej činnosti detí a mládeže, v rámci ktorých venujú pozornosť aj prevencii vzniku závislostí.

Zvlášť významné postavenie v primárnej a sekundárnej prevencii majú v tomto rezorte **referáty poradensko-psychologických služieb**, ktoré poskytujú svoje služby vo viacerých oblastiach. Od roku 2008 rozšírili svoju pôsobnosť aj pre oblasť prevencie závislostí v zmysle schválenej *Koncepcie rozvoja špecializovaných poradensko-psychologických služieb klientom drogo- a inak závislým a klientom ohrozeným drogovou a inou závislosťou v podmienkach referátov poradensko-psychologických služieb úradov práce, sociálnych vecí a rodiny*. Preventívnu činnosť poskytuje skupina odborníkov predovšetkým z radu **psychológov**.

Medzi poskytované **preventívne služby** zariadenia možno zaradiť: tvorbu a realizáciu programov primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie drogových závislostí prioritne pre **cieľovú skupinu** v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, špecializovanú pomoc rodine s členom, ktorý experimentuje s drogou, s nelátkovou závislosťou, ako je hráčska vášeň, vplyv sekty a i. Špecializovanú poradenskú pomoc rodine so závislým členom, členom v resocializácii, spoluprácu s inými subjektmi špecializovanými na prevenciu závislostí, liečbu a tzv. „siet'ovanie“ služieb prevencie závislostí na regionálnej úrovni. Podľa posledných údajov je možné tieto služby využiť na našom území v 55 pracoviskách. Okrem *psychologického poradenstva rodine s problémom drogovej a inej závislosti* a vyššie uvedených funkcií referátu môže výrazne intervenovať aj v iných oblastiach, ktoré sa môžu zúčastňovať na vzniku a rozvoji závislostí. Sem možno zaradiť psychologické a odborné poradenstvo: v oblasti osobných, partnerských, manželských, výchovných a rodinných problémov, pre deti a manželov v procese rozvodu, pri úprave styku s rodičmi po rozvode, orientačné psychologické poradenstvo rodine s problémom domáceho

násilia, orientačne základná poradensko-psychologická pomoc dieťaťu, rodičom a plnoletej fyzickej osobe v krízových situáciách, nešťastiach a závažných životných zmenách, psychologické poradenstvo rodičom, ktorí majú dieťa v náhradnej rodinnej starostlivosti.

Medzi základné **metódy, formy a prostriedky** patrí uplatňovanie niektorých psychoterapeutických a relaxačných metód v poradenskom procese s rodinou – psychologickéj facilitácie spôsobom emocionálneho a racionálneho vstupu do emocionálneho a mentálneho sveta klienta alebo systému vzťahov medzi partnermi, manželmi, rodičmi, facilitovanie pozitívnej zmeny, rastu, sebapoznania a schopnosti riešiť problémy, robiť rozhodnutia, uplatňovanie tzv. psychologického projektovania – spoločne s klientom hľadanie možnosti osobnej alebo vzťahovej pozitívnej zmeny, rozvoja postojov, hodnôt a ciest riešenia pomocou imaginácie a hypotetického uvažovania klienta, posilňovanie sebaúcty, uplatňovanie psychologickéj podpory, empatickej reflexie potrieb, očakávaní a pocitov, v práci s párom – vyvažovanie partnerského vzťahu, harmonizovanie roly muža a ženy, otca a matky, podporovanie vzájomného vcit'ovania, chápania a vyjadrovania vzájomných očakávaní a túžob.

V kompetencii zamestnancov **odboru sociálnych vecí a rodiny** je tiež riešiť a pomáhať tým, ktorí sa na vplyvom závislosti stali **páchateľmi trestných činov**, a stali sa tak klientmi **penitenciárnej starostlivosti štátu** (ústavy na výkon trestu a odňatia slobody). Ide o **terciárnu prevenciu** závislosti (pospenitenciárna starostlivosť), ktorá sa uskutočňuje v spolupráci s ústredím práce sociálnych vecí a rodiny s cieľom úspešnej resocializácie prepustených (opätovné začlenenie sa do pracovného procesu prepusteným po absolvovaní ochrannnej liečby vo výkone trestu a pod.). Medzi základné metódy patrí **sprevádzanie** klienta – asistancia v kontakte s inými úradmi (vystavovanie potrebných dokladov klientovi).

Ďalšou oblasťou ovplyvňujúcou prevenciu závislosti v tomto rezorte je už spomínaný **akreditačný proces sociálnej pomoci**, ktorý sa týka nielen štátnych či samosprávnych zariadení (krízové strediská), ale aj súkromných a podnikateľských (domy sociálnych služieb) či neziskových organizácií (**terénna sociálna práca občianskych združení**). Podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky okrem iného udeľuje akreditáciu:

- *na vzdelávací program v oblasti sociálnych služieb zameraný na vykonávanie vybraných pracovných činností a na ďalšie vzdelávanie zamestnancov vykonávajúcich pracovné činnosti v oblasti sociálnych služieb,*
- *na odbornú činnosť (sociálna rehabilitácia a špecializované sociálne poradenstvo).*

Otázky a úlohy:

1. *Uveďte hlavné výkonné orgány rezortu sociálnych vecí a rodiny pôsobiace v prevencii závislosti.*
2. *Určte hlavný prostriedok prevencie orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.*
3. *Vymenujte špecifickú klientelu sociálnej kurately z hľadiska prevencie závislosti.*
4. *Opište význam a funkcie referátu poradensko-psychologických služieb v prevencii závislosti.*
5. *Objasnite možnosti rezortu v prevencii závislosti v terciárnom stupni prevencie (v pospenitenciárnej starostlivosti).*
6. *Vysvetlite manažment (gestor, poskytovatelia, legislatíva) akreditačného procesu pre oblasť sociálnej pomoci v prevencie závislosti.*

10.3 Prevencia závislostí v rezorte školstva, kultúry a športu

Prevencia drogových závislostí v rezorte školstva prebieha podľa **platnej rezortnej legislatívy** (aktuálny školský zákon), **základných platných organizačných dokumentov** (pedagogicko-organizačné pokyny na príslušný školský rok) a **metodických usmernení** (zameraných napr. na budovanie „tzv. Zdravých škôl), vydávaných ministerstvom školstva. Zároveň do preventívnej činnosti zasahujú aj **nadrezortné dohody a legislatívne normy** (napr. Národná protidrogová stratégia). Týkajú sa najmä realizácie preventívnych opatrení na úrovni škôl a školských výchovno-vzdelávacích zariadení, priorít rezortu školstva, výchovno-vzdelávacích projektov a programov. Rovnako neodmysliteľne sa pri tvorbe a realizácii preventívnych stratégií v školskom prostredí rešpektujú **nadnárodné a celosvetové dokumenty** (napr. Európska protidrogová stratégia, 33. článok Dohovoru o právach dieťaťa). Z viacerých štatistických údajov patrí problematika závislostí v prevencii sociálno-patologických javov za najviac zastúpenú oblasť, či už v realizácii preventívnych aktivít či tvorby metodík a preventívnych projektov. Zneužívanie látkových drog, rovnako aj vytváranie nezdravého návykového správania v živote detí a mladých ľudí je oblasťou, ktorá preniká do systému výchovy a vzdelávania odnepamäti. Škola a školské zariadenie majú dominantné postavenie pri profylaktickom pôsobení v otázke prevencie závislostí, a to v rôznych úrovniach prevencie a prostredníctvom viacerých služieb, ktoré sú diferencované podľa poslania jednotlivých stupňov a typov škôl a charakteru školských zariadení. Rovnako dôležitá je paleta zamestnancov v rezorte, ktorých podľa *Zákona 317/2009 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch* disponujú potrebnými právami a povinnosťami, možnosťami, ale aj limitmi v poskytovaní služieb pri výkone prevencie závislostí. Keďže táto časť je veľmi dôležitá pre absolventov Pedagogických fakúlt, budeme jej venovať samostatne poslednú 12 kapitolu. V nasledujúcom texte sa zameriame na poskytovanie preventívnych stratégií z pohľadu stupňa prevencie a škôl či zariadení, ktoré patria do rezortu školstva.

Z hľadiska **stupňa škôl** možno prevenciu závislostí chápať ako prevenciu prebiehajúcu v *bežných a špeciálnych* materských, základných a stredných školách. Pri realizácii efektívnej prevencie závislostí je preto potrebné rešpektovať predovšetkým vývinové špecifiká detskej klientely, rešpektovanie základných legislatívnych noriem a nariadení (*Zákon 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní, Pedagogicko-organizačné pokyny*) a rešpektovať obsahy vzdelávacích programov jednotlivých stupňov vzdelávania (ISCED), ktoré ovplyvňuje konkrétny **typ** (umelecké) a **druh** (cirkevné) **školy**. V školách sa kladie dôraz na **primárny stupeň prevencie** drogových závislostí, ktorá prebieha **priamo vo výučbe** a to je zabezpečené prevažne pedagogickými zamestnancami alebo prizvanými lektormi (policajt, lekár, psychológ, sociálny pracovník). Medzi stále pretrvávajúce **formy** uplatňované v školskej výučbe patria jednorazové preventívne činnosti – prednášky, besedy, kultúrne predstavenia, koncerty, ale aj tematické dni, workshopy, preventívne programy a projekty). Taktiež prebieha preventívna činnosť aj počas výučby priamo osvojením si učiva, ktoré súvisí s prehĺbovaním vedomostí, zručností a návykov v oblasti prevencie závislostí (napr. na hodine prírodopisu, biológie a pod.), keď sa uplatňujú prevažne prvky **špecifickej prevencie**. Dôraz na **nešpecifické zameranie preventívnych činností** sa kladie hlavne v čase voľna detí, ktoré trávia v **školských výchovno-vzdelávacích zariadeniach** (školský klub detí, stredisko záujmovej činnosti, centrum voľného času, internát a pod.). Najčastejšími formami je využívanie záujmových útvarov, klubov (športových, umeleckých), v ktorých prostredníctvom metód a prostriedkov využívaných vo voľnom čase (animácia, dobrovoľníctvo) sa efektívnym spôsobom rozvíjajú pri chovancoch sebarealizačné zložky osobnosti, uspokojujú sa ich potreby a v najširšom zmysle slova sa rozvíja ich zdravý spôsob

trávenia voľného času, práve to pôsobí ako základný profylaktický prvok v prevencii závislostí.

Pri zlyhaní ochranných faktorov, keď sa dieťa stáva konzumentom drog alebo sa v ňom vytvorí nevhodné návykové správanie, je možné využiť služby školských zariadení, ktoré poskytujú pomoc okrem primárnej prevencie aj **v sekundárnom stupni prevencie**. Ide najmä o sieť špeciálnych výchovných zariadení a školských zariadení výchovného poradenstva a prevencie. Medzi štandardné služby **centra pedagogického-psychologického poradenstva a prevencie** patrí poskytovanie *univerzálnej* prevencie (preventívne programy realizované podľa ponuky v školách, poradenstvo pre rodičov, metodické vedenie koordinátorov prevencie), ale predovšetkým *selektívnej a indikovanej* prevencie (pre skupiny žiakov vyžadujúce špecifický prístup) najčastejšie pracovníkmi oddelenia poradenstva sociálneho vývinu a prevencie. Preventívna a intervenčná činnosť je poskytovaná prevažne skupinovou formou s využitím klubových stretnutí žiakov s rovnakými potrebami či diagnózou. Z metód práce sa najčastejšie uplatňuje peer princíp, terapeutické metódy, hranie rolí, tréning sebaovládania, relaxačné techniky a pod. Členovia skupiny (napr. fajčiari tabakových výrobkov) navštevujú zariadenie zväčša v popoludňajších hodinách 1 až 2-krát do týždňa.

V situáciách vyžadujúcich okamžitú intervenciu bez možnosti zotrvania žiaka v podmienkach, v ktorých sa práve nachádza a ktoré ohrozujú vývin jeho osobnosti (negatívny vplyv rovesníkov, prostredia), je vhodné využitie služieb špeciálno-výchovných zariadení. Za počiatočné zariadenie slúžiace najmä na diagnostiku problémového správania slúži pobytové špeciálno-výchovné zariadenie – **diagnostické centrum**. Pobyt dieťaťa v diagnostickom centre trvá nevyhnutne potrebný čas na stanovenie diagnostiky, spravidla dvanásť týždňov. Po stanovení diagnózy sa dieťa buď navracia do pôvodného výchovného prostredia (rodina, škola, náhradná rodinná starostlivosť), alebo je potrebná ďalšia, zväčša ústavná starostlivosť **v reedukačnom centre** alebo **liečebno-výchovnom sanatóriu**. V týchto v špeciálno-výchovných zariadeniach zotráva dieťa dovtedy, kým nie je schopné opätovnej resocializácie. Návrat z liečebného a reedukačného procesu do prirodzeného prostredia býva veľmi náročný, najmä v takom prípade, ak sa žiakovi neposkytne dostatočná následná pomoc v resocializačnom procese. Podpora v **terciárnom stupni prevencie** tvorí najslabší článok v systéme pomoci, pretože chýba jeho konkrétna výkonná zložka v rezorte školstva (poverené zariadenie alebo pracovník). Tento dlhodobý a náročný proces vyžaduje *spolučinnosť rodiny, všetkých odborníkov*, ktorí boli do procesu predchádzajúcej intervencie a liečby zainteresovaní, a tých (sociálnych kurátorov, pedagogických a odborných zamestnancov škôl a školských zariadení, lekára, kňaza a pod.), ktorí napomáhajú v procese opätovného úspešného začlenenia sa.

Preventívne programy v Slovenskej republike

Preventívne programy uplatňované v školách a školských zariadeniach môžeme klasifikovať podľa viacerých kritérií: podľa **miery garancie** (garantované ministerstvom, regionálne), podľa **cieľovej skupiny** (pre všetky deti v predprimárnom vzdelávaní, žiakov s poruchami správania 7. ročníka ZŠ), z hľadiska **ich obsahového zamerania** (komplexné, zamerané na prevenciu užívania legálnych drog), z hľadiska **dĺžky ich trvania** (krátkodobé, dlhodobé), podľa **miery spolupráce** s ostatnými zložkami preventívneho systému (v spolupráci s políciou, realizované školským sociálnym pedagógom) a pod. Ich kombináciou vzniká viacero variantov, z ktorých najznámejšie a najpoužívanejšie (zoradené podľa veku adresátov, pre ktorých sú určené) priblížime v nasledujúcich riadkoch:

- Program „*Zdravý spôsob života a prevencia závislostí*“ českej autorky Dagmar Novákovéj je určený pre deti predškolského veku a žiakov prvého stupňa ZŠ. Program je tvorený formou špeciálnych rozprávok, prostredníctvom ktorých sú deti hraním alebo

improvizovaním samy vtiahnuté do rozprávky a samy nachádzajú ponaučenie. Ich obsah je zameraný na prevenciu legálnych aj nelegálnych drog, a zároveň látkových a nelátkových závislostí, pretože majú mnoho spoločných faktorov. Autorka vo viacerých príspevkoch, prostredníctvom ktorých propaguje a osvetľuje metodiku programu, uvádza, že je nevyhnutné s takto kombinovaným prístupom začínať už v útlom veku (už v materskej škole), aby sa nevytvoril pozitívny vzťah k drogám, vytvorili sa správne postoje k závislostiam a eliminoval sa počet experimentov s drogami vo veku, keď je už na formovanie osobnosti žiakov neskoro (do veku 11 – 12 rokov).

- Publikácia autorky C. Raynerovej s názvom *Nenič svoje múdre telo* je schválená Ministerstvom školstva Slovenskej republiky ako učebný text pre žiakov 4. ročníka základných škôl. Táto publikácia približuje problematiku legálnych a nelegálnych drog. Je zameraná tak, aby v deťoch formovala kladný postoj k zdraviu, svojmu telu a zdravému životnému štýlu, ktorý je nevyhnutné utvárať v deťoch v čo najnižšom veku. Žiaci pracujú pod vedením pedagóga s knihou, ktorá obsahuje ilustrácie objasňujúce riziká užívania návykových látok. Ku knihe je vytvorený aj súbor pracovných listov na lepšie poznanie a pochopenie všetkého, čo môže ublížiť zdraviu detí, ako aj s cieľom naučiť ich zdravšie žiť a ochrániť sa pred škodlivými látkami.
- Preventívny program *Ako poznám sám seba?* je doplnkový text schválený Ministerstvom školstva Slovenskej republiky určený pre žiakov 5. – 9. ročníka základných škôl a pre žiakov 1. – 4. ročníka osemročných gymnázií. Autormi publikácie sú: Z. Kašparová, T. Houška, M. Uhreková. Je zameraný na prevenciu drogových závislostí, na výchovu k zdravému štýlu života, na formovanie dynamickej a stabilnej osobnosti žiaka a pozitívnych životných postojov. Obsah programu je rozdelený do štyroch častí pre jednotlivé ročníky, tvorí ho informatívna časť, sprievodné aktivity, samostatné činnosti a praktické úlohy na sebaopoznávanie aktivity, na relaxačné, kondičné, harmonizačné aktivity. Program je úzko prepojený s vyučovacími predmetmi v danom ročníku.
- Program PANDA je vypracovaný agentúrou, ktorá spolupracuje s výborom pre prevenciu drogových závislostí v štáte Ohio v USA. Program obsahuje mnoho užitočných poznatkov, zručností, ktoré podporujú rozvoj osobnosti dospelujúceho človeka a informácií o drogách a ich škodlivosti. Tento program má u dospelujúcich veľký úspech a z toho dôvodu ho autori odporúčajú realizovať vo forme trojdňového víkendového tábora pre žiakov 6. – 8. ročníka základných škôl, prípadne v skrátenej forme ako jednodňový mini Panda program. Žiaci prostredníctvom programu získajú informácie o návykových látkach a hlavne zistia, ako príjemne sa dá zabaviť bez drog. Tiež si osvoja techniky na efektívne riešenie problémov, ale aj ako si zvyšovať svoju sebaúctu. Žiaci, ktorí absolvujú program, získajú schopnosť rozhodovať sa samostatne a najmä nepodliehať tlaku rovesníkov. Program obsahuje množstvo techník a hier, ktoré sa dajú využiť aj pri iných činnostiach s deťmi a mládežou (Prígl, 2008, s. 32).
- Program *Cesta k emocionálnej zrelosti*, ktorej autorom je Š. Matula, je určený pre vekovú kategóriu 12 – 15 rokov. Je zostavený tak, aby cvičeniami a modelovými situáciami, ktoré ponúka, prispieval k postupnému uvedomovaniu si seba samého, skupinovému prežívaniu najpodstatnejších znakov emocionálnej zrelosti. Obsahuje 10 tém, z ktorých každá modeluje niektorú z charakteristík emocionálne zrelého človeka (Témy: Odkiaľ prichádzam a kam idem. Závislosť od rodičov vs. osamostatňovanie. Partnerské vzťahy. Socializácia. Ja ako budúci rodič. Riešenie konfliktov. Konformita vs. zostať sám sebou. Vyrzáť bolesť, strach a nezičlivosť osudu. Sympatia a súcít. Radosť z dávania bez reciprocity.) Program je realizovaný na viac ako tisíc školách takmer vo všetkých okresoch Slovenskej republiky.
- Program *Ako sa byť sám sebou*, ktorého autormi sú M. Zelina, M. Uhreková, je určený ako doplnkový text schválený MŠ SR. Boli osobitne vyvinuté pre 1. až 4. ročníky

stredných škôl a gymnázií. Kapitoly jednotlivých tematických okruhov sú štruktúrované: na informácie, praktické aktivity, pre záujemcov a na zamyslenie.

Osobitnú kategóriu v systéme prevencie tvorí **vysoké školstvo**. Z analýz Sekcie vysokých škôl MŠ SR vyplýva, že intenzívnejšie sa problematike prevencie drogových závislostí venujú viaceré univerzity, najmä *fakulty pedagogického zamerania* majú zaradené v študijných programoch **výučbové predmety** dotýkajúce sa prevencie drogových závislostí. Taktiež sú zadávané a spracované **témy bakalárskych a diplomových prác** týkajúce sa prevencie závislostí z hľadiska budúceho profesijného uplatnenia absolventov a prebieha i **vedecko-výskumná činnosť** na skúmanie faktorov prevencie závislostí. Pri univerzitách sa zakladajú poradne pre študentov, prípadne **občianske združenia a spolky** pri univerzitách, z ktorých niektoré sú špecificky zamerané na realizáciu praktickej preventívnej činnosti (napr. Centrum dobrovoľníctva pri Univerzite Mateja Bela v Banskej Bystrici – Harm reduction program, OZ Storm pri Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre).

Otázky a úlohy:

1. *Vymenujte legislatívne a ostatné organizačné dokumenty upravujúce prevenciu závislostí v rezorte školstva.*
2. *Objasnite systém primárnej prevencie v škole a školských zariadeniach.*
3. *Objasnite systém prevencie v sekundárnom stupni v školských zariadeniach.*
4. *Uveďte proces prevencie závislostí v terciárnom stupni a jeho možnosti v škole a školských zariadeniach.*
5. *Vymenujte najviac používané preventívne programy v školách a školských zariadeniach a krátko ich charakterizujte.*
6. *Objasnite situáciu prevencie závislostí vo vysokom školstve.*

10.4 Prevencia závislostí v rezorte kultúry

Ministerstvo kultúry Slovenskej republiky je ústredným orgánom štátnej správy Slovenskej republiky pre viacero oblastí, a to pre štátny jazyk, ochranu pamiatkového fondu, kultúrne dedičstvo a knihovníctvo, umenie, autorské právo a práva súvisiace s autorským právom, osvetovú činnosť a ľudovú umeleckú výrobu, prezentáciu slovenskej kultúry v zahraničí, vzťahy s cirkvami a náboženskými spoločnosťami, médiá a audioviziu. V tomto rezorte je veľmi náročné vymedziť systém pomoci v prevencii závislostí, pretože v chápaní nešpecifickej prevencie vstupuje do každodenného života jednotlivca.

V tejto súvislosti treba upozorniť najmä na **vplyv médií** všetkých foriem a ich produktov. Či už je to vplyv *internetu* (www.infodrogy.sk – Úradu vlády SR), *televízie* (dokumentárne filmy, reportáže, správy, reklamné spoty), *rozhlasu* (rozhovory s klientmi po liečbe).

Nezastupiteľný vplyv v prevencii závislostí majú u nás **cirkvi a náboženské spoločnosti**. V **primárnom stupni** ide najmä o využívanie viacerých voľnočasových aktivít pre deti a mládež realizovaných v určitom náboženskom systéme (detské tábory, stretnutia mládeže, rodín, centrá voľného času, nízkoprahové zariadenia). V **sekundárnom a terciárnom stupni** pod správu cirkví a náboženských spoločenstiev patrí na našom území rad terapeutických komunit a resocializačných zariadení.

V zmysle smerníc Ministerstva kultúry SR sa na označenie pracovníkov štátneho systému osvetovej práce v praxi používa termín **kultúrno-osvetový pracovník**. V centre jeho pozornosti je človek a výchova vrátane kultúrno-osvetových aktivít, ktoré sa stávajú nenahraditeľným špecifickým typom celoživotného výchovného pôsobenia. Zákon *o osvetovej činnosti č. 61/2000 z 9. februára 2000*, uverejnený v Zbierke zákonov Slovenskej

republiky (čiastka 28 uverejnená 23. februára 2000), s účinnosťou od 1. 3. 2000 upravuje právne vzťahy, ktorými sa zabezpečuje osvetová činnosť, postavenie osvetových zariadení, práva a povinnosti zriaďovateľov osvetových zariadení, ako aj pôsobnosť orgánov štátnej správy na úseku osvetovej činnosti. Osvetovou činnosťou v zmysle citovaného zákona sa rozumie súhrn aktivít, ktoré svojím pôsobením na základe dobrovoľnej iniciatívy, záujmu a tvorivej schopnosti ľudí prispievajú k rozvoju ich osobnosti a utváraniu kultúrneho spôsobu života.

Hupková (2009, s. 22) uvádza, že osvetová činnosť zvyšuje všeobecnú kultúrnu a vzdelanostnú úroveň ľudí aj tým, že pomáha *v prevencii protispoločenských javov, teda i drogových závislostí*. Činnosť **osvetových stredísk** (na regionálnej a miestnej úrovni), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou štátneho osvetového systému výchovy a vzdelávania (paralelne sa rozvíjajúceho popri školskom edukačnom systéme), má svoje osobitosti a špecifiká. Medzi najdôležitejšie z nich (vo vzťahu k sociálnej prevencii) patrí napĺňanie *zdravotno-hygienickej, formatívno-výchovnej, sebarealizačnej, socializačnej a preventívnej funkcie voľného času a v podmienkach kultúrnoosvetovej práce sa deje kontinuálne a permanentne od najranejšieho obdobia života človeka až do neskorej staroby*. V centre pozornosti kultúrno-osvetových pracovníkov je človek vo voľnom (mimoškolskom, mimopracovnom) čase, a to vo všetkých štádiách svojho ontogenetického vývinu. Nositeľom kultúrnej politiky štátu na regionálnej a miestnej úrovni je **sieť regionálnych mestských a miestnych osvetových zariadení, knižníc, galérií, múzeí a hvezdární**. Všetky tieto subjekty okrem iného participujú aj na podpore celospoločenského úsilia spojí všetky aktivity a iniciatívy jednotlivých rezortov, samosprávnych a neziskových organizácií a vytvorí synergicky prepojený preventívny systém, ktorý by v maximálne možnej miere *napomáhal ochrániť mladú generáciu pred šírením drog*.

Metodicky ovplyvňuje činnosť kultúrno-osvetových zariadení v Slovenskej republike. **Národné osvetové centrum** (predtým Osvetový ústav) vykonáva teoretickú, koncepcnú, rozborovú, metodicko-poradenskú a vydavateľskú činnosť. K základnému poslaniu osvetových stredísk, ktoré sú súčasťou siete štátnych kultúrnych zariadení, je aj poskytovanie *prevencie sociálno-patologických javov*.

Hupková (2009, s. 22 – 23) ďalej definuje okruhy zamerania kultúrno-osvetových zariadení v oblasti **sociálnej prevencie** takto: a) vytváranie priaznivých podmienok na ovplyvňovanie kvality a rozsahu voľnočasových kultúrnych aktivít s osobitým zreteľom na vekovú kategóriu detí a mládeže; b) hľadanie vhodných nástrojov a mechanizmov na iniciovanie a podporu tvorby a realizácie širokoplošných programov a projektov kultúrnych aktivít, tematicky zameraných na prevenciu negatívnych spoločenských javov; c) rozšírenie a prehĺbenie spolupráce štátnych kultúrnych zariadení so špecializovanými odbornými pracoviskami, občianskymi združeniami.

Dôležité poslanie v tejto činnosti plní Kabinet sociálnej prevencie (1999) je pracoviskom zameraným na oblasť sociálnej prevencie, ktorý plní funkciu jediného špecializovaného pracoviska Ministerstva kultúry SR v oblasti sociálnej prevencie, t. j. prevencie sociálnopatologických javov. Svoju činnosť profiluje v komplexe aktivít a projektov predovšetkým na úrovni primárnej sociálnej prevencie. Medzi jeho kľúčové rezortné projekty v oblasti sociálnej prevencie patrí: a) Projekt: **Prečo som na svete rád/rada** (celoštátna tematická výtvarná súťaž a putovná výstava s medzinárodnou účasťou zameraná na redukciu požiadavky mládeže po drogách), ktorý slúži od roku 1994; b) Projekt: Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry **Sociálna prevencia** (periodikum v tlačenej aj elektronickej forme s príspevkami renomovaných odborníkov i pre oblasť prevencie závislostí) obsahuje štatistické a teoreticko-informačné príspevky, príspevky z regiónov ale aj sebakúsenostné príspevky.

Otázky a úlohy:

1. *Opište možnosti prevencie v rezorte kultúry z hľadiska stupňov prevencie.*
2. *Uveďte spôsob osvetovej činnosti v prevencii závislostí prostredníctvom osvetových stredísk a ich riadiaceho orgánu.*

10.5 Prevencia závislostí v rezorte zdravotníctva

Činnosť rezortu v starostlivosti o ochranu a podporu zdravia mladej generácie sa zameriava na prepojenie na rámcové programy Európskej únie v oblasti podpory zdravia, environmentalistiky a trvalo udržateľného rozvoja ľudskej spoločnosti so špeciálnym dôrazom na oblasť mladej generácie. Ochrana zdravia detí a mládeže sa uberá dvoma základnými smermi: výchova detí a mládeže k zdravej výžive, výchova k zdraviu a zdravému spôsobu života.

Medzi **hlavné orgány a príslušné zariadenia** poskytujúce aj prevenciu závislostí patria: *regionálne úrady verejného zdravotníctva s odborními podporu zdravia so zameraním na deti a mládež, nemocnice s ambulanciami detských a dorastových lekárov, psychiatrickými oddeleniami a záchytnými izbami, psychiatrické liečebne, centrá pre liečbu drogových závislostí s alternatívou poskytovanie substitučnej liečby a terénna zdravotnícka služba.*

Na úrovni **primárnej prevencie** majú významné postavenie nasledujúce **preventívne aktivity**:

- štátom stanovené preventívne prehliadky u **pediatrov a dorastových lekárov**, preventívne prednášky s lekármi zamerané všeobecne na podporu zdravia (napr. na tému zdravá výživa, zdravé zúbky),
- besedy s **lekármi špecialistami** (psychiater, adiktológ) zameranými špecificky na prevenciu konkrétnej závislosti (prevencia užívania alkoholu, tabaku, nelegálnych látok, vplyv závislosti na hrách zo zdravotného hľadiska a pod.),
- účinné sú diskusné stretnutia širšej verejnosti (žiaci ZŠ) s **lekárom za prítomnosti pacienta v liečbe, abstinujúceho klienta a jeho rodinného príslušníka** (pozyvanie len závislého či abstinujúceho klienta je neefektívne, dokonca môže patriť k rizikovému faktoru vzniku závislosti).

Legislatívne sa riadi systém prevencie Zákonom č. 355/2007 Z. z. o **ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia** a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a príslušných vykonávacích predpisov na úseku ochrany a podpory zdravia detí a mládeže. V rámci výchovy detí a mládeže k zdraviu sa vytvára a realizuje systém kontinuálnej výchovy obyvateľstva zameraný na zdravý spôsob života, práce, zdravotné uvedomenie a na vlastnú zodpovednosť za svoje zdravie. Ide o kroky smerované na realizáciu **zdravotno-výchovnej intervencie** u detí a mládeže zameranej na elimináciu behaviorálnych rizík a prevenciu toxikománie. **Cieľom** je usmerňovanie spôsobu života a správania sa detí a mládeže, ktoré je ovplyvňované vzájomným pôsobením viacerých podmienok prostredia – organizácia režimu dňa, zvládnutie fyzickej a psychickej záťaže, pohyb a odpočinok, zdravotné uvedomenie a jeho prejavy, fajčenie, požívanie alkoholických nápojov, toxikománia, problémy vzťahujúce sa na sexualitu a iné. Ako základný **prostriedok prevencie** sú využívané *zdravotno-výchovné programy* orientované na deti a mládež.

Medzi preventívne postupy verejného zdravotníctva patria i **výkony štátneho zdravotného dozoru**, ktorý je zameraný na objektívne vyšetrenie príslušných parametrov prostredia s hodnotením ich efektu na zdravie a zdravý vývoj detí a mládeže, na kontrolu stavu a úrovne prevádzky zariadení pre deti a mládež, kontrolu dodržiavania **hygienických zásad pri najrôznejších činnostiach detí a mládeže** (výchovno-vzdelávacej činnosti,

režimu práce a odpočinku, pobytu vonku, psychickej a telesnej záťaže). Výstupy získané výkonom štátneho zdravotného dozoru vytvárajú aj predpoklady na kvalitnejšie a efektívnejšie usmerňovanie podpory a ochrany zdravia, na prípravu nových právnych noriem na stanovovanie limitov negatívnych faktorov životného a pracovného prostredia, resp. požiadaviek na konkrétnu činnosť detí a mládeže z hľadiska ochrany zdravia.

Okrem výkonu štátneho zdravotného dozoru sa pozornosť sústreďuje predovšetkým na efektívne plnenie programových vyhlásení vlády SR na úseku verejného zdravotníctva a v nadväznosti **na nadrezortné programy** (Národná protidrogová stratégia) a **nadnárodné programy** (Národné monitorovacie centrum pre drogy) v zmysle vykonávania celoslovenských a celoeurópskych epidemiologických prieskumov, zameraných na zmapovanie situácie zneužívania návykových látok žiakmi a študentmi v rámci Slovenska.

Najväčšiu časť v oblasti poskytovania prevencie závislostí saturuje rezort zdravotníctva **v rovine sekundárnej prevencie**. Služby pozostávajúce prevažne z liečby sú poskytované *nemocnicami, centrami pre liečbu drogových závislostí a liečebnými sanatóriami*. Zabezpečujú ich **lekári, zdravotnícky personál, ale i ostatný odborný personál**.

Liečba závislostí štandardne prebieha *v psychiatrických oddeleniach nemocníc* (u detí a dospievajúcich) *v detských psychiatrických oddeleniach* alebo *detských psychiatrických liečebniach* (napr. Detská psychiatrická liečebňa Hraň). V rezorte sa vyskytujú aj *špecializované zariadenia s diferenciáciou na jednotlivé typy závislostí* poskytované plnoletým dobrovoľným klientom a klientom, ktorým súd nariadil ochranné odvykacie liečenie (napr. Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela v Pezinku, Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie, Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o. Predná Hora so 4 oddeleniami – jednou z nich je oddelenie pre liečbu „nelátkových závislostí“).

Medzi základné **programy, formy a metódy** poskytovanej starostlivosti patrí: *Detoxifikačná jednotka*, ktorá býva zvyčajne súčasťou zariadenia na liečbu závislostí alebo ako samostatná jednotka v rámci nemocnice. Podľa Kalinu a Nešpora (In: Kalina, 2008, s. 375) *je určená na zvládanie odvykacích stavov a intoxikácie návykovou látkou, ktoré nevyžadujú intenzívnu starostlivosť v inom zariadení (ako napr. na jednotke intenzívnej starostlivosti)*. Kalina (ibid.) ďalej uvádza najčastejšie **typy klientov**, medzi ktorých patria:

- pripravujúci sa na liečbu,
- tí, čo potrebujú (so zreteľom na zdravotný stav či sociálnu situáciu) znížiť toleranciu voči droge, ale nie sú motivovaní abstinovať či nastúpiť na ďalšiu odvykaciu liečbu,
- všetci nebezpeční voči sebe samému alebo ohrozujú vlastné okolie z dôvodu intoxikácie alebo odvykacieho stavu,
- tí, pri ktorých treba stanoviť, či ide o intoxikáciu alebo duševné ochorenie.

Službu poskytuje **tím odborníkov**: lekári, zdravotnícky personál, sociálni pracovníci a terapeuti, ktorí využívajú pomoc supervízie. Medzi hlavné **metódy a prostriedky** práce v detoxikácii patrí – zisťovanie zdravotného stavu pacienta, zavádzanie farmakoterapie, ak je vzhľadom na zneužívanú drogu účinná, využívanie metód a foriem psychoterapie (motivačný tréning, relaxačné techniky, rodinná terapia), techniky sociálnej práce (hľadanie možností ďalšej liečby a následnej resocializácie, kontakt s úradmi, zabezpečenie potrebných dokladov a zmlúv – splátkový kalendár dlžôb a pod.). Po potrebnej lôžkovej detoxikačnej časti nastupuje klient na režim denného štruktúrovaného programu tvoreného najmä edukačnou činnosťou. Tu sa integruje detoxikácia **do samotnej liečby v zariadení**, ktorej dĺžka trvania je zvyčajne 2 – 3 mesiace. Program detoxikácie i samotnej liečby môže mať len ambulantný charakter. V takomto prípade klient, ktorému to diagnóza a prostredie dovoľuje, navštevuje dostupné zariadenie (najčastejšie psychiatrickú ambulanciu) a naďalej zotrváva v štúdiu alebo zamestnaní. Kalina (2008) uvádza, že základným znakom vhodného klienta je jeho sociálna

stabilita a podporné prostredie. Výhodou takejto formy pomoci, ak je pre klienta vhodná, je jeho efektívnejšie doliečovanie a resocializácia. Samotná detoxikácia a liečba by tak mala nadväzovať na služby, ktoré sú poskytované **v pokračujúcich formách a programoch liečby, doliečovania a resocializácie**. Pobyt v nich má odlišné trvanie. Patria sem:

- *denné stacionáre (domy na pol ceste)*: zväčša s jasne štrukturovaným programom, využívajúcim prvky terapeutických komunit, klienti zotrávajú v zariadení počas dňa minimálne 6 hodín, sú určené pre klientov v rôznych štádiách závislosti (experimentátori, matky, pravidelné užívateľky a pod.) s cieľom zmeniť ich doterajší životný štýl a získať motiváciu na zmenu. Služby poskytuje zväčša multidisciplinárny tím odborníkov pracujúcich pod supervíziou (napr. *Dom na pol ceste Brána do života Bratislava*). I keď v zariadení pracujú lekári a zdravotnícky personál, nejde o štátne zdravotnícke zariadenie.
- *zariadenia strednodobej rezidenčnej liečby*: sú poskytované zväčša v špecializovaných štátnych alebo súkromných zariadeniach (sanatóriách, liečebniach) s dĺžkou pobytu cca 3 – 6 mesiacov, poskytujú najmä štrukturovaný program, ktorý pozostáva z terapeutickej liečby, komunitného stretnutia účastníkov programu, psychoterapie, rodinnej a sociálnej terapie, pracovnej terapie a rôznych voľnočasových aktivít (napr. *lôžková strednodobá liečba na Jaskovom rade poskytovaná Centrom pre liečbu drogových závislostí v Bratislave*).
- *zariadenia dlhodobej rezidenčnej liečby: terapeutické komunity* – poskytujú rezidenčné služby v dĺžke 6 – 18 mesiacov. Je to spoločenstvo, ktoré predstavuje organizačný systém, lišiaci sa od bežného spôsobu nemocničnej liečby predovšetkým tým, že je požadovaná pacientova aktívna účasť na liečbe. Liečebnému cieľu je prispôsobený aj liečebný program s využívaním pozitívneho vplyvu spoločenstva na jednotlivých klientov. Základným princípom terapeutickej komunity je využitie spoločného problému (závislosť) na poskytovanie si vzájomnej opory a pomoci. Terapeutickú komunitu tvoria: terapeuti (lekári a psychológovia), stredný zdravotnícky personál a pacienti v liečbe.

V terciárno, stupni prevencie sa v zdravotníckej oblasti využívajú viaceré možnosti:

- *doliečovacie programy*: často nahrádzajú využívanie resocializačných zariadení (bližšie v podkapitole 10.7) po odchode z rezidenčnej liečby. Prebieha zväčša formou ambulantných skupín raz týždenne. Ako uvádza Kalina (2008) hlavným cieľom je udržať klienta v abstinencii, získať zručnosti predchádzania relapsu, podpora osobného rastu, zmien v sebapoznaní a sebaaprijatí a zabezpečenia sociálnej stabilizácie a sociálnych istôt. Tím odborníkov musí mať vzdelanie v psychoterapii, jeho úlohou je získanie ďalších potrebných odborníkov. Táto forma nadväzuje na svojpomocné kluby pri zdravotníckych zariadeniach, akými sú napr. skupina Anonymných alkoholikov a pod.
- *substitučné programy*: ak pacient zlyháva v detoxifikácii a liečbe, je možné ho preradiť na tzv. substitučnú liečbu spojenú so skupinovou terapiou poskytovanou zväčša 1x týždenne. Podstatou liečby je nahradenie nelegálnej látky (s nebezpečným a neznámym zložením a prímiesami) najčastejšie podávanou intravenózne – drogou, ktorá má priznaný charakter lieku, ale je podávaná pod lekársnym dohľadom menej poškodzujúcim spôsobom – perorálne. Medzi najčastejšie podávané substitučné látky u nás patrí Metadon – syntetický opiát (náhoda opiátov – heroín a pod.) a Buprenorfín v podobe tabliet pre klientov s nižšou toleranciou voči opioidom. Cieľovú skupinu na našom území tvorí pomerne malá skupina klientov, pretože možnosti využívania tejto formy pomoci sú nastavené vysokoprahovo (požiadavky na klienta – neúspešné absolvovania detoxifikačnej liečby, finančná účasť a nedostatok dostupných zariadení). V súčasnosti existuje len 5 zariadení, ktoré môžu potenciálne realizovať tento typ liečby (centrá pre liečbu drogových závislostí v Bratislave, Banskej Bystrici, Košicích, Žiline a Odborný ústav psychiatrický Centrum pre liečbu drogových závislostí na Prednej Hore).

Významné postavenie v systéme prevencie, spomedzi ostatných zariadení rezortu zdravotníctva, majú **centrá pre liečbu drogových závislostí**. Predstavujú špecializovanú zdravotnícku inštitúciu, ktorá je určená na prevenciu vzniku, diagnostiku, liečbu a doliečovanie občanom v súvislosti s problémami vznikajúcimi pri užívaní psychoaktívnych látok. Je to štátna, príspevková organizácia zriadená Ministerstvom zdravotníctva SR. Dokáže poskytovať vyššie spomenuté programy vo všetkých stupňoch prevencie. Ťažiskovo však poskytuje najmä liečebné programy zamerané na jednotlivé druhy a typy závislostí. Tím odborníkov tvorí lekár, psychológ, zdravotné sestry a pracovníci pre výskum, informačnú a edukačnú činnosť. Okrem už spomenutých služieb možno spomenúť aj programy očkovania proti hepatitíde typu B, testovania krvou prenosných infekčných ochorení (HIV/AIDS, hepatitídy B, C, syfilis), poskytovania sterilných ihliel a striekačiek a zdravotnícku osvetu medzi užívateľmi psychoaktívnych látok.

Otázky a úlohy:

1. Vymenujte zariadenia a služby poskytované v rezorte zdravotníctva v primárnom stupni prevencie závislostí.
2. Charakterizujte základné programy poskytované v rezorte zdravotníctva v sekundárnom stupni prevencie závislostí.
3. Vymenujte zariadenia a poskytované služby v rezorte zdravotníctva v terciárnom stupni prevencie závislostí.
4. Uveďte význam a funkcie organizácie – centrum pre liečbu drogových závislostí.

10.6 Prevencia závislostí v rezortoch vnútra a spravodlivosti

Uvedené dva rezorty poskytujú zväčša represívnu starostlivosť, ktorá je popretkávaná množstvom preventívnych služieb v rozličných stupňoch pomoci.

V stupni **primárnej prevencie** ide hlavne o osvetovú a vzdelávaciu činnosť formou preventívnych projektov pre deti a mládež od najútlejšieho veku ako napr. **národný** projekt *Emka to vie* alebo **regionálneho** projektu napr. *Rozprávka nám to povie*, rozvíjať **u detí predškolského veku** pozitívny vzťah k policajným zložkám a osvojovať si základné zručnosti pri zvládaní sociálno-patologických javov, medzi ktoré sa zaraďujú aj témy s problematikou závislostí. Medzi ďalšie preventívne aktivity rezortu vnútra, ktoré sa orientujú i na deti a mládež základných a stredných škôl, ako ich uvádza Ministerstvo vnútra SR aj na svojich informačných webových stránkach, možno zaradiť nasledujúce:

- Preventívny projekt – *Správaj sa normálne!* Filozofiou projektu je skutočnosť, že policajt v uniforme, ktorý bol na prácu s deťmi špeciálne pripravený, približuje žiakom piatych ročníkov základných škôl pomocou pracovných listov desať zaujímavých tém. Prvou z nich je téma *Priatelja policajti*, ktorej cieľom je nielen oboznámiť deti s postavou Roba – maskota projektu, s ktorým by sa mali deti stotožňovať, zamýšľať nad problémami a brať ho ako múdreho rovesníka, ale predovšetkým priblížiť im činnosť polície, oboznámiť sa s jej druhmi a hlavnými úlohami, a zároveň prebudíť a rozvíjať pozitívne zmýšľanie o polícii. Medzi témy približujúce problematikou závislostí možno zaradiť lekcie: *Zákerná droga, Bingo!..., za moje peniaze!, Na zdravie! Ďakujem, radšej nie*, ktorých spoločným cieľom je informovať o škodlivosti drogovej závislosti a závislosti na výherných automatoch, ďalej venovať pozornosť problémom, ktoré spôsobujú závislí svojmu okoliu, najmä rodine a priviesť deti uvažovať o zodpovednosti za vlastný život.
- Ďalším celoslovenským projektom gestoreným Ministerstvom vnútra SR, určeným pre tínedžerskú populáciu s celoslovenskou pôsobnosťou je preventívny program *Vieme, že...*, ktorý vznikol na podklade holandského projektu pod názvom „Program informovania“.

Špecifikom programu je jeho zameranie na prevenciu kriminálneho správania detí a mládeže a na spoluprácu škôl s policajným zborom. Program je určený pre siedmakov až deviatakov základných škôl, pre žiakov prvého a druhého ročníka stredných škôl. Je zameraný na skupinovú aj individuálnu prácu so žiakmi pod vedením lektora. Program realizujú lektori na vyučovacích hodinách etickej výchovy, občianskej náuky, náboženstva a triednických hodinách, ako aj vo voľnom čase žiakov. V súčasnosti je program rozpracovaný do 18 lekcí, tri z nich sa zaoberajú problematikou drog a závislostí. Súčasťou programu je aj prepracovaná metodická príručka pre lektorov, ktorá obsahuje výpisky z trestného zákona pri posudzovaní priestupkov a trestných činov detí a mladistvých, vstupné a výstupné testy (vedomostné, postojoyé škály a sebaopisovacie dotazníky) na sledovanie účinnosti programu.

Okrem vyššie uvedených služieb zamestnanci preventívnych oddelení obvodných policajných zborov realizujú jednorazové a dlhodobé preventívne aktivity, ktoré vychádzajú z aktuálnych regionálnych potrieb. Sú to rôzne *regionálne preventívne programy, detské tábory, besedy, prednášky s využitím kanisterapie, názorné simulované predvádzacie zásahy, informačné kampane v problematike závislostí.*

V **sekundárnom stupni prevencie**, keď už ide zväčša o zásahy represívneho charakteru, sem možno zaradiť *aj detekcie drog v zariadeniach s využitím služobných psov, podrobovanie mladistvých dychovým skúškam na užitie alkoholu, samotné protidrogové zásahy špeciálnou zásahovou jednotkou* a pod. Svoje miesto v systéme prevencie nachádza policajný zbor i v **terciárnej úrovni prevencie**, ktorej cieľom je zabránenie *recidíve výroby, distribúcie, predaja a užívania omamných látok a dohľad nad užívateľmi*, ktorí sa odstali do konfliktu so zákonom.

V tejto činnosti prichádza rezort vnútra do úzkej súčinnosti s poskytovaním preventívnych a represívnych intervencií z pozície **výkonných orgánov rezortu spravodlivosti** – či už ide o služby jurisdikcie alebo výkon trestu a odňatia slobody. Do výkonu trestu sa dostávajú i závislé osoby. Už v roku 1973 boli vo vybraných väzniciach zriadené strediská súdom nariadenej protialkoholickéj ochrannéj liečby. Od roku 1991 sa počas výkonu trestu odňatia slobody vykonávajú vo väzenských zariadeniach všetky druhy *ochranných liečení*, t. j. psychiatrické, sexuologické, protialkoholické a protitoxikomanické. V ostatnom období sa vykonáva aj ochranné liečenie patologického hráčstva. V roku 1998 bolo v ústavoch na výkon trestu odňatia slobody pre mladistvých v Sučanoch s kapacitou 17 miest a v Hrnčiarovciach nad Parnou oddelenie s kapacitou 24 miest zriadené *oddelenie dobrovoľnej liečby* s dôrazom na komunitný charakter liečby a následnú podpornú resocializáciu mladistvých po prepustení z výkonu trestu. V súčasnosti prebieha *súdom nariadenú ochrannú liečbu na psychiatrických oddeleniach*. Preferuje sa zavádzanie tzv. *čistých zón*. Dôraz na preventívnu činnosť sa kladie predovšetkým v procese prizonizácie (adaptácia trestanej osoby na život vo výkone trestu). Liečbu zabezpečuje tím zdravotníckych odborníkov, psychológov, sociálnych pracovníkov. Významné postavenie v procese adaptácie vo väzbe, edukácie a opätovnému začleňovania sa do spoločnosti zohráva **sociálny pedagóg**. K metódam preventívneho pôsobenia, liečby a terapeutického pôsobenia patria: *skupinová psychoterapia, didaktoterapia, sociálnopsychologický výcvik, pracovná terapia, písanie denníkov, pohybové aktivity, relaxačné cvičenia*. Účinným prostriedkom pôsobenia na vôľovú zložku osobnosti a upevňovanie sebadisciplíny je *bodovací systém*.

Najdôležitejším faktorom v prevencii závislostí v prostredí väznenstva je motivácia odsúdeného. V súčasnosti sa preto využívajú i nové princípy politiky harm reduction (napr. projekt *Zdravé väznice*) na základe *Pozičného dokumentu o drogách, väzeniach a harm reduction* (2006), cieľom ktorého je využívať tie stratégie prevencie (vzdelávanie väzňov, personál väznic, distribúcia zdravotníckeho materiálu, poradentvo a pod.), ktoré sú z hľadiska

užívania drog najefektívnejšie a vedú k znižovaniu poškodení spôsobených užívaním drog vo väzenstve.

Zvlášť náročná fáza nastáva v procese prepustenia z výkonu trestu v **terciárnom stupni prevencie**. Návrat do rizikového prostredia môže byť pre prepusteného klienta opätovným štartom pre rozvoj závislosti a s tým spojeným kriminálnym správaním. Preto je veľmi dôležitá **pospenitenciárna starostlivosť**, ktorá by mala byť zabezpečovaná úzkou spoluprácou s **rodinou, rezortom sociálnych vecí a rodiny** (sociálne oddelenie, úrad práce) a **neziskovými organizáciami** (resocializačné zariadenia, chránené dielne napr. OZ Maják a pod.).

Úlohy a otázky:

1. Uvedte možnosti v primárnom stupni prevencie v rezorte vnútra. Krátko charakterizujte najznámejšie preventívne programy, ktoré zabezpečuje.
2. Vymenujte služby rezortu vnútra poskytované v sekundárnej a terciárnej úrovni prevencie závislosti.
3. Objasnite možnosti prevencie závislosti v penitenciárnej a pospenitenciárnej starostlivosti.

10.7 Prevencia závislosti na úrovni obcí a v činnosti neziskových organizácií

Prevencia závislosti je záležitosťou celej spoločnosti a svoju úlohu tu hrajú i stratégie, aktivity a iniciatívy obcí a miest. Štát rôznymi legislatívnymi usmerneniami, ale i záväznými pokynmi vytvára priestor pre vznik spoločných stratégií, koordinovaných postupov a aktivít orgánov a inštitúcií verejnej správy. Tie majú viesť k zmobilizovaniu širokej škály štruktúr spoločnosti a zvýšiť zodpovednosť za realizáciu opatrení, zameraných na prevenciu závislosti. Táto možnosť sa v súčasnosti opiera predovšetkým o rámcový plán národnej protidrogovej stratégie, v tej aktuálnej sa možno dočítať: „*Kľúčovými partnermi orgánov štátnej správy sú orgány územnej samosprávy. Prostredníctvom vlastných plánov, aktivít a získaných skúseností, zohľadňujúc miestne podmienky a potreby, sa spolupodieľajú na tvorbe a realizácii opatrení v súlade s cieľmi národnej protidrogovej stratégie a potrebami.*“ (Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009 – 2012, 2009, s. 20).

Každá obec alebo mesto má svoje špecifiká a svoje systémy práce, ktorými sa odlišuje od ostatných. Vytvára si tzv. **plán hospodárskeho a sociálneho rozvoja obce/mesta**, čo je základný dokument, ktorý by mal zahŕňať aj hlavné *smery a stratégie prevencie závislosti*, ako koncepčné materiály. Schvaľovanie takýchto dokumentov je v kompetencii obecného/mestského zastupiteľstva. Plán by mal obsahovať také opatrenia prijímané v preventívnej oblasti, ktoré by riešili technické, priestorové, finančné, administratívne podmienky, ale aj časový plán preventívnych stratégií. Takto spracovaný preventívny systém obce/mesta by mal pozostávať v podmienkach samosprávy z určitých nosných prvkov, ktorými sú predovšetkým nositelia prevencie, vzťahov a systémové opatrenia. Realita sa však často odlišuje od samotných zámerov. Samospráva sa vo väčšine obcí v SR vo svojich základných dokumentoch prevenciou závislosti takmer vôbec cielene nezaobera. Je to spôsobené najmä absenciou vytvorenia pozície **komunitného koordinátora prevencie**, ktorý aktivizoval potrebné zložky v obci a prostredníctvom overenej metodiky práce s komunitou (metóda RAR, snowball) vedel aktivizovať jej členov i vo sfére prevencie závislosti.

Preventívne aktivity z pozície samosprávy zastrešuje najčastejšie **obecná/mestská polícia**. Ich účasť na prevencii rámcuje *Zákon o obecnej polícii č. 319/1999*, kde sa v paragrafe 3 odseku 1, písmeno h, hovorí o plnení úloh na úseku prevencie. Obecná/mestská polícia sama vytvára *programy na komunitnej úrovni* (napr. PREVTAD – Prevencia tabaku, alkoholu, drog v Nitre alebo KOPRAK kontrolno-preventívne akcie v Topoľčanoch) alebo sa

zúčastňuje na rôznych *celoštátnych preventívnych programoch* a projektoch garantovaných Ministerstvom vnútra SR (napr. Správaj sa normálne!).

Primárna prevencia závislosti z pohľadu samosprávy je vo všeobecnej rovine akýmsi hľadáním a vytváraním systémových opatrení v oblasti legislatívy. Ide predovšetkým o:

- dodržiavanie zákonov a inej legislatívy v tejto oblasti vrátane *uplatňovania kontrolných mechanizmov a postihov v rámci obce/mesta* (príklad Zákona č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov).
- *zaisťovanie financovania (dotácie, granty a príspevky) pre potreby preventívnych stratégií* obecnej/mestskej polície, škôl a školských zariadení, tretieho sektora atď. (napr. ak ide o snahu zlepšiť informovanosť občanov o danej problematike využívaním regionálnych médií, preventívnych programov, podporu voľnočasových aktivít a zdravého životného štýlu všetkých vekových kategórií, poskytovanie poradenských a krízových služieb),
- podpora *zosieťovania koordinátorov prevencie v regióne*, prípadne ich kontinuálne vzdelávanie.

V **sekundárnom stupni prevencie** patrí do kompetencie samosprávy identifikovať rizikové skupiny či jednotlivcov a poskytnúť im primerané preventívne kroky a intervenčné zásahy, monitorovanie nelegálnej činnosti na území obce (*kamerový systém*). Osobitne dôležitá je *spolupráca s neziskovými organizáciami* – nízkoprahovými zariadeniami, komunitnými centrami či krízovými strediskami, záchytnými izbami či podpora *terénnej práce* v spádovej oblasti regiónu. Významné miesto má komunitná činnosť obce prebiehajúca v *spolupráci s cirkvou a občianskymi združeniami*.

Rovnako prevencia závislosti v **terciárnom stupni** by nemala absentovať na úrovni samospráv. Ide najmä o pomoc pri znovuzačleňovaní občana po absolvovaní liečby zo závislosti alebo výkonu trestu. Tento záujem by sa nemal zostať len vo formálnej rovine (administratívna, finančná pomoc), ale mal by zahŕňať aj *sociálnu a komunálnu pomoc* v resocializácii (poskytnutie kontaktov na dostupnú pomoc v regióne).

Na základe vyššie uvedených poznatkov možno konštatovať, že v súčasnosti nie je postačujúce, aby nositeľmi prevencie na úrovni samosprávy boli len volené orgány samosprávy, ich poradné štruktúry alebo obecná/mestská polícia. Obce a mestá vo svojej pôsobnosti v rámci skvalitnenia a zefektívnenia prevencie preto vytvárajú možnosti (predovšetkým finančné vo forme grantov, projektov, príspevkov a pod.), ktorými podporujú rôzne **občianske iniciatívy** (občianske združenia, nadácie, spolky). Ich existencia môže priniesť v prevencii závislosti regiónu profit, ktorý nie je možné nahradiť inou formou, pretože významným determinujúcim faktorom je **princíp dobrovoľníctva**.

Prevencia závislosti v tret'om sektore

Napriek tomu, že pojem **tretí sektor** nemá svoje legislatívne ukotvenie, budeme pre jeho zaužívanosť v našich podmienkach ďalej operovať týmto označením. Budeme mať na mysli tvoriace jeho najčastejšie zložky – občianske združenia, nadácie a neziskové organizácie. Vďaka vývojovému trendu posledných rokov umožňuje legislatívna úprava tretieho sektora lepšie ukotvenie v spoločnosti. Podľa Salamona a Angeiera (1999) a Skovajsu (2009) ho charakterizuje viacero špecifických znakov: organizovanosť, súkromný charakter a nezávislosť od štátu, zásada nerozdeľovania zisku, samosprávnosť, dobrovoľnosť, Majdúchová (2009, s. 18) ešte pridáva obmedzenosť produkcie statkov konkrétnym sortimentom, možnosť získavať príspevky zo štátneho rozpočtu alebo regionálnych, miestnych a obecných zdrojov. Takto organizované zložky tretieho sektora umožňujú dopĺňať absentujúce miesta v poskytovaných službách zariadení a inštitúcií uvedené v predchádzajúcich kapitolách vo všetkých stupňoch prevencie závislosti.

V rovine **primárnej prevencie** sú to najmä **občianske združenia** poskytujúce *edukačné aktivity* určené pre širokú verejnosť (napr. OZ NEZA v Trnave). Zvlášť dôležité je vytváranie **nízkoprahových zariadení pre deti a mládež**, ktorých cieľom je vytvoriť v rizikových oblastiach obce miesto, ktoré by poskytovalo *bezpečný spôsob trávenia voľného času, poradenstvo, sociálne služby a osvetovú činnosť* (nízkoprahové zariadenie Kaspian Bratislava, časť Petržalka, nízkoprahový klub CIRKUS OZ Storm Nitra a pod.).

Tretí sektor umožňuje poskytovať služby aj v **sekundárnom stupni prevencie**. Ide najmä o občianske združenia, ktorých snahou je zakladanie **krízových centier**, stredísk, ktoré vznikajú ako odpoveď na chýbajúce služby regiónu (OZ Otvorené srdce Trnava – Ambulantné krízové centrum). Takéto zariadenia dopĺňajú služby zdravotníckych zariadení, liečebni viacerými formami, metódami a prostriedkami: *krízová intervencia (i dištančná), psychoterapeutická pomoc, poradenská a informačná činnosť, sprostredkovacia činnosť pre poskytnutie ďalšej odbornej pomoci (detoxikácia, resocializácia a pod.), poradenská pomoc rodine závislého, ambulantná skupinová činnosť, skupinové výlety a pod.*

Osobitne významné miesto tvoria služby tretieho sektora poskytované v **terciárnom stupni prevencie**. Ide najmä o zakladanie **resocializačných zariadení neziskových organizácií**, ktoré umožňujú úspešnejšiu adaptáciu abstínujúcich, prichádzajúcich najčastejšie zo strednodobej liečby do reálneho života (napr. Resocializačné stredisko Road n. o. Tomky). Priemerný čas resocializácie sa pohybuje okolo 12 mesiacov pre klientov starších ako 16 rokov. V zariadení sa uskutočňuje programovo zameraná činnosť na zmenu životného štýlu prostredníctvom zmeny myslenia s cieľom dosiahnutia plnej integrácie, plnohodnotného návratu do bežného života, sociálneho prostredia a pracovného procesu. Odborný tím tvoria *sociálni pracovníci, ergoterapeut, psychológ, pedagóg, kouč, psychiater, pedopsychiater*. Medzi základné metódy, formy práce patria *individuálna, skupinová socioterapia, sociálno-výchovný program, manželské, rodinné kluby, terénna rodinná terapia, sprevádzanie po ukončení resocializačného programu*. Služby resocializačných zariadení sa tak musia riadiť legislatívou na pomedzí zákonov pre neziskové organizácie a zákonov pre oblasť sociálnej pomoci (*zmysle § 2 ods. 2 zák. č. 213/1997 Z. z. o neziskových organizáciách poskytujúcich všeobecne prospešné služby v znení neskorších predpisov táto nezisková organizácia poskytuje všeobecne prospešné služby v oblasti poskytovania sociálnej pomoci a humanitárnej starostlivosti podľa zákona 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov – opatrenia sociálnoprávnej ochrany podľa § 63 a pod.*). Zmena dosiahnutá v priebehu intenzívneho resocializačného programu sa pravdepodobne stane trvalou zmenou, ak je program ukončený vhodným typom následnej starostlivosti. K takým službám možno zaradiť pôsobenie **svojpomocných skupín**, v ktorých si vzájomnú pomoc pri riešení osobných, rodinných alebo komunitných problémov poskytujú tí, ktorí nimi trpia. Tvoria komunitu ľudí, ktorí riešia svoje problémy bez účasti odborníka, jej fungovanie má niektoré zhodné rysy so skupinovou psychoterapiou (napr. Klub klientov usilujúcich sa striezlivosť OZ KLUS v Trnave). Dnes najrozšírenejšou svojpomocnou skupinou na svete sú **Anonymní alkoholici (AA)**, založení pred viac ako 70 rokmi, rozšírili sa do 180 krajín a doteraz oslovili viac než 2 milióny členov a získali si uznanie laickej i odbornej verejnosti. Sú známi svojím dvanásťbodovým uzdravovacím programom. Podľa ich vzoru vznikli neskôr ostatné **A-kluby** (napr. *Al-anon – pre partnerov/-ky závislých od alkoholu, Alateen – pre dospievajúcich z rodín, kde sa vyskytuje závislosť od alkoholu, Parent Anonymous – pre rodičov, ktorých deti majú problém s alkoholom, drogami, Narcotics Anonymous – pre ľudí závislých od nealkoholových drog, Gamblers Anonymous – pre patologických hráčov, gamblerov, Overeaters Anonymous – pre osoby s poruchami príjmu potravy*). Ich hlavnou myšlienkou je **pomoc sebe samému prostredníctvom poskytovania pomoci niekomu ďalšiemu**. Pacient sa ešte donedávna chápal ako nezasvätený laik, pasívny objekt starostlivosti, neproduktívna či dokonca rušivá súčasť

profesionálnej starostlivosti. V súčasnosti sa už aj na základe rôznych výskumov prikladá poznaniam a skúsenostiam laikov veľký význam. Najnovšie výskumy a skúsenosti dokázali, že ak sa nedarí už "odliečených" závislých zapojiť do doliečovacích aktivít, znižuje sa percento ich úspešnej abstinencie.

Z úplne prvých článkov systému starostlivosti o drogovu závislých sú považované **terénne programy**. Filozofia terénnej práce vychádza z prístupu „public health“ (**ochrana zdravia verejnosti**). Zlyhanie užívateľov formou relapsu prípadne úplná recidíva v užívaní môže viesť klientov zotrvať v užívaní drog. Užívateľovi chýba vlastná motivácia k rozhodnutiu, resp. prostredie, prípadne okolnosti, ktoré u neho nastali v aktuálnej životnej etape, mu neumožňujú skončiť so závislosťou. V takýchto prípadoch je účinnejšie poskytovať užívateľovi také služby, ktoré umožňujú redukovať škody spôsobené závislým správaním, ide o **princíp harm reduction**, ktoré sa najčastejšie naplňajú práve formou **streetworku** (práce s klientmi priamo v ich prirodzenom prostredí – ulica, sídlisko, komunita) a **nízkoprahových kontaktných centier**. Tieto formy pomoci radíme do terciárnej prevencie napriek tomu, že nejde o stav vyliečenia alebo abstinencie, pretože ide o *udržiavanie stavu klienta*. Tento prístup vzhľadom na jeho novosť býva pri zavádzaní do praxe sprevádzaná množstvom predsudkov. Ich objasnenie vyžaduje viac priestoru, preto mu budeme venovať priestor v samostatnej kapitole (pozri kapitolu 11).

Otázky a úlohy:

1. *Objasnite možnosti v systéme prevencie závislostí na úrovni obcí a miest.*
2. *Vysvetlite význam zapojenia zložiek tretieho sektora v systéme prevencie závislostí.*

Použité pramene

AA Združenie v SR: *12 krokov AA*. In: Kroky [online]. 2008. [cit. 2011-02-20]. Dostupné na internete:

Asociácia klubov abstinujúcich Slovenska (Askas. sk) [online]. 2009. [cit. 2012-08-04]. Dostupné na internete: <<http://www.askas.sk/index.php/onas>>.

Centrum pre liečbu drogových závislostí. [online]. 1998. [cit. 2012-08-04]. Dostupné na internete: <<http://www.drogy.sk/cpldz/>> .

ČAVAROVÁ, J.: *Riešenie problému liečby a prevencie drogových závislostí v podmienkach väznenstva Slovenskej republiky*. http://www.infodrogy.sk/drogyUserFiles/File/Prevencia_IVB_web.pdf

Činnosť referátov poradensko-psychologických služieb. [online]. [cit. 2012-07-13]. Dostupné na: http://www.upsvar.sk/buxus/generate_page.php?page_id=13517

GALLA, M. a spol.: *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí*. Úrad vlády České republiky, 2005, ISBN 80-86734-38-2, s.156

HELLER, J. – PECINOVSKÁ, O.: *Závislost známa neznáma*. Grada, 1996. s. 162. ISBN 80-7169-277-8

HIČÁROVÁ, T. – KROŠLÁKOVÁ, M. – KIŠŠOVÁ, L. – SEGEŠOVÁ, M.: *Závěrečná správa projektu „Stav a dostupnost substitučnej terapie na Slovensku“*. Úrad vlády SR, 2011. 40 s.

HUNT, N. 2003. *Pokrokové zmyšľanie o drogách. Prehľad prístupov "harm reduction" k užívaniu drog založený na dôkazoch*. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti – Open Society Foundation, 2003. 58 s. ISBN 80-969271-0-8

HUPKOVÁ, I.: *Prevencia drogových závislostí a kultúrno-osvetová práca*. In: *Sociálna prevencia*, 4/2009. ISSN 1336-9679, s. 21 – 24. Dostupné online. http://www.infodrogy.sk/drogyUserFiles/File/Prevencia_IVB_web.pdf

- MATULA, Š.: *Koncepcia prevencie sociálno-patologických javov u detí a mládeže v pôsobnosti rezortu MŠ SR na obdobie rokov 2007 – 2010* [online]. Dostupné na <http://www.cpppap.sk/data/Koncepcia%20prevencie.pdf>
- McVINNEY, D. – VAJRÍNČIKOVÁ, L. – SARANG, A.: *Úvod do harm reduction. Príručka pre učiteľa*. Bratislava, 2005. ISBN 80-969271-2-4
- Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009 – 2012*. Bratislava: ŠEVT a. s., 2009. 56 s. ISBN 978-80-8106-026-7
- Národná správa pre EMCDDA* [online]. 2004, [cit. 2012-12-03]. Dostupné na internete: <http://www.infodrogy.sk/narodnasprava/index.cfm?module=ActiveWeb&page=Webpage&s=05parta121>
- NEŠPOR, K. – CSÉMY, L. – PERNICOVÁ, H.: *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí*. Praha: Sportpropag, 1998. 108 s.
- NEŠPOR, K. – CSÉMY, L.: *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Praha, 2003. 83 s.
- NEŠPOR, K. – CSÉMY, L.: *Průchozí“ drogy. Co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. Praha: Státní zdravotní ústav v nakladatelství Fortuna, 2002. 28 s.
- NEŠPOR, K. – CSÉMY, L. – PERNICOVÁ, H.: *Problémy s návykovými látkami vo školním prostředí. Časná a krátká intervence*. Praha: Sportpropag, 1998.
- NEŠPOR, K. et al.: *Zásady efektivní primární prevence*. Praha, 1999.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6
- NEŠPOR, K.: *Alkohol, drogy a vaše děti*. 5. revidované vydanie. Praha, 2003. 85 s. ISBN 80-7178-085-3
- NEZA [online]. 2007. [cit. 2012-08-04]. Dostupné na internete: <<http://www.prevencianeza.sk/charakter.php>>.
- NIKLOVÁ, M. – KAMARÁŠOVÁ, L.: *Sociálny pedagóg a prevencia sociálnopatologických javov*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2007. 162 s. ISBN 978-80-8083-468-5
- NOVÁKOVÁ, D.: *Prevencia nelátkových závislostí v materských školách a na prvom stupni základných škôl v programe zdravý spôsob života a prevencia závislostí*. Sociálna prevencia [online] September, 2008 [citované 13.5.2009]. Dostupné na: <<http://www.nocka.sk/uploads/r2/QX/r2QXKTKtNV0HIZNPHIxPqA/Prevencia-1-nelatkove-zavislosti.pdf>>. ISSN 1336-9679
- NOVÁKOVÁ, J.: *Ochrana a podpora zdravia detí a mládeže v súčasných podmienkach slovenského zdravotníctva*. [online]. [cit. 2012-12-03] http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=1340:ochrana-a-podpora-zdravia-deti-a-mladee-v-suasnych-podmienkach-slovenskeho-zdravotnictva&catid=63:deti-a-mlade&Itemid=70.
- ONDREJKOVIČ, P. – POLIAKOVÁ, E. et al.: *Protidrogová výchova*. Bratislava: VEDA, SAV, 1999. ISBN 978-80-224-0553-1
- Resocializácia – hľadanie cesty k sebe samému* [online]. 2004. [cit. 2012-12-03]. Dostupné na internete: <http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/d/resocializacia/>
- RILEY, D. – O'HARE, P.: Harm reduction: History, definition, and practice. In: *Harm reduction. National and international perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. Dostupné na internete v angličtine: http://www.camh.net/Public_policy/Public_policy_papers/harmreductionbackground.html, s. 1 – 26.
- ROZKAZ č. 7 o vzdelávaní a organizovaní záujmových aktivít a aktivít vo voľnom čase obvinených a odsúdených* Podľa § 9 ods. 4 RMS č. 4/2007, ktorým sa vydáva Organizačný poriadok Generálneho riaditeľstva Zboru väzenskej a justičnej stráže v znení neskorších prepisov. [online]. Dostupné na: <http://www.zvjs.sk/index.php?legislativa>.

SCHAVEL, M. et al.: *Sociálna prevencia*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. 266 s. ISBN 978-80-89271-22-1

SLOVÍKOVÁ, M.: *Súčasný stav prevencie v SR z pohľadu rezortu školstva* [online]. 2006. [cit. 19-04-2012]. Dostupné na internete: [DOC] [Súčasný stav prevencie v SR z pohľadu rezortu školstva](#).

Sociálna kuratela detí. [online]. [cit. 2012-07-12]. Dostupné na: http://www.upsvar.sk/socialne-veci-a-rodina/socialna-kuratela/socialna-kuratela-deti.html?page_id=12842

Stratégia prevencie kriminality v Slovenskej republike na roky 2007 – 2010. Rada vlády SR pre prevenciu kriminality. Ministerstvo vnútra SR, 2007. 67 s.

Výchovné opatrenia. [online]. [cit. 2012-07-14]. Dostupné na: http://www.upsvar.sk/socialne-veci-a-rodina/socialno-pravna-ochrana-deti/opatrenia-na-zabezpecenie-ochrany-zivota-zdravia-a-vyvinu-dietata/vychovne-patrenia.html?page_id=1205

Zbierka zákonov č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov [online]. [cit. 2012-08-01]. Dostupné na: http://www.upsvar-zv.sk/zakony/448_2008.pdf

Zdravotníctvo [online]. [cit. 2012-12-03]. Dostupné na internete: http://www.infodrogy.sk/narodnasprava/downloads/narodna_sprava04.pdf

ZDRUŽENIE ABSTINENTOV SLOVENSKA [online]. 2006. [cit. 2012-08-04]. Dostupné na internete: <http://www.abstinenti.sk/>.

11 Využitie prístupu harm reduction v prevencii závislostí

Definovanie pojmu „harm reduction“ sa neustále mení, rovnako ako sa menia spôsoby intervencií a postupne sa uplatňuje v rámci rozmanitých komunit. Pojem „harm reduction“ sa stal univerzálne zaužívaným pojmom. Konečná a striktná definícia „harm reduction“ neexistuje (Hunt et al., 2003).

Jedna z prvých definícií hovorí, že termínom „harm reduction“ sa označuje *typ verejnej politiky a programy, ktorých hlavným cieľom je znižovať škody spojené s užívaním drog*. Ich hlavnou vlastnosťou je zameranie sa na prevenciu poškodení spojených s užívaním drog. Koncept „harm reduction“ diferencuje škody na úrovniach komunitnej, spoločenskej a individuálnej a rôzne typy škôd – zdravotné, ekonomické a spoločenské (Newcombe, 1992, In: Hunt et al., 2003).

Ďalšia definícia má korene v Kanade (Riley – O'Hare, 2000) a hovorí, že rozhodujúcou prioritou „harm reduction“ je zníženie negatívnych následkov užívania drog. Tento prístup je možné dať do protikladu s abstinénčne zameraným prístupom, politikou, ktorá dominuje v Severnej Amerike a ktorá zdôrazňuje zníženie prevalencie (štatistický číselný, najčastejšie percentuálny termín) užívania drog. „Harm reduction“ sa snaží znížiť problémy spojené s užívaním drog a uvedomuje si, že abstinencia nemusí byť pre niektorých jednotlivcov realistickým, ani očakávaným cieľom – predovšetkým z krátkodobého hľadiska. To ale neznamená, že „harm reduction“ a abstinencia sa vzájomne vylučujú. Ide len o fakt, že abstinencia nie je jediným akceptovateľným alebo významným cieľom. „Harm reduction“ kladie dôraz na postupnosť cieľov, a preto je tento prístup charakterizovaný pragmatikou.

Čakanie na to, aby sa ľudia stali „čistí“ skôr, než sa im pomôže, alebo odmietanie poskytovania služieb, kým títo jednotlivci nezačnú abstinovať, sa pokladalo za neetické. Harm reduction v praxi zodpovedá etike sociálnej práce, ako aj štandardom verejného zdravia. K hlavným zámerom patrí aj snaha pracovať a venovať sa populáciám, ako sú marginalizovaní užívatelia drog, pričom abstinencia sa nepresadzuje ako prvoradý cieľ, pretože väčšina liečebných programov zameraných na prácu s užívateľmi drog pracuje s motivovanými užívateľmi, ktorí sa chcú drog vzdať.

„Harm reduction“ má svojich kritikov. Napriek tomu, že tento prístup je zakotvený na princípoch verejného zdravia a možno ho seriózne podložiť dôkazmi, niektorí ľudia majú výhrady voči a) jeho účinnosti, b) jeho vplyvom a c) jeho zámerom. Ako uvádza N. Hunt (1993), medzi najčastejšie výhrady sa spomínajú tieto tvrdenia:

„*Harm reduction*“ *nefunguje*: a to aj napriek množstvu výskumných zistení dokazujúcich, že sú efektívne (spôsobujú zníženie výskytu HIV a pod.).

„*Harm reduction*“ *udržiava závislých v stave*, „*v akom sa momentálne nachádzajú*“ o opaku presvedčajú viaceré výskumné zistenia, napr. metadonovej liečby v porovnaní s inými alternatívnymi postupmi v liečbe, resp. odopretie akejkoľvek pomoci, tzv. metóda tvrdého dna.

„*Harm reduction*“ *podporuje užívanie drog*: vysliela zlý signál a podkopáva iniciatívy primárnej prevencie. Viaceré štúdie skúmali hypotézu, či zavedenie týchto programov zvyšuje užívanie drog. Nenašli dôkazy, ktoré by uvedené tvrdenie podporili (Watters a kol. 1994; Normand et al. 1995; Paone et al. 1995). Každý výskum však čelí námietke, že užívanie drog je dynamický fenomén, ktorý má nezávisle klesajúcu a rastúcu tendenciu v priebehu časového obdobia. Prisudzovanie alebo zamietanie tejto kauzality je zložité pre kritikov aj pre obhajcov (Hunt, 2003, s. 15).

„*Harm reduction*“ *je „trójskym koňom“ pre reformu drogovej legislatívy*: býva považovaný za skrytý zámer pre dosiahnutie reformy drogovej legislatívy a presadenie legalizácie drog. Nesporným faktom je, že niektorí obhajcovia „harm reduction“ sú zároveň obhajcami

reformy drogovej politiky a vytvorenia istej formy legálneho, regulovaného trhu s niektorými alebo všetkými drogami. *Niektorí zástancovia „harm reductio“ by argumentovali (a argumentujú), že drogová politika (vrátane prevládajúceho systému prohibície drog) by sa mala utilitárne posúdiť a mali by sa vyhodnotiť náklady a prínosy prohibície. Tento proces by tiež pomohol založiť drogovú politiku na dôkazoch o tom, čo funguje najlepšie*“ (Hant, 1993, s. 16). Mnohí zástancovia „harm reduction“ by však takémuto vývoju protirečili. Ďalší by odmietali riešenie otázky drog v rámci trestného zákona, ale ponechali by tresty v rámci občianskeho práva. Zástancovia „harm reduction“ nie sú zatiaľ v tejto téme jednotní

11.1 Ciele, princípy a stratégie harm reduction

Z historického hľadiska bolo hlavným podnetom na vytvorenie politiky a programov „harm reduction“ zistenie úlohy, ktorú pri prenose HIV/AIDS zohráva injekčné užívanie. Hlavným cieľom „harm reduction“, ako sme už spomínali, je **znižovanie škôd spojených s užívaním drog**, a preto na dosiahnutie týchto cieľov treba uskutočňovať aktivity v nasledovnej hierarchii (Hunt et al., 2003):

- Znižovanie počtu prípadov spoločného používania injekčných pomôcok;
- Znižovanie počtov prípadov injekčnej aplikácie;
- Znižovanie pouličných drog;
- Znižovanie užívania drog na predpis;
- Zvyšovanie abstinencie od všetkých typov užívania drog.

Od 80-tych rokov sa ľudia sympatizujúci s prístupom označovaným ako „harm reduction“ sústredili do sociálneho hnutia. Jeho vytvorenie iniciovala prvá *Konferencia o znižovaní škôd spojených s drogami* (Conference on the Reduction of Drug Related Harm), ktorá sa uskutočnila v roku 1990 v Liverpoole. Potom vznikla *Medzinárodná asociácia pre znižovanie škôd spojených s užívaním drog* (International Harm Reduction Association-IHRA) ako interdisciplinárna organizácia, ktorej cieľom bolo presadzovať politiku „harm reduction“ po celom svete. Za primárny cieľ považuje znižovanie negatívnych zdravotných, spoločenských a tiež ekonomických následkov psychotropných látok pre jednotlivcov, ich rodiny a komunity.

N. Hunt (2003, s. 9) uvádza, že prístup harm reduction:

- sa vyhýba zveličovaniu škôd spojených so zneužívaním drog;
- pristupuje k užívateľom drog s úctou ako ku každej inej ľudskej bytosti;
- maximalizuje možnosti prevencie;
- je založený na zoradení dosiahnuteľných cieľov podľa priorít;
- je neutrálny, pokiaľ ide o legalizáciu alebo dekriminalizáciu;
- dištancuje sa od vojny proti drogám.

Princípy harm reduction

Princípy znižovania škôd spojených s užívaním drog, napríklad pragmatizmus, so zameraním sa na najbližšie dosiahnuteľné ciele sa bežne aplikujú na mnohé príčiny škôd. V tomto zmysle sa prístup harm reduction neodlišuje od spôsobu bežného zvládania rizík v mnohých iných oblastiach ľudskej činnosti.

Medzi **hlavné princípy harm reduction** v prevencii závislostí zaradujeme:

- **Pragmatizmus:** „harm reduction“ rešpektuje, že istá miera užívania psychoaktívnych látok patrí medzi zvyčajné aspekty skúseností človeka. Užívanie drog v sebe nesie riziko, ale súčasne poskytuje užívateľovi prínosy, ktoré je nevyhnutné zohľadniť, ak má prísť k pochopeniu užívania drog. Z hľadiska komunity môže byť pragmatickejšou alebo

schodnejšou možnosťou kontrola a zmiernenie škôd spojených s drogami ako úsilie zamerané na kompletnú elimináciu ich užívania.

- **Humanistické hodnoty:** rozhodnutie užívateľa drog brať drogy je prijaté ako fakt. Avšak to neznamená súhlas s užívaním drog. Nezaujíma sa žiadny moralistický postoj odsudzujúci alebo podporujúci užívanie drog bez ohľadu na mieru užívania alebo spôsob. Rešpektuje sa právo užívateľa drog a jeho dôstojnosť.
- **Zameranie sa na škody:** skutočnosť alebo miera užívania drog má druhoradý význam v porovnaní s rizikom škôd vychádzajúcich z užívania. Škody, ktoré tvoria jadro záujmu, sa môžu týkať zdravotných, sociálnych, ekonomických poškodení, ktoré môžu ovplyvňovať jednotlivca, komunitu a spoločnosť ako celok. Prvoradou prioritou je zníženie negatívnych následkov užívania drog pre užívateľa a ostatných, a nie znížovanie užívania drog ako takého. „Harm reduction“ nevyklučuje ani nepredpokladá dlhotrvajúci cieľ abstinencie. Jednou z najefektívnejších foriem „harm reduction“ môže byť znížovanie miery užívania. V iných prípadoch môže byť účinnejšia zmena spôsobu užívania.
- **Vyváženie nákladov a prínosov:** s cieľom zabezpečiť vynakladanie prostriedkov na riešenie prioritných problémov sa meria a posudzuje relatívny význam problémov spojených s drogami, škôd spojených s ich užívaním a nákladov/výnosov intervencie. Rámec analýzy presahuje momentálne záujmy užívateľov v snahe zohľadniť širšie záujmy spoločnosti a komunity. Postupy „harm reduction“ sa teoreticky uplatňujú pri hodnotení v porovnávaní s inými typmi intervencií. V praxi sú hodnotenia komplikované vzhľadom na množstvo premenných, ktoré treba skúmať z krátkodobého aj dlhodobého hľadiska.
- **Priorita okamžitých cieľov:** vo väčšine programov „harm reduction“ existuje postupnosť aktuálnych cieľov, ktorých úlohou je pro-aktívne zapojiť jednotlivcov, cieľové skupiny a komunity do riešenia ich akútnych potrieb. Dosiachnutie okamžitých a najreálnejších cieľov sa obyčajne vníma ako prvý krok k „užívaniu bez rizika“, prípadne k abstinencii.

Glenn Backes (1997) zdôrazňuje **šesť základných princípov harm reduction:**

- Harm reduction presadzuje, že niektoré spôsoby užívania drog sú bezpečnejšie ako iné.
- Harm reduction presadzuje, že abstinencia drog nie je vždy najvhodnejším alebo najdôležitejším cieľom.
- Harm reduction pracuje s ľuďmi tam, kde práve sú.
- Harm reduction presadzuje, že užívatelia drog sú schopní riadiť svoje životy a zmeny správania.
- Harm reduction pravidelne angažuje užívateľov drog do koncipovania a poskytovania služieb a stratégií pomoci, určených práve pre nich.
- Harm reduction berie do úvahy prostredie užívateľov. Cieľom je efektivita zásahu.
- Harm reduction je súbor praktických stratégií znižujúcich negatívne dôsledky užívania drog, ktoré zažívajú jednotlivci a komunity.

Stratégie harm reduction

Harm reduction je súbor praktických stratégií znižujúcich negatívne dôsledky užívania drog, ktoré zažívajú jednotlivci a komunity. Medzi prístupy harm reduction patrí spektrum stratégií od bezpečnejšieho užívania drog, cez kontrolované užívanie až po abstinenciu. Prístup a stratégia harm reduction *aktívne zapája užívateľov drog, identifikuje ich potreby a zameriava sa na realizáciu dosiahnuteľných cieľov*. Intervencie harm reduction pre užívateľov drog sa musia realizovať v rámci pozitívnejšieho, **menej kriminalizujúceho**

systému poskytovania služieb. Vyžaduje sa zmena politiky a systém práce na komunitnej úrovni prostredníctvom nasledujúcich premien:

- *Zmeny v tzv. drogovej legislatíve* (vytvorenie verejnej politiky, ktorá sa menej orientuje na trestnoprávny systém).
- *Zníženie miery infekcie HIV* (prostredníctvom prevencie a dostupnosti kondómov a zabezpečenie prístupu k liečbe pre ľudí s AIDS, široko dostupného prístupu k testovaniu, finančne dostupných liekov, prístupu k službám zdravotnej starostlivosti).
- *Príležitosť liečby na požiadanie* (širší prístup k liečbe drogových závislostí, od detoxikácie po metadonovú liečbu, rezidenčné a nemocničné resocializačné programy podľa potreby, bez čakacích listov).
- *Stratégie manažmentu užívania drog* (preskripciu drog lekármi, poskytovanie informácií o bezpečnejšom užívaní).
- *Existencia podporných služieb* (bývanie, akupunktúry a psychosociálneho poradenstva).

11.2 Základné typy programov harm reduction

Medzi programy harm reduction, ktoré sa úspešne realizujú vo svete a len časť z nich aj na Slovensku patria: *programy terénnej sociálnej práce, nízkoprahové zariadenia ako napr. nízkoprahové kluby, nízkoprahové centrá, kontaktné centrá, nízkoprahové nocľahárne a pod., poskytovanie bezplatného očkovania proti ochoreniam, poskytovanie bezplatného a nízkoprahového testovania na ochorenia, užívateľské a injekčné miestnosti pre ľudí, ktorí užívajú drogy, substitučná metadonová a buprenorfínová liečba, preskripcia heroínu a amfetamínov pre ľudí, ktorí žijú so závislosťou od drog, fóra, ktoré združujú ľudí, ktorých sa problémy priamo dotýkajú, ako napr. fóra užívateľov drog, organizácie zriadené ľuďmi pracujúcimi v sexbiznise atď.*

Medzi základné typy programov harm reduction patria:

- programy výmeny ihiel a striekačiek,
- programy heroínu na lekárske predpis a miestnosti na aplikáciu drog,
- program výdaja zdravotníckeho materiálu,
- program injekčných automatov a súprav pre užívateľov,
- program testovania užívateľov na protilátky,
- substitučné programy,
- intervenčné programy u príležitostných užívateľov v kluboch (napr. testovanie tabletiiek),
- ďalšie harm reduction programy (práca s komunitou, sprevádzanie, asistencia).

• **Programy výmeny ihiel a striekačiek**

Najčastejším typom realizovanej služby sú programy výmeny ihiel a striekačiek a distribúcia injekčného materiálu (napr. tampóny, injekčná voda). Tieto programy vznikli ako reakcia na skutočnosť a výsledky štúdií, ktoré potvrdili významnú úlohu spoločného používania ihiel a striekačiek pri šírení krvou prenosných ochorení (napr. vírusu HIV a hepatitíd/žltáčiek). Cieľom je zvýšiť počet injekčných striekačiek a ihiel v obehu, nabádať vrátiť, bezpečne likvidovať použité pomôcky a znížiť počet opakovaných použití, čím sa znižuje pravdepodobnosť šírenia spomínaných ochorení. Programy výmeny ihiel a striekačiek majú rozmanité formy. Ich podobu určuje lokálny a národný kontext, v ktorom existujú. Okrem distribúcie sterilného materiálu sa nízkoprahové programy pre užívateľov nelegálnych drog zameriavajú aj na: distribúciu prezervatívov s cieľom podporovať bezpečnejší sex, komunikáciu s užívateľmi a distribúciu informácií, umožnenie ľahšieho prístupu k liečebným zariadeniam, zdravotným a sociálnym službám v prípade potreby a záujmu zo strany klienta, terénnu prácu. Hlavným cieľom výmenných programov nie je dosiahnuť, aby ľudia prestali užívať drogy, nech by to bol akokoľvek hodnotný a zmysluplný

cieľ, ale výrazne znížiť potenciálne škody spojené s injekčným užívaním drog – infikovanie sa krvou prenosnými infekciami ako HIV a hepatitída C. Štúdie programov výmeny ihliel a striekačiek poukazujú na ďalšie ich prínosy vrátane toho, že viac užívateľov drog sa dožaduje liečby.

Existujú viaceré typy programov výmeny ihliel a striekačiek: stále miesto výmeny (stationary site), mobilné miesto výmeny (mobile exchange site), výmena v teréne (outreach exchange) a sekundárna výmena (secondary exchange). Všetky uvedené typy majú svoje pre a proti a pri zvažovaní intervencie je dôležité ich vziať do úvahy. Dôležitým meradlom efektivity je čo najvyšší počet oslovených užívateľov drog. Cieľom týchto programov je zvýšiť počet používaných sterilných ihliel a striekačiek a znížiť dostupnosť tých použitých.

- *Stále miesto výmeny*

Stále miesto výmeny je osobitne určené miesto, kam prichádzajú injekční užívatelia drog s cieľom zaobstarat' si sterilné injekčné pomôcky. Stále miesta výmeny sú veľmi užitočné, pretože sa tam môžu poskytovať ďalšie služby: drop-in-zóny, poradenstvo, zdravotnícka pomoc, testovanie na HIV a hepatitídu, sociálna pomoc a primárna zdravotná starostlivosť.

- *Mobilné miesta výmeny*

V niektorých miestach slúži ako mobilné miesto výmeny autobus alebo minibus, niekedy dokonca automobil, ktorý sa pohybuje po vopred stanovenej trase a zastavuje v určitý čas na určitých miestach v meste. Mobilné miesta výmeny sú efektívne najmä v mestách s otvorenou drogovou scénou, ako aj vo veľkých mestách, kde mnohí injekční užívatelia drog žijú vo vzdialených oblastiach alebo kde je slabo vyvinutá dopravná infraštruktúra.

- *Výmena ihliel a striekačiek v teréne*

Táto forma intervencie predpokladá, že terénni pracovníci idú do ulíc alebo bytov, distribuujú sterilné ihly a striekačky a zbierajú použité injekčné pomôcky, aby následne zabezpečili ich bezpečnú likvidáciu. Nevýhodou sú poveternostné podmienky a tiež skutočnosť, že pri terénnej práci je mimoriadne náročné zabezpečiť bezpečnosť a ochranu terénnych pracovníkov a dobrovoľníkov. Spomínaná stratégia môže byť veľmi úsporná, keď si organizácie nemôžu dovoliť financovať program mobilnej výmeny ihliel a striekačiek.

- *Sekundárne programy VIS*

Sekundárna výmena je stratégia výmeny ihliel a striekačiek, ktorá do značnej miery závisí od tzv. sekundárnych sietí. Táto forma sa osvedčila najmä v mestách, v ktorých sa presadzujú veľmi represívne drogové politiky a kde je užívanie drog stigmatizované a kriminalizované, a preto je pre užívateľa veľmi ťažké opustiť svoj dom. V tejto situácii je možné realizovať programy VIS prostredníctvom siete dobrovoľníkov, ktorí tiež tvoria súčasť komunity užívateľov drog a stretávajú sa s množstvom ľudí v rovnakej situácii („peers“ – môže ísť o obchodníkov s drogami alebo užívateľov drog s mnohými kontaktmi).

- *Ostatné typy sekundárnej výmeny ihliel a striekačiek*

Ihly a striekačky sa okrem distribúcie prostredníctvom sietí užívateľov drog/dílerov môžu distribuovať aj prostredníctvom iných existujúcich sietí, napr. prostredníctvom lekární a zdravotníckych zariadení. Sterilné ihly sa poskytujú zadarmo výmenou za použité ihly alebo podobne ako v predchádzajúcich typoch výmeny ihliel a striekačiek v balíku s inými preventívnymi pomôckami (napr. prezervatívami, sterilnými varičmi, vodou na injekčnú aplikáciu, kyselinou askorbovou, dezinfekčnými a suchými tampónmi, filtrami). Takéto prístupy sú efektívne, lebo užívatelia nemusia po ihly, striekačky a ostatné pomôcky cestovať do vzdialených miest, môžu ich dostať bližšie k miestu bydliska. Ďalšou výhodou je skutočnosť, že lekárne a zdravotnícke zariadenia môžu byť otvorené 24 hodín denne.

Preskripcia heroínu na lekársky predpis

Medicínska preskripcia farmaceutického heroínu (diamorfinu) osobám závislým od heroínu sa v niektorých krajinách považuje za pomoc pri riešení „heroínového problému“

s potenciálnym prínosom pre závislého jednotlivca aj spoločnosť. Napriek prínosom perorálne podávaného metadonu niektorí ľudia oň nejavia záujem. Neláka ich liečba alebo počas liečby nemia výrazným spôsobom svoje správanie. Preto vznikol kontroverzný návrh predpisovať farmaceutický heroín ako substitučnú drogu namiesto nelegálneho heroínu (Hunt, 1993, s. 34). Takýto program sa osvedčil vo Veľkej Británii, Švajčiarsku, Holandsku. Napriek obmedzeným výskumným možnostiam v prospech programu preukazuje svoju úspešnosť. Cieľom poskytovania drog/liekov na lekárske predpis je prevencia abstinenčných príznakov a redukcia alebo eliminácia užívania drog/liekov bez predpisu.

Injekčné alebo aplikačné alebo užívateľské miestnosti

Pomerne novým spôsobom práce harm reduction sú tzv. bezpečnejšie priestory injekčnej aplikácie alebo „centrá konzumácie“ (consumption rooms). Tieto výrazy označujú verejné zdravotnícke alebo sociálne zariadenie, ktoré poskytuje priestory užívateľom drog, kde môžu užívať drogy pod dohľadom lekára a sociálnych pracovníkov, a tým znížiť zdravotné a sociálne riziká spojené s drogami.

Na rozdiel od substitučnej liečby si klienti môžu priniesť a užívať vlastné nelegálne drogy. Zvyčajne dostanú sterilné injekčné pomôcky, informácie o drogách a zdravotnej starostlivosti a lekársku pomoc. V niektorých priestoroch sa poskytuje poradenstvo, ako aj hygienické a ostatné služby bezdomovcom a chudobným ľuďom. Väčšina z uvedených zariadení má k dispozícii resuscitačné prístroje a kyslíkové masky pre urgentné prípady s cieľom predísť predávkovaniu so smrteľným následkom, sú vybavené aj Naloxonom (opiát s antagonistickým účinkom, ktorý blokuje niektoré mozgové receptory, vďaka čomu sa používa na oživenie predávkovanej osoby a na diagnostiku predávkovania opiátmi). Cieľom poskytovania drog/liekov na lekárske predpis je prevencia abstinenčných príznakov a redukcia alebo eliminácia užívania drog/liekov bez predpisu.

Cieľom „injekčných miestností“ je znížiť škodu užívateľovi aj širšej komunite. Pre užívateľa to znamená najmä zníženie možnosti predávkovania, prevencia infekcie HIV, hepatitídy typu B a C, zníženie poškodenie žíl, lepšia dostupnosť liečenia, poskytovanie sociálnej podpory a opätovné začlenenie sa do spoločnosti. Pre spoločnosť ide najmä o zníženie odhodných použitých striekačiek a ihliel a ostatného odpadu súvisiaceho s užívaním drog, zníženie otvorenej drogovej scény a injekčnej aplikácie na verejnosti.

Výdaj zdravotníckeho materiálu

Ako uvádza F. Kováčik (2010, s. 46), výdaj zdravotníckeho materiálu úzko súvisí so službou výmeny ihliel a striekačiek. Úlohou výdaja zdravotníckeho materiálu je eliminovať rizikovú prípravu drog, ako aj samotnú aplikáciu drog a rovnako znížiť ďalšie zdravotné riziká spojené s aplikáciou drog.

Medzi najzákladnejší zdravotnícky materiál vydávaný užívateľom drog aplikujúcich si látku injekčne patrí: alkoholový tampón, suchý tampón, kyselina askorbová, gél alebo masť s obsahom vitamínu E, injekčná voda, výdaj naloxonu, filtre, škrtidlá, steri cup, dezinfekčné prostriedky. Rôznorodosť a typ vydávaného zdravotníckeho materiálu sa môže odlišovať v závislosti od typu poskytovanej služby, od potrieb užívateľov, spôsobu aplikácie drogy a typu užíwanej drogy. (Kováčik, 2010, s. 47.) Ich použitie opisuje F. Kováčik (2010, s. 46 – 47) takto: „Alkoholový tampón sa vydáva injekčným užívateľom drog ako prevencia proti zaneseniu nečistôt a infekcií z kože do rany. Slúži na dezinfekciu miesta pred aplikáciou do žily alebo svalu. Suchý tampón sa vydáva injekčným užívateľom drog na prekrytie rany/miesta po vpichu aplikácii drog. Slúži ako ochrana pred zanesením nečistôt do rany po aplikácii drogy. Kyselina askorbová sa vydáva injekčným užívateľom drog aplikujúcim si hnedý heroín. Hnedý heroín na rozpustenie potrebuje činidlo, ktorou je kyselina. Užívateľa drog často používajú na tento účel kyselku, citrónovú šťavu, ocot, čím si spôsobovali časté

poškodenia organizmu zanesením flegmónov do krvného riečiska. Kyselina askorbová je čistá forma prášku bez ďalších nebezpečných prímiesí používajúca sa vo farmácii. Rozdávaním tejto kyseliny sa eliminujú riziká hlavne s možnosťou zanesenia flegmónov do krvného riečiska. Gél alebo masť s obsahom vitamínu E sa vydáva injekčným užívateľom drog na zachovanie pružnosti ciev a ako ochrana pred tvrdnutím a praskaním ciev. Injekčná voda sa vydáva injekčným užívateľom drog na zriedenie a rozpustenie drogy. Užívateľia na riedenie drogy používajú rôzne typy vôd alebo tekutín, a to od vody v stojacej mláke, jazere, vodu z verejného vodovodu, destilovanú vodu, čím si do organizmu pri injekčnej aplikácii vpravujú množstvo mikroorganizmov, chemických látok a nečistôt, a tým zvyšujú riziko rôznych zdravotných poškodení. Injekčná voda je fyziologický roztok zložením príbuzný telovým tekutinám, ktorý je sterilný, a pri jeho používaní sa znižujú riziká zdravotného poškodenia organizmu. Filtre sa používajú na zabránenie natiiahnutia nerozpustných častí pripravenej drogy do striekačky a jej následnou aplikáciou do žily. Tým sa znižuje riziko upchávania ciev, ich tvrdnutie, praskanie alebo v horších prípadoch nedokrvenie niektorej časti organizmu. Škrtdlá používajú užívateľia drog na zvýraznenie žíl pred injekčnou aplikáciou drogy. Steri cup je nádoba na jednorazovú prípravu a ohriatie drogy pred jej aplikáciou. Užívateľom drog sa vydáva za účelom zníženia možnosti prenosu infekčných ochorení, najmä ak pri príprave drogy zdieľajú pomôcky na prípravu a aplikáciu drogy. Dezinfekčné prostriedky sa vydávajú injekčným užívateľom drog v programoch harm reduction, kde legislatíva neumožňuje priamu výmenu ihl a striekačiek alebo ak je nedostatok ihl a striekačiek. Ide napríklad o väznice v Rakúsku, niektoré krajinské oblasti Spolkovej krajiny Nemecko atď. K ďalšiemu materiálu, ktorý vydávajú organizácie v rámci služieb harm reduction, patria aj mužské a ženské kondómy a lubrikačné gély“.

Injekčné automaty a súbavy pre užívateľov

Injekčné automaty sú ďalšou službou určenou pre užívateľov drog, ktorí potrebujú na aplikáciu drogy a na jej prípravu potrebný zdravotnícky materiál. Tento typ služby sa zaviedol v Spolkovej republike Nemecko, je realizovaný v programoch, kde nie je možné zabezpečiť pre užívateľov dostupnosť služieb nonstop dvadsaťštyri hodín počas siedmich dní v týždni, a to buď pre časovú, ekonomickú náročnosť služieb, alebo pre nedostatok personálu. Je určený pre injekčných aj neinjekčných užívateľov (napr. šňupací set).

Testovanie užívateľov

Testovanie na protilátky je špecifickou službou harm reduction určenou najmä pre injekčných užívateľov drog. Súvisí so šírením vírusu HIV, hepatitídy typu B a C medzi užívateľmi drog, ako aj šírením syfilisu najmä pri užívateľoch, ktorí pracujú v sex biznise. Na základe toho sa používajú testy typu HbsAg, HCV, HIV 1-2, syfilis. Ide o rapid testy, ktoré sú schopné z dvoch kvapiek krvi vyhodnotiť prítomnosť protilátok do pätnástich minút. Pričom sa pri týchto testoch vyskytuje aj falošná pozitivita. Tieto rapid testy sú len orientačné, a preto je potrebné pri akomkoľvek pozitívnom teste urobiť ďalšie odbery krvi, ktoré sa odosielajú do Národného referenčného centra pre jednotlivé choroby alebo do iného relevantného laboratória, ktoré je kompetentné posúdiť a overiť pozitivitu referenčnej vzorky“ (Kováčik, 2012, s. 49).

Substitučné programy

Substitučné látky sú náhradou nelegálnych opiátov používané na substitúciu a detoxikáciu opiátov, používajú sa pri predávkovaní opioidnými analgetikami. Patria sem: Subutex, Metadon, Naltrexon, Buprenofín, LAAM – farmaceutický heroín, Naloxon. Substitučná liečba je vhodná pre klientov závislých na opiátoch, ktorí majú záujem urobiť vo svojom živote zmenu, vedúcu k väčšej stabilizácii v sociálnej, zdravotnej a psychickej oblasti.

Nemusia byť ešte úplne rozhodnutí, že chcú abstinovať. V našich podmienkach je možné poskytovať tieto služby len v službách rezortu zdravotníctva.

Substitučná liečba sa delí podľa dĺžky trvania:

- Dlhodobá udržiavacia substitúcia – klient zatiaľ neuvažuje o abstinencii a v rámci substitučného programu ide o stabilizáciu klientovej životnej situácie a redukcie rizík. Táto forma môže trvať aj niekoľko rokov.
- Krátkodobá substitúcia – predpisovanie substitučného preparátu v rámci detoxikácie, počas ktorého sa telo zbavuje nežiaducich látok. Táto detoxikácia môže trvať niekoľko dní alebo niekoľko mesiacov.

Ciele liečby podľa Prestona:

- udržanie alebo zlepšenie psychického a somatického stavu pacienta
- zastavenie injekčnej aplikácie drogy
- zníženie užívania nezákonných návykových látok
- zníženie rizikového správania pri užívaní návykových látok
- redukcia prenosu infekcie HIV a Hepatitídy
- zníženie kriminality
- zlepšenie rodinných a sociálnych vzťahov
- príprava pred zavedením liečebného režimu, ktorý vedie k detoxikácii a trvalej abstinencii.

Intervencie pri príležitostných užívateľoch v kluboch (napr. testovanie tabletiiek)

Väčšina intervencií v harm reduction programoch sa zameriavajú na ľudí, ktorí užívajú drogy systematicky, pravidelne, ale jedna dôležitá skupina užívateľov drog, ktorá často uniká pozornosti, sú príležitostní a občasní užívatelia drog: tí, ktorí užívajú drogy alebo si ich injekčne aplikujú občas, ktorí majú dlhé intervaly medzi jednotlivými dávkami, ktorí sa nepovažujú za (injekčných) užívateľov drog, a preto len zriedka vyhľadávajú špeciálne služby súvisiace s užívaním drog. Na jednej strane z dôvodu menšej frekvencie a ľahšej povahy užívania je táto skupina menej riziková, pokiaľ ide o možnosť nákazy infekčnou chorobou, poškodenie žíl a ostatné zdravotné riziká. Na druhej strane z toho istého dôvodu si možno menej uvedomujú rôzne riziká spojené s užívaním drog a ich injekčnou aplikáciou, napríklad riziko hepatitídy, HIV, predávkovania. Práve preto je dôležité z hľadiska harm reduction zamerať sa na mladších užívateľov drog a tých, ktorí práve začali experimentovať s drogami, ale aj na starších užívateľov, ktorí si vytvorili vzorce kontrolovaného, občasného užívania drog.

Testovanie drog

Pri testovaní drog v záujme prevencie ide v podstate o testovanie kvality „tanečných“ drog hlavne na tanečných parketoch s cieľom ochrániť konzumentov pred „následkami“ užitia „nekvalitných“ drog. U nás takýto program nie je možné realizovať, pretože slovenská legislatíva a zákony považujú aj „prechovávanie“ drog za účelom testovania za trestné.

Z tanečných drog je najčastejšie užívaná extáza. Takéto tablety môžu mať oproti rizikám obsahu účinnej látky MDMA ešte ďalšie prímеси, ktoré z toxikologického hľadiska môžu byť i veľkým nebezpečenstvom. Už z tohto dôvodu sa stávajú snahy o zistenie skutočného obsahu tabliet “extázy” – nazýva sa testovanie, dôležitou súčasťou projektov zameraných na znižovanie rizík súvisiacich s drogami. Okrem testovania vykonávajú pracovníci týchto nízkoprahových programov aj ďalšie činnosti, ako sú: distribúcia informačných letákov, poradenská činnosť, sprostredkovanie kontaktov na ďalšie nízkoprahové zariadenia, referencie do liečby, drobné zdravotné ošetrenia, pomoc pri prehriatí a sprevádzanie k lekárovi. Testovanie drog je dosiaľ relatívne kontroverznou

metódou znižovania rizík, o čom svedčí jej legislatívne zamietanie na našom území. Preventívne a testovacie programy tanečných drog majú napr. Rakúsko, Belgicko, Holandsko, Nemecko, Španielsko, Francúzsko a Švajčiarsko.

Ďalšie harm reduction programy (práca s komunitou, sprevádzanie, asistencia)

F. Kováčik (2010, s. 57) uvádza, že pre užívateľov drog v rámci programov harm reduction sú poskytované aj ďalšie služby, medzi ktoré zaradujeme:

Nízkoprahové zariadenie, K – centrum, nízkoprahová nocľaháreň sú zariadenia, ktoré v mnohých prípadoch poskytujú aj hygienický servis, najmä pre užívateľov drog, ktorí sú bez stáleho ubytovania. Klient má možnosť využiť sprchy a práčovňu.

Potravinový servis je skôr ojedinelou službou a súvisí s užívateľmi, ktorí stratili prístrešie nad hlavou a sú bez príjmu a možnosti si zakúpiť jedlo. Niektoré služby potravinového servisu hovoria iba o výdaji kávy alebo čaju pre užívateľov drog (ibid.).

Výdaj tekutín je špecifická služba poskytovaná užívateľom takzvaných tanečných drog ako prevencia pred dehydratáciou. U nás táto služba existuje najmä počas veľkých open air festivalov hudby (Pohoda a pod.).

Vzdelávanie, poradenstvo, informačné kampane – súčasťou práce streetworkerov na ulici je naučiť klienta bezpečnejšie užívať drogy a bezpečnejší sex. Poskytujú im na to základné materiály, v ktorých nachádzajú dôležité primerane spracované informácie, zamerané na konkrétny ohrozujúci jav (jednotlivé typy infekčných ochorení, poškodzujúce spôsoby intravenózneho užívania a pod.). U nás existujú dva typy streetworku: stacionárny a mobilný.

Komunitná práca s užívateľmi drog – s výmennými programami úzko súvisia a niekedy sú s nimi prepojené terénne programy založené na práci v komunite. V rámci komunitných terénnych programov sa nemusia nutne distribuovať ihly a striekačky. Ich cieľom je nadviazať bezprostredný kontakt s injekčnými užívateľmi drog, poskytovať literatúru a informácie o znižovaní rizika HIV, distribuovať kondómy a bielizna na účely dezinfekcie ihliel a striekačiek (predovšetkým tam, kde nefungujú výmenné programy), propagovať výučbu a znižovanie rizika šírenia HIV cez lídrov „sietí“, odporúčať rôzne typy služieb, zlepšovať prístup k posudzovaniu miery rizika a testovaniu HIV, poskytovať poradenstvo a podporu organizovania sa v rámci komunity. Medzi typický prostriedok komunitnej činnosti patrí tvorba a distribúcia komunitného časopisu (členovia komunity ho vytvárajú a streetworkeri texty spracovávajú, množia, distribuujú). Výskumné zistenia naznačujú, že komunitná terénna práca tvorí významnú zložku celkového prístupu (Hant, 2003, s. 22).

Organizácie užívateľov drog – pri presadzovaní a rozvíjaní intervencií (napr. výmeny ihliel a striekačiek, terénnej práce, podpory osôb v rovnakej situácii a vzdelávania) zohrávajú kľúčovú úlohu organizácie užívateľov drog. Rozdiel medzi týmito organizáciami a ostatnými službami harm reduction podporovaných verejným sektorom zdravotníctva spočíva v tom, že tieto organizácie sa nezakladajú v rámci programu zdravotníckych alebo sociálnych služieb, ale ich zakladajú nezávisle samotní užívatelia drog. Uvedené organizácie sa venujú nielen otázkam zdravotnej starostlivosti, ale aj širokej škále iných problémov užívateľov drog vrátane právnych, spoločenských a ekonomických otázok. V niektorých krajinách tieto skupiny spolupracujú s políciou, zákonodarcami a inými odborníkmi, poskytujú im tréning a informácie o harm reduction a upozorňujú na význam úctivého a civilizovaného zaobchádzania s užívateľmi drog. Väčšinou ide o organizácie pre ľudské práva, ktoré ostro reagujú na všetky prípady porušenia ľudských práv a presadzujú právo na rovnaké zaobchádzanie. Ciele, ktoré si vytýčili organizácie užívateľov drog, sa často podobajú cieľom služieb zdravotnej starostlivosti, a preto sa môžu stať dôležitými partnermi pri prevencii a znižovaní škôd spojených s užívaním drog.

Sociálna asistencia (sprevádzanie) – je jeden z možných programov, ktorý pomáha klientom, ktorí nie sú dostatočne sociálne zruční a nie sú schopní sami vyhľadať adekvátnu pomoc na riešenie ich problému. V rámci tohto programu streetworkeri sprevádzajú klienta a pomáhajú mu pri registrovaní a využívaní služieb v úradoch, na polícii, v nemocniciach. Dôležité je klienta správne motivovať, aby sa sám snažil v rámci svojich možností a schopností riešiť svoje problémy, miera zodpovednosti zostáva na ňom.

11.3 Špecifiká vybranej klientely harm reduction

Väčšina programov harm reduction prebieha v rámci komunity a je dostupná bežnej populácii užívateľov drog. Jestvujú ale osoby, ktoré vyžadujú osobitný prístup, z uvedených subkultúr, bližšie spomenieme užívateľov drog vo väzenskom prostredí, osoby pracujúce v sexbiznise a osoby etnických a minoritných skupín.

• Užívateľia drog vo väzení

Extrémne rizikovým prostredím z hľadiska prenosu HIV sú väznice. Vysoké percento osôb, nakazených vírom HIV je spojené vo väčšine prípadov so spoločným používaním injekčných prostriedkov a nechránenými sexuálnymi stykmi. Počet osôb, ktoré spoločne používajú injekčné striekačky, je vyšší ako medzi injekčnými užívateľmi, ktorí žijú na slobode (s. 15).

Európska kancelária WHO odštartovala v roku 1995 projekt „Zdravé väznice“ s cieľom vytvoriť sieť štátov z európskeho regiónu WHO, ktoré sú ochotné participovať na riešení problémov verejného zdravia vo väzniciach (2006, s. 17). Projekt WHO „Zdravé väznice“ sa opiera pre účely projektu o definíciu harm reduction: „Termín harm reduction vo vzťahu k ochrane verejného zdravia vo väzniciach označuje prístup, ktorého cieľom je predchádzať negatívnym zdravotným dosahom, súvisiacim s určitým typom správania, s pobytom vo väzení a s preplnenosťou väzníc, ako aj negatívnym dosahom na duševné zdravie, prípadne tieto dosahy znižovať“ (ibid., s. 19). Jednou z najrozšírenejších metód v rámci Európy je poskytovanie informácií väzňom a personálu vo väzniciach o chorobe HIV/AIDS a spôsobe jeho prenosu.

Ďalším problémom, ktorý rieši harm reduction, je detoxikácia a substitučná terapia. Existujú dôvody na zváženie používania substitučnej terapie vo väzniciach:

- problémy s dodržiavaním poriadku a problémy, ktoré pre personál vznikajú v priebehu odvykávania od drogy,
- nárast miery samovrážd a sebapoškodzovania,
- význam rovnakých podmienok pri poskytovaní liečby vo väzniciach a v spoločnosti ako celku,
- snaha poskytovať klinické služby v súlade s medzinárodne uznávanými štandardmi,
- riziko smrteľného predávkovania v prvých dňoch po prepustení z väzenia. (ibid., s. 25).

Jedným z ďalších programov, ktoré sa začali používať vo väzniciach na zníženie rizík s užívaním drog, je program, v ktorom sa distribuuje bielidlo a propaguje sa jeho používanie. Na základe Pozičného dokumentu o drogách, väzeniach a harm reduction (2006) sa vo väzenskom systéme odporúča:

- akceptovať význam informovanosti o škodlivých dôsledkoch užívania drog,
- prijímať nových väzňov závislých od drog so zreteľom na ich potreby a ponúknuť im podporu a pomoc pri riešení ich aktuálnych problémov,
- vytvorenie takých podmienok, aby personál mohol väzňom ponúknuť základné informácie o prenosných chorobách,
- poskytovať väzňom závislým od drog lekársku starostlivosť v štandarde, ktorý je aj mimo väznice,
- zaistiť potrebné informácie pred prepustením z väzenia,

- poskytnúť starostlivosť nadväzujúcu na starostlivosť vo väzení,
- vypracovanie programu na liečbu, ktorá bude zahŕňať udržiavaciu terapiu pomocou opiátovej substitúcie,
- vypracovanie programu výmeny ihiel porovnateľným s programom aj mimo väznice,
- v prípade, že výmena ihiel a striekačiek nie je považovaná za nevyhnutnú, zaistiť účinnú metódu dezinfekcie ihiel (ibid., s. 35).

Osoby pracujúce v sexbiznise

Osoby, ktoré si injekčne aplikujú drogy a pracujú v sexbiznise, sú potenciálne vystavené dvojnásobnému riziku. Ženy pracujúce v sexbiznise v porovnaní s inými injekčnými užívateľkami sa vyznačujú vyššou mierou spoločného používania injekčných pomôcok a nechráneného sexu so svojimi partnermi. Zatiaľ čo distribúcia kondómov je bežnou súčasťou mnohých programov, niektoré lokality s vysokou mierou prostitúcie vyžadujú, aby súbežne boli poskytované aj niektoré typy programov na výmenu ihiel a striekačiek. Týmto spôsobom je možné poskytovať dostupnejšie služby, ktoré budú pravdepodobne efektívnejšie a lepšie prispôbené špecifickým potrebám dvojnásobne marginalizovanej populácie.

Etnické a minoritné skupiny

Pre naše územie je touto skupinou veľmi rozšírená komunita Rómov. Na rozdiel od Bulharska, Rumunska, Maďarska u nás v súčasnosti neexistuje samostatný program a služby určený pre rómsku populáciu. Služby sú poskytované súbežne s majoritnou skupinou. Typickým príkladom je situácia v Nitre a Sereďi. V Prešove v rokoch 2007 a 2008 existovala samostatná terénna práca pre užívateľov drog v rómskej komunite (Kováčik, 2010, s. 67).

Táto skupina je taktiež vystavená dvojitému riziku, a to zdieľaniu injekčných pomôcok a materiálu potrebného na prípravu drog. Niekedy sa pre nižšiu ekonomickú schopnosť uchýľujú k nákupu značne zriedenej drogy nízkej kvality s obsahom nekvalitných prímiesí.

11.4 Harm reduction v SR

Po revolučnom prevrate v roku 1989 sme na našom území začali mať výrazné problémy s dovtedy oficiálne nerozpoznanými sociálnymi javmi, ako sú prostitúcia a drogová závislosť, ktoré so sebou zároveň prinášajú mnoho otáznikov. Napriek faktu, že odvtedy uplynulo už viac ako dvadsať rokov, situácia sa v mnohom nezmenila. Spoločnosť a štátna správa, ktorá pripustila existenciu problému drogovej závislosti dodnes nezaujala jasné stanovisko k problematike harm reduction. Samotná obec odborníkov sa tejto problematike venuje len čiastočne.

Slovenské organizácie pracujúce v oblasti harm reduction začali vypracovávať štandardy v poskytovaní harm reduction služieb približne v rokoch 2006 – 2007. Tento krok u nás viedol k výraznej profesionalizácii poskytovania služieb. Prístup harm reduction na Slovensku treba naďalej presadzovať. Občianske združenie Centrum dobrovoľníctva (2011, ods. 2) na svojej webovej stránke uvádza niektoré dôvody takéhoto presadzovania: napríklad, že pomocné služby riadiace sa princípmi harm reduction majú dosah na 70 – 80 % drogovu závislých, zároveň, že široká škála možných stratégií a princípy harm reduction sú samotnými drogovu závislými prijímané pozitívne. Služby harm reduction na Slovensku poskytovali občianske združenia: OZ ODYSEUS a OZ PRIMA Bratislava, OZ Heuréka a OZ Centrum dobrovoľníctva Banská Bystrica, OZ Pomocná ruka Košice, OZ RISEN Prešov a OZ STORM pri UKF Nitra. V súčasnosti pôsobia na Slovensku tri občianske združenia: *OZ ODYSEUS, OZ PRIMA a OZ STORM v mestách Bratislava, Nitra, Trnava a Sereď, Prešov.*

Otázky a úlohy:

1. Vysvetlite pojem harm reduction v prevencii závislostí.
2. Uveďte hlavné ciele harm reduction intervencií.
3. Uveďte, čo tvorí základné princípy a stratégie poskytovania harm reduction služieb.
4. Vymenujte a opíšte základné typy programov harm reduction uplatňovaných v prevencii závislostí.
5. Objasnite systém prevencie založených na princípoch harm reduction v práci so špecifickou klientelou (väzni, užívatelia drog, ľudia pracujúci v sexbiznise, užívatelia rómskeho etnika).
6. Popíšte situáciu poskytovania služieb v prevencii závislostí založených na princípoch harm reduction na Slovensku.

Použité pramene:

BURROWS, D.: *Ako začať program výmeny ihiel a striekačiek*. 1. vyd. Bratislava: Eterna, 2002. ISBN 80-968359-3-9

BURROWS, D.: *Prevencia epidémie HIV*. Bratislava: ETERNA, 2000. ISBN 80-968359-4-7

HOOVER, J.: The Challenges and Rewards of one ngo s healt promotion outreach among roma drug users. 1. vyd. Sofia. Initiative for healt foundation v Sofii, Bulharsko. How the global fund can inprove roma healt. In: *Zborník výstupov riešenia problematiky HIV v programoch výmeny ihiel a striekačiek medzi rómskym etnikom v krajinách Bulharsko, Macedónsko, Rumunsko a Srbsko v Bukurešti*. 1. vyd. OSI, New York, USA 2008. ISBN 978-1-891385-77-3

HUNT, N. et al.: *Pokrokové zmysľanie o drogách: Prehľad prístupov „harm reduction“ k užívaniu drog založený na dôkazoch*. Bratislava: NOS-OSF, 2003. 58 s. ISBN 80-969271-0-8

JIREŠOVÁ, K. et al.: *Úvod do HARM REDUCTION. Príručka pre učiteľa*. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti – Open Society Foundation, 2005. 195 s. ISBN 80-969271-2-4

JIREŠOVÁ, K. – JAVORKOVÁ, S.: *Harm Reduction v problematike injekčného užívania drog*. 1. vyd. Bratislava: OZ Odysseus v Bratislave, 2003. ISBN 80-968576-6-5

KIŠOVÁ, L.: *Výsledky prieskumu problémových užívateľov drog skrytej populácie zameraného na určenie multiplikátorov*. 1. vyd. Bratislava: Národné monitorovacie centrum pre drogy generálny sekretariát výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog úradu vlády Slovenskej republiky v Bratislave, 2007.

KOVÁČIK, F.: *Harm reduction medzi užívateľmi drog*. Bakalárska práca. Prešov: Ústav sociálnych vied a zdravotníctva Bl. P. P. Gojdiča v Prešove. 2010. 58 s.

KOVÁČIK, F.: Znižovanie rizík spojených s užívaním drog. In: *Protidrogová koncepcia Prešovského kraja na obdobie rokov 2008 – 2013*. 1. vyd. Prešov: Centrum antropologických výskumov Prešov, 2007. ISBN 978- 80-969634-4-7, s. 22 – 24.

KUCHÁROVÁ, B. – ŠPÁLEKOVÁ, M. – JAVORKOVÁ, S. – LAZOVÝ, P. – JADROŇOVÁ, M. – PÁLENÍKOVÁ, M. – CIGÁNEKOVÁ, J. – KOVÁČIK, F.: *Minimálne štandardy nízkoprahových služieb pre užívateľov/užívateľky drog v zmysle harm reduction*. Bratislava, 2006.

Poziční dokument o väznicích, drogách a harm reduction. Praha: Úrad vlády Českej republiky, 2006. ISBN 80-86734-76-5

Prevalenčný odhad problémových užívateľov drog na Slovensku – prieskum. [online]. Dostupné na: www.osf.sk (<http://www.osf.sk/Default.aspx?CatID=81&IniciativaId=10>)

Prístup harm reduction. [online]. Banská Bystrica: OZ Centrum dobrovoľníctva. 2011. [cit. 2011-01-17]. Dostupné na internete: <http://www.centrumdobrovolnictva.sk/harm_reduction.php>

ROSENBAUM, M.: *Bezpečnosť na prvom mieste: prístup k teenagerom a drogám postavený na reálnych základoch a náuka o drogách*. 1. vyd. Bratislava: Open Society Foundation v Bratislave. 2002. ISBN 80-968359-7-1

SKÁLA, J. et al.: *Závislosť na alkohole a iných drogách*. Praha: AVICENUM, 1987, 46 s. ISBN 08-015-87

12 Prevencia drogových závislostí u detí a mládeže v činnosti pedagogických a odborných zamestnancov

Obsahom poslednej kapitoly je premietnutie sledovanej problematiky prevencie závislostí v školskom prostredí do konkrétnych kompetencií absolventov pedagogickej kapitoly, osobitne v študijných programoch sociálna pedagogika a vychovávateľstvo.

12.1 Možnosti a kompetencie pedagogických zamestnancov v prevencii závislostí v školách a školských výchovno-vzdelávacích zariadeniach

V tejto podkapitole nadväzujeme na organizáciu a možnosti systému prevencie závislostí v rezorte školstva uvedené v podkapitole 10.3.

Školy a školské zariadenia majú na prevenciu závislostí veľký vplyv najmä z toho dôvodu, že dieťa v nej strávi väčšiu časť dňa. Školské prostredie poskytuje špecifický charakter pre uskutočňovanie predovšetkým primárnej prevencie. Na jednej strane môže ovplyvniť a zabezpečiť, že sa budú pravidelne zaraďovať preventívne aktivity do výučby a žiaci sa ich budú pravidelne zúčastňovať, čo však na druhej strane môže viesť len k formálnemu dodržiavaniu preventívnych „predpisov“ bez očakávanej efektivity, najmä ak sa v uvedených preventívnych aktivitách objaví zaužívaný formalizmus, tendencia potláčať diskusiu a odtrhnutosť od reálneho života.

Za hlavného stratéga školy alebo školského zariadenia možno považovať z hľadiska kompetencií **riaditeľa**. Ten poveruje kompetentných pedagogických a odborných zamestnancov príslušnými úlohami, a tak zabezpečuje preventívny plán školy, koordináciu preventívnych aktivít a zároveň má rozhodné slovo v prípade uplatňovania edukačno-preventívnych zásahov v konkrétnych výchovno-vzdelávacích situáciách. Pričom musí zohľadňovať potrebné legislatívne nariadenia a požiadavky samospráv či vyššieho územného celku.

Medzi ďalších nositeľov primárnej prevencie v škole možno zaradiť pedagogických zamestnancov predmetového učiteľa, koordinátora prevencie, výchovného poradcu, vychovávateľa a ostatných zamestnancov – tak, ako ich nachádzame v aktuálnej legislatíve. Bežný **predmetový učiteľ** môže cítiť v otázkach primárnej prevencie zneužívania návykových látok zmiešané pocity, v ktorých sa strieda ťarcha zodpovednosti, bezradnosť až po úplné odmietanie byť jedným z článkov efektívnej prevencie. Najmä staršia a stredná generácia učiteľov bez adekvátneho predchádzajúceho vzdelania a nedostatku doterajších skúseností s užívaním návykových látok na strane žiakov sa môže cítiť veľmi neisto a nie je ochotná sa v tejto problematike angažovať. Predovšetkým **triedny učiteľ** sa môže dostať do situácie, keď je konfrontovaný edukačnými situáciami, v ktorých sa očakáva či vyžaduje poradenstvo alebo intervencia (žiak sa zdôverí, že užíva drogy alebo že prechovávaním, predajom návykovej látky porušuje školský poriadok). Preto je dôležité, aby učitelia poznali mieru svojich kompetencií a vedeli sa účinne brániť a delegovať riešenie situácie kompetentným osobám (nadriadený, odborný zamestnanec školy, poradenského zariadenia, polícia, sociálnej kuratele). Učitelia nemajú dostatočný časový priestor ani odborné vzdelanie na intervenčné zásahy. Ich hlavnou úlohou je zosobňovať prirodzeného **inmediátora** (osobu, ktorá vstupuje do systému primárnej prevencie, s ktorou sa cieľová skupina – deti a mládež – má identifikovať, prípadne dôverovať im). Okrem tejto roly (niektoré osoby majú prirodzené predispozície stať sa vyhľadávaným vzorom pre identifikáciu, iní naopak nie), má učiteľ možnosť pôsobiť v prevencii závislostí systematicky, a to z hľadiska vlastnej odbornosti (poskytovať informácie, poznatky, rozvíjať zručnosti a návyky súvisiace s prevenciou závislostí na vyučovaní v predmete, ktorý vyučuje). Vzhľadom na náročnosť požiadaviek

realizátorov (lektorov) preventívnych programov uvedených v podkapitole 8.6 vyplýva, že (z hľadiska ochrany **primárnej cieľovej skupiny**) je lepšie, ak špecificky zamerané preventívne programy realizuje vopred pripravený odborník. Počas realizácie preventívnych programov **odborníkom** (napr. prizvaný lektor poradenského zariadenia) sa na nich môže učiteľ po dohode s účastníkmi zúčastňovať a predstavovať tak člena **sekundárnej cieľovej skupiny**.

Podľa Zákona 317/2009 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov má medzi pedagogickými zamestnancami špecifické postavenie **výchovný poradca**, patrí do skupiny pedagogických zamestnancov špecialistov, ktorý podľa § 33 *vykonáva špecializované činnosti súčasne s výkonom pedagogickej činnosti príslušnej kategórie alebo podkategórie pedagogických zamestnancov*. S problematikou prevencie závislostí sa najčastejšie stretáva pri riešení výchovných situácií pri žiakoch s poruchami správania. Spolupráca so zákonným zástupcom (rodinou) a ďalšími odborníkmi (poradenské zariadenie, špeciálne výchovné zariadenia) v tejto situácii je bezpodmienečná. Rovnako osobitné postavenie má **koordinátor prevencie**, ale na rozdiel od väčšiny uvedených špecialistov v spomínanom zákone jeho úlohy vyplývajúce z jeho postavenia nachádzame len v príslušných pedagogicko-organizačných pokynoch na aktuálny školský rok. Na školách, kde absentujú odborní zamestnanci, je koordinátor prevencie často preto jedinou osobou určenou na koordinovanie prevencie závislostí. Väčšina koordinátorov prevencie sa zúčastňuje na vzdelávacích programoch poskytovaných formou kontinuálneho vzdelávania pre ďalší kariérny rast, prostredníctvom ktorých sa oboznamujú so základmi efektívnej prevencie sociálnopatologických javov a ich využitím v prostredí školy a školských zariadení. Tejto formy kontinuálneho vzdelávania sa môžu zúčastňovať i ostatní učitelia, ktorí si tak môžu osvojiť základné princípy primárnej prevencie vo výučbe a následne ich uplatniť v praxi. Zaraďujeme medzi ne:

- vedieť stanoviť ciele primárnej prevencie na vyučovaní (korešpondujúce so stratégiou školy a vzdelávacími programami)
- vybrať vhodnú formu prevencie (dlhodobé/krátkodobé preventívne programy)
- poznať a stanoviť si teoretické východiská preventívnych programov (od komplexných po špecificky zamerané)
- pochopiť vzťah realizátora prevencie a žiaka (najdôležitejší faktor účinnosti prevencie)
- poznať metódy hodnotenia efektivity realizovaných preventívnych krokov (vedieť porovnať náklady a zisky).

Príklad kontinuálneho vzdelávania so zameraním na štruktúru skupinovej práce v prevencii závislostí s využitím určitých hier, techník a aktivít ako ich uvádzajú Hupková a Kuchárová (2008, s. 34 – 35):

- a) Zoznámenie – cieľom je vzájomné zoznámenie sa, zoznámenie sa s témou programu.*
- b) Sebapoznávanie a poznávanie iných 1. – cieľom je prostredníctvom hlbšieho poznania seba samého prejsť k zefektívneniu komunikácie s inými.*
- c) Metódy a prístupy práce v oblasti prevencie drogových závislostí – cieľom je poznanie skupinovej formy práce, dynamiky práce v skupine.*
- d) Tvorba skupinových plagátov, informácie o drogách a závislosti, špecifická prevencia závislostí – cieľom je prehĺbiť a doplniť základné informácie o drogách a závislosti.*
- e) Špecifická prevencia, informácie o drogách a závislosti – cieľom je aktualizovať informácie o drogách a závislosti s akcentom na legálne drogy vrátane alkoholu.*
- f) Sebapoznávanie a poznávanie iných 2. – cieľom je prostredníctvom hlbšieho poznania seba samého prejsť k zefektívneniu komunikácie s inými.*
- g) Postoje k drogám a ich význam pre preventívnu prácu – cieľom je poukázať na význam prostredia školy pre zdravý vývoj žiakov, význam vlastných postojov (ich vplyv na prijímanie nových informácií).*

- h) *Fakty a mýty o drogách – cieľom je poukázať na niektoré pretrvávajúce mýty o drogách a závislostiach.*
- i) *Špecifická prevencia závislostí – cieľom je rozvíjať informácie o drogách a závislosti, vplyv na zmenu postojov.*
- j) *Špecifická prevencia, informácie o drogách a závislosti, zodpovedanie očakávaní – cieľom je aktualizovať informácie o drogách a závislosti.* k) *Ukončenie programu – cieľom je zhodnotiť podujatie a skončiť program.*

Medzi pedagogických zamestnancov patria osobitní pracovníci, ktorí majú možnosť realizovať preventívne kroky v špecificky edukačne odlišnom prostredí a podmienkach, akou je výučba. Ide o odborníkov, ktorých poslaním je pozitívne ovplyvňovať osobnosť detí a mládeže v čase ich voľna.

12.1.1 Prevencia závislostí v činnosti vychovávateľa

Voľný čas je špecifickou a dôležitou súčasťou života človeka v každom veku. Podľa E. Kratochvílovej (2004, s. 21) voľný čas prináša človeku zvláštny prospech, uspokojenie, radosť. Výrazne prispieva ku kvalite života. Na kvalitu voľného času vplyvajú politické, sociálne, ekonomické, kultúrne faktory a stav životného prostredia. Voľný čas je základným ľudským právom bez ohľadu na pohlavie, vek, rasu, sexuálnu orientáciu, zdravotný stav, ekonomické postavenie.

Vychovávateľa – pracujúci v školských výchovno-vzdelávacích zariadeniach majú väčšie možnosti vytvárať bezpečné prostredie a osobnejšie vzťahy s deťmi a mládežou ako učitelia. Môžu tak výraznejšie ovplyvňovať ich hodnoty a postoje. Rovnako obsah výchovy vo voľnom čase umožňuje formovať v deťoch a dospelujúcich špecificky odlišné stránky osobnosti ako je to vo výučbe (charakter, záujmy a pod.).

Cieľom prevencie vzniku závislostí vo výchove vo voľnom čase je podobne ako vo výučbe:

- výchova k zdravému životnému štýlu (nadväzujúc na štandardy vzdelávacích programov formou záujmovej činnosti v záujmových útvaroch),
- zvyšovanie odolnosti detí a mládeže pred negatívnym vplyvom závislostí (zvyšovanie sociálnych kompetencií, usmerňovanie regulácie správania).

Z hľadiska orientácie preventívnych postupov na strane vychovávateľa tak celkový charakter výchovnej činnosti predikuje kladenie dôrazu skôr na **nešpecifické formy prevencie**. Teda na celkové formovanie osobnosti chovancov a ich seberealizáciu. Samotná výchovná činnosť vo voľnom čase má svoju preventívnu funkciu. Zmysluplné trávenie voľného času pôsobí ako protektívny faktor vzniku sociálno-patologických javov.

Z najnovších výskumných zistení však vyplýva, že efektívnejšie sú tie preventívne stratégie, ktoré spájajú obe formy prevencie. Z toho vyplýva, že poslaním vychovávateľa by malo byť zaraďovať do preventívnej činnosti aj **formy špecifickej prevencie**, ktoré sa priamo dotýkajú formovania poznatkov, zručností, postojov vo vzťahu k užívaniu drog a vzniku závislostí.

Teda je rovnako dôležité, aby aj vychovávateľ pracujúci v školskom klube detí, centre voľného času či školskom internáte mal základné poznatky o drogách a závislostiach. Pre **priamu špecifickú preventívnu prácu** je potrebné, aby absolvoval výcvik primárnej prevencie drogových závislostí, prípadne si na takúto činnosť prizval lektora a následne pokračoval po zaškolení v jeho preventívnych stratégiách. Devízou angažovaného vychovávateľa je, že môže pôsobiť na každého zverca individuálne, ak pozná jeho aktuálnu životnú situáciu, vzťahy v rodine, jeho záujmy a aspirácie.

Záujmový klub a jeho metodické vedenie

Ponuka záujmových aktivít sa v čase voľna neustále kreuje najmä vplyvom meniaceho sa dopytu detí. Mení sa charakter záujmových útvarov, ich obsahové zameranie, ale aj ich forma a prostriedky. Zo súčasných výskumov vyplýva, že súčasná populácia tínedžerov oceňuje najmä aktivity, ktoré majú charakter nízkoprahovosti. Sú im dostupné, nie sú finančne náročné a dominuje v nich prvok slobody. Nazdávame sa, že práve existujúce tzv. „peer kluby“ zodpovedajú ich náročnosti. Môžu byť zakladané ako forma záujmového útvaru alebo neformálny klub v rámci nízkoprahového zariadenia. Peer klub by mal prebiehať v rámci záujmovej činnosti žiakov a byť riadený základnými princípmi práce záujmového útvaru a podľa aktuálnych výskumov z oblasti pedagogiky voľného času a metodík rovesníckych programov.

Pri vedení tzv. klubov alebo peer skupín by sa mal vychovávať – odborník na oblasť výchovy vo voľnom čase detí a mládeže opierať o najnovšie poznatky z pedagogiky voľného času. Bez adekvátnej prípravy (vzdelanie, výcviky, priebežné vzdelávanie) vychovávateľa, sledovania najnovších trendov z pedagogiky voľného času (najnovšie pedagogické metódy a formy práce, štúdie o deťoch a mládeži a pod.) by nedokázal adekvátne reagovať na požiadavky detí a mládeže a samotnú realitu sociálno-patologických javov v regióne i celej spoločnosti. Kluby často vznikajú aj z potreby tínedžerov, ktorí tu majú priestor na ich obľúbené diskusie o rozličných osobitostiach sociálno-patologických javoch. Poznatky a zručnosti osvojené v peer klube tak následne pôsobia ako **prostriedok neformálneho pôsobenia medzi rovesníkmi** vo svojom okolí (prirodzení inmediátori).

Metodika riadenia záujmového útvaru zameraného na prevenciu závislostí

Záujmové útvary vychádzajúce z tradícií a slovenských podmienok vo výchove vo voľnom čase bývajú najčastejšie organizované ako skupinové formy práce špecificky jednostranne zamerané na jednu oblasť ľudskej činnosti prebiehajúce vo forme pravidelne opakujúcich sa stretnutí. Metodika týchto útvarov vyžaduje určitú štruktúru, ktorá by však nemala znemožňovať jej efektívne modifikovanie.

Základná charakteristika záujmového útvaru preventívneho charakteru – peer:

- skupinový charakter činností (otvorená skupina – princíp nízkoprahovosti),
- pravidelná organizovaná záujmová činnosť nadväzujúca na spontánnu neorganizovanú činnosť a potreby účastníkov,
- obsahové zameranie: priamy preventívny charakter činností, helperský aspekt s dôrazom na dobrovoľnosť, striedajúci sa charakter aktivít a metód v jednotlivých stretnutiach.

V záujmovej činnosti, resp. v práci so skupinou, predstavujú **pravidlá skupiny** rámcové mantinely, ktoré nemajú úlohu okliešťovať, ale naopak poskytovať bezpečné prostredie jej členom. Je potrebné, aby sa na ich stanovovaní a odsúhlasovaní akceptovať ich zúčastnili všetci členovia skupiny, čím sa zabezpečí ich dodržiavanie, demokratický prístup a právo na vlastný názor. Zároveň je potrebné stanoviť si následné sankcie v prípade ich porušenia. Pravidlá skupiny treba zopakovať pri príchode každého nového člena do skupiny. Vhodnou stratégiou je postup, keď samotní dobrovoľníci nováčikovi pravidlá vysvetlia. Platia len pravidlá, ktoré odsúhlasí väčšina skupiny. Je dobré, ak stanovené pravidlá všetci členovia odsúhlasia aj fyzicky (podpisom, odtlačkom prsta a pod.). Musia byť umiestnené tak, aby ich mali členovia neustále možnosť sledovať (na prístupnom mieste).

- **VZÁJOMNÉ REŠPEKTOVANIE SA** – patrí sem akceptovanie pravidiel („neskákať“ si do reči, mať stlmené zvonenie na mobilnom telefóne, nepísať SMS správy na mobilnom telefóne, naurážať sa a pod.).

- STOP pravidlo – právo nevyjadriť sa alebo sa nezapojiť do činnosti a zároveň nemať povinnosť toto rozhodnutie vysvetľovať komukoľvek v skupine (toto pravidlo sa nevzťahuje na povinnosti a sankcie členov skupiny).
- Pravidlo SMETI – ide o rešpektovanie pravidla nevynášať súkromné informácie, ktoré boli prezentované iným členom skupiny (napr. že niekto užil zakázanú omamnú látku a pod.).
- Pravidlo PRESTÁVOK – ide o možnosť požiadať o zaradenie prestávky z pozície každého člena skupiny a tiež dodržiavať dohodnutý časový limit prestávky, čiže nemeškať.
- Pravidlo OSOBNÝCH POTRIEB – ide o požívanie tekutín a stravy v čase, keď to člen skupiny považuje za potrebné počas stretnutia, a zároveň pred realizovaním potrieb mimo skupiny (WC, prijatie súrneho telefónu je potrebné naznačiť vopred dohodnutými posunkami lektorovi);
- Pravidlo VLASTNÉHO NÁZORU – ide o akceptovanie protichodného názoru iného člena skupiny bez urážok, zosmiešňovania, donucovania meniť ho, dostať priestor na jeho vyjadrenie).
- SANKCIE – chápu sa ako náhrada, kompenzácia a nie trest. Ako logický dôsledok pri nedodržaní alebo porušení pravidla – bez rozdielu, či bolo porušené pravidlo úmyselne alebo neúmyselne. Tieto sankcie skupina určuje spoločne, pričom všetky sankcie platia pre všetkých členov skupiny rovnako, teda pre skupinu i lektorov. Sankciou môže byť napr. ospravedlnenie, vtipy, upratovanie miestnosti, príprava nápojov, telesný úkon – kliky, drepy, tanečná kreácia a pod. (Liberčanová, 2011, s. 139 – 140).

Hupková a Kuchárová (2008, s. 4) uvádzajú, že v práci so skupinou sa im okrem iného osvedčilo aj tykanie, resp. oslovanie krstným menom spojené s použitím menoviek umiestnených na viditeľnom mieste na odev. Taktiež uvádzajú, že pri sankciách si účastník sám vyberá, čo bude robiť v prípade porušenia pravidla a koľko toho urobí.

Priebeh stretnutia záujmového útvaru (peer klubu)

- *Úvodná časť* (zahrievacia, diagnostická): zisťovanie emočného nastavenia členov, ich naladenie, môže zahŕňať i administráciu prítomných.
- *Identifikačná časť* (zisťovanie prekonceptov) prezentácia poznatkov a vlastných skúseností, ktorými disponujú pre potreby hlavnej témy stretnutia.
- *Hlavná časť stretnutia* (tréningová): osvojovanie si nových poznatkov, zručností a návykov z oblasti prevencie sociálnopatologických javov na základe rozširovania, porovnávania či korekcie doterajších prekonceptov o problematike (prostredníctvom vhodných metód, napr. diskusiou, modelovou situáciou, hrou). Dôraz sa kladie na skupinovú činnosť a na formovanie postojov členov.
- *Relaxačná činnosť* (fixačná): zaradenie relaxačných techník korešpondujúcich s témou stretnutia (pohybové hry, skupinové hry, riadená imaginácia, tvorba výrobkov prostredníctvom netradičných výtvarných techník) kladie sa dôraz na emočné prežitie a individuálny prístup k členom skupiny.
- *Záverečná časť* (celostná): obsahuje zhrnutie problematiky (výzva na diskusiu, polozenie otázky na vysvetlenie, lektor kladie sporné otázky na zamyslenie, zadanie výzvy, úlohy, ktorá môže slúžiť ako východisko pre nasledujúce stretnutie).

Z metodického hľadiska je potrebné, aby lektor zaradil *záujmové činnosti*, v ktorých je možné použiť metódy diskusie, rozhovorov, úlohy problémového charakteru s divergentným zameraním, ktoré sú medzi tínedžermi aj v súvislosti s vekovými osobitosťami (mať možnosť prezentovať vlastný názor v skupine, záujem o otázky globálneho spoločenského dosahu)

veľmi obľúbené. V nich si nielen prezentujú vlastné stanoviská, ale osvojujú si spôsoby, ako vhodnou formou prezentovať vlastný názor prostredníctvom zásad efektívnej komunikácie.

Osobitne vhodné je využívanie metodických príručiek ponúkajúcich okrem zozbieraných námetov pre preventívnu činnosť nešpecifickej a špecifickej povahy a metodické pokyny ako pri ich používaní správne postupovať (napr. séria publikácií *Prevenčia v prax 1* (2006), *Prevenčia v praxi 2* (2007), *Prevenčia v praxi 3* (2008) autoriek Hupková – Kuchárová).

V prípade snahy zapojiť členov peer klubu aj do participácie v preventívnych programoch realizovaných na školách alebo iných zariadeniach treba postupovať vo vedení záujmového útvaru špecifickým spôsobom. Príprava peer členov nadobúda okrem rozvoja záujmového zamerania aj zacielenie na výkon (je potrebný aj tréning v metodickej príprave na pôsobenie medzi rovesníkmi – bližšie v podkapitole 10.2.1 časť peer programy).

12.2 Možnosti a kompetencie odborných zamestnancov v prevencii závislosti v školách a školských výchovno-vzdelávacích zariadeniach

Medzi odborných zamestnancov rezortu školstva radíme: psychológ, školský psychológ, školský logopéd, špeciálny pedagóg, školský špeciálny pedagóg, terénny špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg a sociálny pedagóg. Poskytovanie služieb súčasne s pedagogickými zamestnancami tvorí integrovaný komplexný systém prevencie sociálnopatologických javov v škole, ako aj v školských zariadeniach.

12.2.1 Prevencia závislosti v činnosti sociálneho pedagóga

Školy v Slovenskej republike dostali na základe novej školskej legislatívy možnosť využiť profesiu sociálneho pedagóga ako svoju integrálnu súčasť. Školský sociálny pedagóg tak dostáva priestor na uplatnenie kompetencií predtým definovaných na poli vedy, ktoré vznikali na prieniku teoretických predstáv, aktuálnych potrieb praxe a skúseností s uplatnením profesie priamo v školskom systéme v okolitých krajinách EÚ.

Na Slovensku získava sociálny pedagóg svoju legitimitu pôsobiť na pôde školy schválením „nového školského Zákona“ z 22. mája 2008 (§ 130 ods. 3). Následne nadobudnutím platnosti Zákona č. 317 z 24. júna 2009 o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch, kde v kapitole o kategorizácii odborných zamestnancov nachádzame nasledujúcu charakteristiku: *Sociálny pedagóg vykonáva odborné činnosti v rámci prevencie, intervencie a poskytovania poradenstva najmä pre deti a žiakov ohrozených sociálnopatologickými javmi, zo sociálne znevýhodneného prostredia, drogovu závislých alebo inak znevýhodnených deťom a žiakom, ich zákonných zástupcov a pedagogických zamestnancov škôl a školských zariadení. Sociálny pedagóg plní úlohy sociálnej výchovy, podpory prosociálneho, etického správania, sociálnopedagogickej diagnostiky prostredia a vzťahov, sociálnopedagogického poradenstva, prevencie sociálnopatologických javov a re-educácie správania. Vykonáva expertízu činnosť a osvetovú činnosť.*

Pri výkone svojho poslania priamo v školách sa môžu sociálni pedagógovia stretnúť s nasledujúcimi problémami:

- *pri tvorbe a využívaní preventívnych postupov:* absentuje metodická podpora školských sociálnych pedagógov, často sú odkázaní na vlastnú produkciu preventívnych metód (nástrojov), foriem a prostriedkov.
- *pri koordinovaní preventívnych aktivít:* vytvárajú siete pomoci zväčša ako úplne prví na škole, nemajú na čo/koho nadviazať, na školách zväčša dovtedy nebol vytvorený model koordinácie v prevencii sociálnopatologických javov, zväčša sa konalo náhodne, jednorazovo.

- *pri poskytovaní preventívnych služieb:* stretávajú sa s nepochopením významu zaraďovania skupinových preventívnych aktivít (najmä dlhodobých programov primárnej prevencie), preventívne aktivity zaraďujú do vyučovacieho procesu na hodiny určené výchovným predmetom alebo na hodiny, kde absentuje vyučujúci). Resp. je im poskytnutý priestor len v čase voľna žiakov, keď nemôžu pracovať s triedou ako jedným celkom. V prípade individuálnych preventívnych metód, zase narúšajú výučbu prácou so žiakom face-face vo svojom kabinete.
- *pri integrovaní poskytovaných služieb:* školy často nemajú vytvorený nijaký preventívny model, vychádzajúci z rezortných preventívnych stratégií, špecifik regiónu a potrieb školy a ich členov (žiaci, učitelia, rodičia...). Ich snahy a preventívne kroky tak môžu byť neefektívne vzhľadom na absentujúce rešpektovanie nadrezortných cieľov prevencie (národné, EÚ), systematickosť, krátkodobosť či neúčast' „na sieťovaní“ regionálnymi poskytovateľmi preventívnych služieb s ostatnými rezortmi.

Každá škola, odhliadnuc od faktu či v nej pôsobí sociálny pedagóg či koordinátor prevencie, by mala mať vytvorený **model prevencie** so základnými stratégiami a následne s plánom prevencie minimálne na jeden školský rok.

Trojstupňový model prevencie v škole

V našich krajinách sa uprednostňuje tzv. „európsky“ model prevencie pozostávajúci z troch stupňov prevencie – primárny, sekundárny a terciárny.

V činnosti sociálneho pedagóga v školskom prostredí môžeme podľa stupňov prevencie predpokladať nasledujúcu náplň práce:

Cieľom **primárnej prevencie** v činnosti sociálneho pedagóga je predchádzanie vzniku sociálnopatologických javov. Medzi základné metódy patrí vysvetľovanie, objasňovanie, demonštrácia, hranie rolí, modelové hry a pod. Hlavné formy predstavujú preventívne programy, z ktorých najúčinnnejšie sú tie, v ktorých sa využíva peer princíp. Sociálny pedagóg by mal rešpektovať najnovšie výskumné zistenia v metodologickej príprave a výbere foriem a metód. *Za najdôležitejší prostriedok je považovaný – lektor, ktorý preventívne aktivity facilituje, čo potvrdzujú najnovšie výskumy efektivity preventívnych programov* (Nováková, 2003, s. 304).

Možnosti uplatnenia **sekundárnej prevencie** sú v školskom prostredí značne obmedzené. Zväčša ide o situácie, keď dochádza k sporadickým alebo pravidelným prejavom sociálno-patologického správania, ktoré poškodzujú osobnosť žiaka a vplyvajú aj na jeho okolie. Cieľom prevencie sociálneho pedagóga v tomto prípade je *včasnú rozpoznávanie prítomnosti vzniku a výskytu negatívneho javu, jeho včasné podchytenie*. Medzi základné metódy patria pozorovanie, anamnestický rozhovor, mediácia, kazuistika, sociometrické merania, počiatočná sociálnopedagogická diagnostika, ktoré často ústia do intervencie. Tento stupeň prevencie vyžaduje úzku spoluprácu ostatných odborných zamestnancov školy a adekvátnych zariadení, ktoré poskytujú špecializovanú pomoc (terapiu, liečbu, represívny zásah, sanácia rodiny).

Najmenšou pozornosťou v poskytovaní preventívnych služieb v školskom prostredí sa vyznačuje posledný stupeň prevencie. Cieľom **terciárnej prevencie** je znižovanie poškodení vyplývajúcich z pôsobenia sociálnopatologických javov, doliečovanie, predchádzanie recidív, relapsov, resp. minimalizovanie škôd pri pretrvávajúcom patologickom správaní. V tomto stupni prevencie má školský sociálny pedagóg viac príležitostí na preventívne zásahy. Osobitne dôležitá je pomoc *v integrácii všetkým aktérom so sociálnopatologickými javmi, najmä obetiam, ale nemenej dôležitá je aj resocializácia páchatel'ov či svedkov vystavených patologickým situáciám*. K najúčinnnejším metódam preventívnej práce v tomto stupni je reedukácia žiakov a využívanie predovšetkým skupinových foriem práce pri využívaní

skupinovej dynamiky prostredia, v ktorom sa očakáva resocializácia žiaka.

Medzi základné úlohy v prevencii závislostí má sociálny pedagóg v pozícii odborného zamestnanca školy:

- možnosť zúčastňovať sa na vytváraní komplexného modelu prevencie školy s jasne definovanými stratégiami (z poverenia riaditeľa školy),
- koordinovať preventívne aktivity školy, prepájať cieľové skupiny (žiacov, učiteľov, odborných zamestnancov, rodičov...),
- väčší priestor (časový, funkčný) zaoberať sa prevenciou v škole, a tým nahradiť často pre učiteľov zaťažujúce pozície koordinátora prevencie a výchovného poradcu,
- disponovať adekvátnou odbornou prípravou (štúdium na VŠ), získavať nové poznatky a skúsenosti prostredníctvom ďalšieho vzdelávania (certifikované vzdelávanie, výcvik) a môže tak poskytovať profesionálne služby vo všetkých stupňoch prevencie, resp. vedieť koordinovať a sprístupniť požadovanú dostupnú pomoc ostatných odborných zamestnancov školy a ostatných špecialistov na základe zosieťovania sa s ostatnými zariadeniami a odbremeniť tak od tejto činnosti triednych učiteľov,
- integrovať dostupné preventívne snahy v škole a byť tak pre žiakov jedným z efektívnych prostriedkov na riešenie sociálnopatologických javov vyskytujúcich sa v každej škole.

Peer programy v prevencii závislostí

Slovo *peer* bolo odvodené zo starofrancúzskeho pojmu „per“ neskôr „pair“, čo znamenalo *byť na rovnakej úrovni* alebo *mať rovnaký status*. Pojem *peer* sa dnes používa v inom význame ako na počiatku, je to pojem vyjadrujúci status, ktorý umožňuje ovplyvniť psychickú, sociálnu... a inú stránku (záleží na situácii) druhého. Pojem *peer* nemá presný ekvivalent v slovenčine, má podobný význam ako *vrstovník*, ale v širšom zmysle slova. Je to človek, ktorý je blízky nielen svojim vekom, ale aj sociálnym postavením, zamestnaním, záujmami, životnými orientáciami a ktorý práve preto má schopnosť ovplyvňovať rovesníka v názoroch a postojoch.

V spojitosti s pojmom *peer* sa môžeme stretnúť aj s nasledujúcimi spojeniami:

- Peer-Involvement (Einbeziehung Gleichtriger): *peer* – angažovanie, zapojenie
- Peer-Mediation (Vermittlung durch Gleichartrige): *peer* – mediácia, sprostredkovanie
- Peer-Counseling (Beratung durch Gleichartrige): *peer* – poradenstvo, konzultácie
- Peer-Education (Gliechartrigen-erziehung/-bildung): *peer* výchova a vzdelávanie
- Peer-Projekte (Kurzeinsätze Gleichartriger): projekty, programy

K. Janíková (2008, s. 62) pomenúva samotných aktérov *peer* programov takto:

- *Peer aktivista* – ide o angažovaného *vrstovníka*, ktorý je zväčša vybraný podľa určitých kritérií odborníkom, najčastejšie z poradenského zariadenia. Jeho úlohou je predovšetkým formálne ovplyvňovanie rovesníkov a participácia v *peer* programoch, na ktorú sa pripravoval prostredníctvom systematického výcviku (modelovými situáciami, školeniami, tréningmi atď.).
- *Peer dobrovoľník* – ide o rovesníka, ktorý navštevuje dobrovoľnícku organizáciu alebo zariadenie, ktoré je zamerané sčasti aj na dobrovoľnícke aktivity, formou voľnočasových aktivít (komunita, tvorivé dielne, pobytové sústreďenia), aby tak pôsobil na svojich rovesníkov neformálne, predovšetkým v prirodzenom prostredí, prípadne i participáciou v preventívnych programoch.

V súčasnosti preniká pojem *peer* aj do rôznych oblastí praxe, napr. ako:

- Tzv. „elternpeer“ – rodičovské peer napr. (peer lídri v miestnych komunitách, ako napr. „Nočné havrany“ – podľa švédskeho a nórskeho projektu – rodičovská hliadka v obci),
- Peer užívateľ drog – užívateľ, spolupracujúci s odborníkmi v oblasti streetworku (distribuuje striekačky užívateľom, ktorí by inak túto formu pomoci nevyužili, respektíve pôsobia ako sprostredkovatelia medzi nimi alebo konzultanti – šíritelia osvety).

Význam a úlohy peer programov

Princípom peer programov je aktívne zapojenie vopred pripravených vrstovníkov do formovania postojov ostatných mladých ľudí s možnosťou účinne ovplyvniť ich rizikové správanie. Určitú rolu tu zohráva nielen ich vek, ale predovšetkým **rovnaká sociálna situácia** peer dobrovoľníkov. Ak sa cieľová populácia stotožní s nositeľmi preventívneho programu, pomerne ľahko nadobudnuté zručnosti uplatní v praxi. V živote sa totiž dostáva do podobných situácií (Nešpor, 1995, s. 107).

Hroncová (2006, s. 111) tvrdí, že peer programy sú efektívne vtedy, ak sú realizované dlhodobo. Ide o niekoľkomesačnú intenzívnu prípravu rovesníkov, ich systematickú prácu v oblasti priamej i nepriamej prevencie, využívajúce aktivizujúce metódy sociálno-psychologického výcviku, zážitkového učenia atď. Tieto programy vychádzajú z presvedčenia, že mládež ľahšie prijíma a ochotnejšie si osvojuje informácie, ktoré im sprostredkujú rovesníci, ako keby im ich sprostredkovali dospelé authority.

Význam peer programu vidíme v uskutočňovaní efektívnej primárnej prevencie v základnej škole, v príprave peer aktivistov na participáciu v peer programe. Prostredníctvom peer programu odovzdajú svoje získané vedomosti a skúsenosti rovesníkom, a tak prispievajú k pozitívnemu formovaniu ich postojov v oblasti zdravého spôsobu života.

Kritika rovesníckych programov:

Na Slovensku sa dostávali poznatky o preventívnych programoch prostredníctvom nadšencov čerpajúcich z prekladov americkej literatúry. Prvú metodiku peer programov pre základné školy na našom území vypracoval v roku 1995 český autor primár Nešpor inšpirovaný americkou literatúrou. Medzi prvé zariadenia realizujúce prevenciu prostredníctvom peer programov patrili vtedajšie pedagogicko-psychologické poradne. Napriek vhodne pripravenej metodike sa participácia vopred pripravených rovesníkov v školskom prostredí stretla aj s kritickými ohlasmi. Problémy pri ich zavádzaní vyplývali z viacerých nedostatkov (niektoré z nich bez dodatočnej korekcie pretrvávajú dodnes):

- preventívny program nebol prispôbený potrebám komunity (bezduché preberanie amerických modelov na slovenskú populáciu),
- nedostatočná odborná príprava lektorov (učitelia bez slabého alebo žiadneho zaškolenia),
- výber žiakov nebol založený na dobrovoľnosti (určoval ich učiteľ na základe sympatií, prospechu žiaka),
- obsah preventívneho programu nespĺňal požiadavky na tvorbu efektívne preventívneho (programu – pozri 8.6.1, bol zúžený napr. len na techniky odmietanie drogy),
- byť peer aktivistom sa stalo prestížnou záležitosťou (zmenil sa tak status aktivistov, a tým neboli vhodnými inmediátormi pre spolužiakov – stali sa z nich „malí učitelia, lektori“),
- peer aktivisti realizovali preventívny program bez lektora (bez supervízie),
- peer programy boli považované za jedinú správnu formu primárnej prevencie (primárna prevencia bola nedostatočne staturovaná v ostatných oblastiach – pozri podkapitulu 8.6).

Štandardy pri koncipovaní a riadení peer skupín

Pri koncipovaní a vedení peer skupín sa v školách a školských zariadeniach (napr. centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, záujmové útvary sformované na školách či školských internátoch) sa musia dodržiavať zásady práce s rovesníckymi skupinami, ktoré by mali zabezpečiť efektívny priebeh a výsledky. V tomto zmysle je smerodajným pôvodný dokument autoriek **Prevoznákovéj a Gibalovej**: „*Návrh minimálnych*

zásad uplatňovania rovesníckych programov v systéme psychologickkej a výchovnej prevencie preventívnych a poradenských zariadení“ (2000) ako príloha metodického materiálu „Rovesnícky program zameraný na prevenciu drogových závislostí“, ktoré v roku 2003 v ich definitívnej verzii publikoval Š. Matula v odbornej publikácii „Prevencia“.

Koncepcia prípravy a riadenia peer aktivistov

V ďalších riadkoch stručne priblížime metodický plán riadenia výcviku peer aktivistov s cieľom ich zapojenia do preventívneho programu rovesníckeho charakteru:

Teoretické východiská: súčasné peer programy majú najčastejšie komplexný charakter s dôrazom na osvojovanie poznatkových kompetencií a formovanie budúcich prejavov správania.

Cieľové skupiny: primárna cieľová skupina – peer aktivisti (žiaci základných škôl ako homogénne relatívne otvorené skupiny a študenti SŠ ako vekovo heterogénne otvorené skupiny) približne v rovnakej vekovej kategórii ako sekundárna skupina – účastníci preventívnych programov (žiaci škôl a školských zariadení).

Všeobecný cieľ: pripraviť peer aktivistov na participáciu v peer programoch a zároveň aj na pôsobenie (mediácia, tutorstvo, peer learning) v prirodzenom prostredí vrstovníkov (poradenská činnosť, konzultačná).

Organizačná forma: klub peer organizovaný na škole alebo v poradenskom zariadení, čiastkové formy predstavujú – záujmové stretnutie, pobytovo-výcvikové sústreďenia, preventívny program, „tzv. supervízne stretnutia“.

Časová dotácia: krátkodobé (účelové) peer programy (dĺžka trvania závisí od trvania preventívneho programu po jeho ukončení: 1 – 2 semestre, dlhodobé: aktivisti prechádzajú prípravou na participáciu vo viacerých oblastiach prevencie sociálno-patologických javov môžu pôsobiť na pozícii aktivistu aj niekoľko rokov).

Metódy práce: interaktívne a zážitkové metódy (modelové, inscenačné), pobytový výcvik s využitím prostriedkov zážitkovej pedagogiky (napr. hlavnú tému predstavuje „resocializačné zariadenie“), diskusia, e-learning, skupinovo – kooperatívne činnosti, VIT (videotrénings), „supervízia“.

Prostriedky: videotechnika, fotodokumentácia, webstránka, pramene, interaktívne učebnice, metodické príručky, metodickí sprievodcovia spracovaní pre činnosť aktivistu, kancelársky materiál, portfóliá členov, vlastná klubová miestnosť so zariadením, obsah a štruktúra preventívnych programov, prizvaní lektori.

Organizácia prípravy peer aktivistov na participáciu v (peer) rovesníckych programoch:

- *Propagácia a agitácia členov* – počas predchádzajúcej realizácie preventívnych programov lektormi na školách, osobným pozvaním.
- *Výber členov* – na základe dobrovoľného rozhodnutia, bez podmienok, s dôrazom na rovnosť šancí.
- *Klubové činnosti* (minimálne raz týždenne cca 50 hodín) – má charakter záujmovo-výcvikovej prípravy. Obsah stretnutí kopíruje zameranie preventívneho programu. Dôraz sa kladie na sebaspoznávanie a osvojenie si jednotlivých tém tvoriacich preventívny program (v problematike tvoria obsah preventívneho stretnutia).
- *Metodická príprava na participáciu v peer programe:* efektívnu formu predstavuje zážitkové pobytové sústreďenie (najmenej 3 dni cca 25 výcvikových hodín). Má charakter metodicko-zážitkového učenia zahrňuje metódy a formy určené na pochopenie mechanizmov sociálno-patologického javu a jej prevencie (napr. účastník zohráva rolu abstinujúceho alebo terapeuta v resocializačnom zariadení a pod.) a metodickú prípravu

na zvládnutie participácie v preventívnom programe (úspešne absolvovaná príprava v klubovom a pobytovom výcviku býva završená osvedčením (certifikátom), ktorý vydáva lektor zariadenia, slúži zároveň ako odborná garancia pre možnosť participovať v peer programe).

- *Participácia v peer programe* (len v prítomnosti lektora, zvyčajne participujú aktivisti vo dvojici – dievča a chlapec (napríklad v regionálnom preventívnom programe „Nezávislákovo“ určeného pre žiakov 7. ročníka ZŠ, ktorý má formu tematického bloku (t. j. 5 vyučovacích hodín), a súčasne sa predpokladá aj s *neformálnym pôsobením* aktivistov v prirodzenom rovesníckom prostredí (v partii).
- „*Supervízne*“ klubové stretnutia s lektorom počas participácie aktivistov v peer programoch (reflexia a korekcia skúseností z participácie v programe).

Otázky a úlohy:

1. *Uved'te možnosti pedagogických zamestnancov v prevencii závislostí v škole a školskom zariadení.*
2. *Objasnite pojem inmediátor a uved'te príklad.*
3. *Vysvetlite poslanie vychovávateľa v prevencii závislostí.*
4. *Objasnite a opište metodiku riadenia záujmového útvaru zameraného na prevenciu závislostí.*
5. *Uved'te kompetencie školského sociálneho pedagóga v prevencii závislostí z hľadiska stupňov prevencie.*
6. *Vysvetlite východiská, význam a základné pojmy súvisiace s fenoménom peer v prevencii sociálnopatologických javov.*
7. *Uved'te najčastejšie nedostatky (kritiku) v práci s rovesníckymi programami.*
8. *Vysvetlite štandardy práce s rovesníckymi skupinami a v skratke opište koncepciu výcviku peer aktivistov.*
9. *Uved'te príklad organizácie prípravy peer aktivistov na participáciu v (peer) rovesníckych programoch.*

Zoznam použitých prameňov:

- BAKOŠOVÁ, Z.: *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: STIMUL, 2005. 203 s. ISBN 80-89236-00-6.
- BAKOŠOVÁ, Z.: Sociálny pedagóg a jeho kompetencie. In: *Sociálny pedagóg: zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Bratislava, 2006. ISBN 80-223-2205-9, s. 27 – 28.
- BELARDI, N.: *Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung*. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 1996. 216 s. ISBN 3-107-55823-6
- GÁBRIŠOVÁ, M. – GÁBRIŠ, Ľ.: O niektorých motívoch vstupu rovesníkov do programu, dôležitosť voľby postupu vo výbere vo vzťahu k cieľu. In: *Prevencia*, roč. I, č. 3, 2002, s. 81 – 84.
- GREGOROVÁ-BROZMANOVÁ, A.: *Tvorba a manažment projektov v sociálnej práci*. Banská Bystrica: UMB, 2006. ISBN 80-8083-256-0
- HRONCOVÁ, J. – KRAUS, B.: *Sociálna patológia pre sociálnych pracovníkov a pedagógov*. 1. vydanie. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2006. ISBN 80-8083-223-4
- HUPKOVÁ, I. – KUCHÁROVÁ, B.: *Prevencia v praxi 2*. Bratislava: NOC, 2007. 30 s. ISBN 978-80-7121-287-4
- JANÍKOVÁ, K.: Peer dobrovoľníctvo. Socializácia dieťaťa ako prevencia pred sociálnopatologickými javmi. In: *Problematika sociálno-patologických javov v školskom prostredí – stav, prevencia, riešenie. Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie konanej 16. 11.*

2007 v Ružomberku. Ružomberok: PdF a ÚSV, 2008. ISBN 978-80-8081-246-8, s. 634 – 662.

KRATOCHVÍLOVÁ, E.: *Pedagogika voľného času*. Bratislava: UK Bratislava, 2004. 307 s. ISBN 80-223-1930-9

MATOUŠEK, O. et al.: *Metódy a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2

MATULA, Š.: *Koncepcia prevencie sociálno-patologických javov u detí a mládeže v pôsobnosti rezortu MŠ SR na obdobie rokov 2007 – 2010 (záverečný pracovný dokument)*. Návrh. [online] Bratislava: VÚDPaP, 2007. 45 s. Dostupné na: <http://www.cpppap.sk/data/Koncepcia%20prevencie.pdf>

MATULA, Š. – ČANIGOVÁ, A.: *Návrh minimálnych zásad uplatňovania rovesníckych programov v systéme psychologickkej a výchovnej prevencie preventívnych a poradenských zariadeniach*. Príloha. Bratislava: VÚDPaP, 2000. 6 s.

NÖRBER, M.: *Peer Education. Bildung und Erziehung von Gleichartrigen durch Gleichartrige*. Berlín: Verlagsgruppe Beltz, 2003. 381 s. ISBN 3-407-55891-0

NOVÁKOVÁ, D.: Prednášky, besedy a interaktívne programy ve školách. In: KALINA, K.: *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Úrad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6

Rovesnícké programy v práci CVPP. Zborník príspevkov z celoslovenskej konferencie Horský hotel Poľana pri Zvolene 10. – 12. 9. 2002. Bratislava: CVPP pri VÚDPaP, 2002. 113 s.

Zákon č. 317 z 24. júna 2009 o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch
Zákon 245/2008 Z. z. z 22 mája 2008 o výchove a vzdelávaní

Záver

Snaha vyučujúcich o vytvorenie učebných textov slúžiacich pre potreby študijného predmetu *Drogové závislosti a ich prevencia* vyplynulo už z takmer sedemročnej výučby, počas ktorej narážali na jeden z výrazných nedostatkov – absencie dostupných študijných zdrojov. Napriek tomu, že k problematike prevencie závislostí jestvuje množstvo relevantných prameňov, sú zväčša určené pre inú cieľovú skupinu. Ich obsah tvoria prevažne medicínske, prípadne legislatívne fakty, ktoré slúžia ako prostriedok na prípravu študentov iných študijných odborov.

Práca pedagogického a odborného pracovníka je špecificky odlišná. Vyžaduje nazeranie na problematiku cez prizmu edukačných procesov. Rovnako rozdielne sú možnosti a kompetencie v preventívnej činnosti, ktorými disponujú absolventi pedagogických fakúlt v skutočnej praxi. Poslaním vysokoškolských učiteľov je oboznámiť ich s nimi a pripraviť na ich úspešné zvládnutie.

Podľa priebežného monitoringu prevládajúcich služieb poskytovaných v činnosti sociálnych pedagógov, ktoré uskutočnili autorky a podľa štatistických údajov Ministerstva školstva SR možno konštatovať, že prevencia závislostí patrí k najčastejšie sa vyskytujúcim preventívnym službám poskytovaným v školskom prostredí. Preto je výučba predmetu s týmto obsahom nadmieru potrebná. Je základným predpokladom pre úspešné uplatnenie sa absolventov v zamestnaní, najmä v prostredí školy a školských zariadení, kde odborníci na prevenciu závislostí zväčša absentujú.

Teoretické základy tvoria vstupnú bránu pre plánovanie a výkon efektívnych stratégií. Tvorba učebných skript pre nás predstavovala neľahkú a zaväzujúcu úlohu. Vedieť vyselektovať tie najpodstatnejšie poznatky z uvedenej problematiky je so zreteľom na jej širokospektrálnosť takmer neuskutočniteľná práca. Práve preto si nenárokujeme tvrdiť, že sa nám to podarilo v takej komplexnej podobe, ako by bolo potrebné, museli sme však prihliadať na limity, ktoré nám výučba tohto predmetu dovoľuje. Napriek tomu veríme, že popri prednáškovej forme sa nám text študijného prameňa podarí rozvinúť a prehĺbiť v praktickej príprave pri využití cvičebnej formy, ktoré v tomto predmete máme k dispozícii. Študenti tak budú mať možnosť priamo si vyskúšať a preveriť prezentované informácie prostredníctvom aktívnej účasti.

Veríme, že vytvorený študijný prameň splní očakávania študentov pedagogických fakúlt a zároveň posluží ako orientačný text pre študentov a odborníkov príbuzných či ostatných profesií.

Za autorky Kristína Liberčanová

Názov: Drogové závislosti a ich prevencia

Autorky: PhDr. Ingrid Hupková, PhD., Mgr. Kristína Liberčanová, PhD.

Vydanie: prvé

Vydala: Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave

Rozsah: 153 strán

ISBN 978-80-8082-563-8