

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií

SIMONA STRAKOŇOVÁ

Obor: Pedagogika – sociální práce

ŘEŠENÍ ZÁVISLOSTI DĚTÍ A MLÁDEŽE
NA NEALKOHOLOVÝCH NÁVYKOVÝCH
LÁTKÁCH

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr.Linda Švrčinová

OLOMOUC 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a že jsem použil/a jen uvedené prameny a literatury.

V Olomouci dne 1. 4. 2011

Simona Strakoňová

Poděkování

Děkuji Mgr. Lindě Švrčinové za její podněty a rady, které mi jako vedoucí mé bakalářské práce poskytovala při jejím zpracování.

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD | 6 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | |
| 1 ZÁKLADNÍ POJMY | 8 |
| 1.1 Návyková látka | 8 |
| 1.2 Droga..... | 8 |
| 1.3 Drogová závislost mladistvých | 8 |
| 1.4 Riziková skupina..... | 9 |
| 1.5 Rizikové chování | 9 |
| 1.6 Dítě..... | 10 |
| 1.7 Rizikové dítě | 10 |
| 1.8 Mládež..... | 10 |
| 1.9 Mladistvý | 11 |
| 1.10 Životní styl | 11 |
| 1.11 Sociální práce..... | 11 |
| 1.12 Sociální pracovník | 12 |
| 1.13 Sociální kurátor..... | 12 |
| 2 NEALKOHOLOVÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY | 13 |
| 2.1 Historie zneužívání návykových látek mládeží | 14 |
| 2.2 Dělení drog..... | 15 |
| 3 ZÁVISLOST | 21 |
| 3.1 Příčiny drogové závislosti..... | 21 |
| 3.2 Znaky závislosti | 23 |
| 3.3 Druhy závislostí | 24 |
| 3.4 Vznik závislosti dětí a mládeže..... | 25 |
| 4 SOCIÁLNÍ PRÁCE | 27 |
| 4.1 Vymezení sociální práce | 27 |
| 4.2 Sociální práce s uživateli drog | 28 |
| 4.3 Cílová skupina | 28 |
| 4.4 Cíle a principy práce s uživateli drog | 29 |
| 4.5 Druhy služeb a zařízení zaměřené na práci s uživateli drog..... | 29 |

| | | |
|--------------------------|---|----|
| 4.6 | Typy zařízení | 30 |
| 5 | LEGISLATIVA | 32 |
| 6 | ORGÁN SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ A MLÁDEŽE BRNO- BYSTRC..... | 34 |
| 6.1 | Oddělení sociálně-právní ochrany dětí a mládeže | 34 |
| 6.2 | Funkce kurátora dětí a mládeže | 34 |
| 7 | PORADENSKÉ CENTRUM PRO DROGOVÉ A JINÉ ZÁVISLOSTI..... | 36 |
| 7.1 | Zaměření centra | 36 |
| 7.2 | Poskytované služby..... | 37 |
| 8 | DENNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ SANATORIUM ELYSIUM BRNO | 38 |
| 8.1 | Cílová skupina | 38 |
| 8.2 | Poskytované služby..... | 38 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | | |
| 9 | ÚVOD DO ŠETŘENÍ..... | 40 |
| 9.1 | Cíl šetření..... | 40 |
| 9.2 | Výzkumný soubor..... | 40 |
| 9.3 | Metoda šetření..... | 41 |
| 9.4 | Zkoumané prostředí | 41 |
| 10 | VYHODNOCENÍ ROZHOVORŮ | 42 |
| 11 | SHRNUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI..... | 45 |
| 12 | ZÁVĚR | 47 |
| 13 | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 48 |
| 13.1 | Internetové zdroje | 49 |
| 14 | SEZNAM PŘÍLOH..... | 51 |

Přílohy

Anotace

ÚVOD

Jako téma bakalářské práce jsem zvolila nealkoholové návykové látky, jelikož tato tematika mě již delší dobu zajímá a směřovala jsem k ní i v blokové praxi. Návykové látky vždy budou hrát v lidské společnosti velkou roli a bohužel budou přinášet i velká rizika. Je to tedy stále aktuálnějším tématem jak ve školách, tak v různých centrech. Ty vznikaly právě proto, že se společnost potýká v dnešní době se spoustou uživatelů návykových látek a je potřeba se s tím snažit něco dělat. A kde jinde s tím začít, než u dětí. Proto jsem se zaměřila na děti a mládež, kteří pravidelně užívají návykové látky a mnozí z nich bojují se závislostí.

Na začátek je dobré si uvědomit rozdíl mezi návykovou látkou a drogou. Drogy vždy měly a budou mít v lidské společnosti velké zastoupení. Ať se jedná o drogy legální, které jsou všude kolem nás, tak drogy nelegální, které mohou způsobit mnoho škod. Drogou se může stát v podstatě cokoliv. Pro někoho to může být sledování televize, pro druhého čokoláda. Narozdíl od toho je návyková látka ta látka, která je v drogách obsažena a vyvolává v člověku závislost. Můžeme si jako příklad uvést kofein v kávě.

Jak jsem se již zmínila, bakalářská práce je zaměřena na děti a mládež užívající nealkoholové návykové látky. Z praktického hlediska jsem se tomuto tématu věnovala v druhé části, kde jsem se zabývala tím, jak se na třech různých pracovištích řeší závislosti dětí a mládeže na návykových látkách. Proto jsem jako cíl stanovila přiblížení postupů u řešení závislostí. Za další cíl považuji blíže se seznámit se třemi vybranými pracovišti, kde se touto problematikou zabývají.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ POJMY

1.1 Návyková látka

Návyková látka je látka, která působí na psychiku a tělo a vyvolává závislost. Může být obsažena v potravinách, lécích, alkoholu a látkách připravovaných jako drogy. Některé drogy jsou v naší společnosti tolerovány (alkohol, tabák), ale neznamená to, že jsou neškodné. Užívání jiných drog je kriminalizováno i přes to, že nemusí mít pro společnost závažné následky. Rychlost vzniku návyku závisí na individuální vnímavosti vůči droze a typu drogy. Závislost na opiátech, halucinogenech, stimulantech, farmakách a čichání těkavých látek může vést k nenávratnému poškození zdraví a dokonce až ke smrti. (Matoušek, 2008)

1.2 Droga

Tento termín má více významů. Nejobecnější význam je lék nebo psychoaktivní látka, která je dostupná bez lékařského předpisu (alkohol, tabák, kofein). Psychoaktivní látka je taková látka, která bez nutného následku závislosti mění duševní procesy. Droga může být i látka, jejíž držení je nezákonné. (Matoušek, 2008)

1.3 Drogová závislost mladistvých

Drogová závislost mladistvých je důsledek pravidelného konzumování návykové látky. Jedinec je nucen pravidelně drogu užívat. Drogová závislost se u mladistvých vyvíjí mnohem rychleji než u dospělých a posunuje se stále na nižší věkovou hranici.

Drogová závislost sebou nese velmi nebezpečné psychické, somatické a sociální následky s možností rizika nákazy virem HIV. V ČR je protidrogová prevence stále nedostačující. Léčení je velmi obtížné a jeho úspěšnost je nízká. (Průcha, Walterová, Mareš, 2008)

1.4 Riziková skupina

Rizikovou skupinou se stává sociální skupina se stíženou cestou ke vzdělání nebo těžko vzdělatelná z důvodů kulturní deprivace. Objevuje se tu velká pravděpodobnost neuplatnění ve společnosti. Dochází tedy k sociálnímu selhání. Nestabilita rodiny, ústavní výchova, příslušnost k etnické menšině a další mohou být příčinami sociálního rizika. (Průcha, Walterová, Mareš, 2008)

1.5 Rizikové chování

Znamená to chování především dospívajících, tedy rizikové populační skupiny. Podle Světové zdravotnické organizace je „dorost“ samostatná riziková populační skupina a má mít samostatný preventivní program.

Průcha, Walterová, Mareš (2008, s. 247-248) rozdělují tři typy rizikového chování:

1. *„zneužívání návykových látek (nikotin, alkohol, drogy),*
2. *negativní chování v oblasti reprodukční (předčasný sex a s ním spojené střídání partnerů, riziko pohlavních nemocí a předčasného otěhotnění),*
3. *negativní psychosociální chování (poruchy chování, agresivita až kriminalita, úrazy, deprese až sebevražedné jednání, poruchy školní docházky, následná nezaměstnanost).“*

„Tyto tři kategorie mají tendenci se sdružovat a 1. usnadňuje vznik 2. Ve hře je také emocionální deprivace, distres a negativní tlaky vrstevníků.“

1.6 Dítě

Člověk ve fázi života od jeho narození po období adolescence (dospívání). V určitých pojetích je dítě i jedinec v prenatálním období vývoje. Vědy jako psychologie, psychiatrie, sociologie, lékařské vědy se zabývají zkoumáním a popisováním dítěte a jeho dětstvím.

Dítě se stalo v pedagogice předmětem edukace z hlediska vývoje a vzdělání. Zkoumají se psychické a tělesné funkce dítěte. Dalším hlediskem je způsob vzdělávání ve školním prostředí. V dnešní době vznikají alternativní školy, z důvodu vytvoření optimálnějších podmínek pro rozvoj dětí.

Rodinné prostředí dětem v některých případech neposkytuje pozitivní stimuly a vzniká tedy fenomén rizikových dětí a žáků. (Průcha, Walterová, Mareš, 2008)

1.7 Rizikové dítě

V pojetí speciální pedagogiky je to dítě, u něhož bylo obvykle screeningem zjištěno, že pravděpodobně je nebo bude nějak postižené. V pojetí sociální pedagogiky je to jedinec z rizikové skupiny. (Průcha, Walterová, Mareš, 2008)

1.8 Mládež

Sociální skupina populace ve věku od 15 let do 25 let. Člověk z této sociální skupiny už není označován za dítě, ale roli dospělého stále neplní. Pro tuto sociální skupinu je charakteristické jiné myšlení, chování, normy a hodnoty. Generace se od sebe liší jinými kulturními hodnotami, které vytváří. Mládež si prosazuje nové hodnoty, které společnost těžko připouští.

(Průcha, Walterová, Mareš, 2008, s. 156-157) definují mládež takto:

„V legislativních dokumentech, v oblasti sociální péče apod. se termín užívá (ne zcela důsledně) pro děti a mladé lidi do doby dovršení hranice věku, nebo s dolní hranicí přibližně tři roky.“

1.9 Mladistvý

Podle trestněprávní úpravy je „mladistvý“ člověk od 15 do 18 let se sníženou trestní odpovědností narozdíl od dospělého. Jedná se o termín z oblasti práva kriminologie. (Průcha, Walterová, Mareš, 2008)

1.10 Životní styl

Životní styl se vztahuje na jedince, rodinu, skupinu osob a celou populaci. Jedná se o projev způsobů mezilidské interakce, zvyklostí, vykonávaných činností, délce času jim věnovaného. Je vymezen zvláštnostmi dané společnosti, komunity, lokality, kulturou. Do kulturních zvláštností spadá móda, zvyklosti, sociální normy, převažující životní styl, vzdělání, věk apod.

Dítě je životním stylem rodiny, ve které vyrůstá, silně ovlivněno. Životní styl rodiny má váhu na žákův postoj ve škole a vzdělávání a tedy i na celý edukační proces. Dospívající mají vyšší náchylnost k rizikovému životnímu stylu (experimentování s psychotropními látkami). (Průcha, Walterová, Mareš, 2008)

1.11 Sociální práce

Jedná se o oblast praktické činnosti, která má za cíl odhalovat, zmírňovat, vysvětlovat a řešit sociální problémy (chudoba, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanost). Sociální práce je také společenskovední disciplína a studijní obor.

Sociální práce znamená pomoc jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám. Hlavní úkol sociálního pracovníka je pomoc ke způsobilosti a sociálnímu uplatnění. U klientů, kteří se již uplatnit nemohou, sociální práce napomáhá k důstojnějšímu životu. Obor sociální práce má mnoho společného se sociální pedagogikou a v mnohém se překrývají. (Walterová, Mareš, Průcha, 2008)

1.12 Sociální pracovník

Matoušek (2008, s. 201) definuje sociálního pracovníka podle zákona č. 108/2006, o sociálních službách takto: *„Pracovník vykonávající sociální šetření, zabezpečující sociální agendy včetně řešení sociálně-právních problémů, poskytující sociální poradenství, provádějící analytickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízení služeb sociální prevence, depistážní činnost, poskytující krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitaci. Zákon definuje i předpoklady k výkonu povolání sociálního pracovníka, k nimž patří způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost (vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání).“*

1.13 Sociální kurátor

Sociální kurátor je pečovatel nebo opatrovník dítěte pověřený sociální institucí nebo soudem, v takovém případě, že o něj rodiče dostatečně nepečují. V systému sociální práce pracovník úřadu státní správy sledující život rodin s nižšími příjmy nebo z rizikových skupin. Pracovník má snahu předcházet zanedbávání a týrání dětí. (Průcha, Walterová, Mareš, 2008)

2 NEALKOHOLOVÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY

Návyková látka je syntetická nebo přírodní látka, která má psychotropní účinek a může vyvolat závislost. Jedná se tedy o cokoliv, co ovlivní naše myšlení, prožívání, realitu, ve které žijeme a naše vnitřní ladění. Její složky v člověku vyvolávají pocit otupění, či povzbuzení a spoustu dalších možných pocitů. Zároveň přináší chvilkovou úlevu od starostí a špatných nálad. Daň za tuto klamnou úlevu si ale vybere později. (Presl, 1994)

Marhounová, Nešpor (1995) definují návykovou látku jako látku s rychlým a výrazným účinkem na psychiku člověka. Nejčastěji to jsou psychoaktivní látky.

Drogami jsme obklopeni všude kolem nás. Legální drogy seženeme běžně v obchodech. Jedná se např. o cigarety, čaj, kávu, Colu. Jsou to tedy běžně dostupné a naší společností tolerované látky. Drogou se může stát i návykové hraní na výherních automatech nebo sledování televize či „surfování“ po internetu. Úplná abstinence od jakýchkoliv drog je v podstatě v dnešní době spíše výjimkou. (Presl, 1994)

V dnešní době jsou nejčastěji zneužívané nelegální návykové látky marihuana, pervitin, heroin, kokain, extáze. Marihuana je mezi mladými lidmi snadno dostupná. Často si ji kamarádi mezi sebou vyměňují nebo dávají zadarmo. Marihuana se pro mladistvé stává jakousi „branou do světa drog“. Někdo jí projde dál a někdo se před ní zastaví. (Hajný, 2001)

2.1 Historie zneužívání návykových látek mládeží

Drogy znali již staří Egypťané, Inkové a Babyloňané. Různá místa na zemi skýtají spoustu látek, na kterých může vzniknout závislost. Pro každé místo existuje jeho typická droga. Např. v Jižní Americe se již od pradávna žvýkaly listy koky pro jejich blahodárné účinky. Užívání drogy je také spojováno s náboženskými rituály a má určitá pravidla. Velkou roli v rozšíření drog do celého světa hrála industrializace. Od konce 19.století se rozvíjí zneužívání drog v industrializovaných zemích. I přesto, že byly známy jejich škodlivé důsledky na zdraví. V 60. letech dochází v Evropě a Americe k největšímu rozmachu drogové scény. Ta je charakteristická především zneužíváním návykových látek ve skupinách.

Dochází také ke snížení věkové hranice konzumentů. Dříve byli závislími jedinci dospělí lidé a často ti, kteří s drogou přicházeli do kontaktu díky své profesi, jako umělci, spisovatelé, básníci, zdravotníci. Od 60. let se posunula věková hranice uživatelů rapidně směrem dolů. Adolescenti byli často somatosexuálně vyspělí, avšak nezralí emocionálně a sociálně.

Mládež se snažila díky droze utéct od problémů, protestovat nebo se začlenit do skupiny. Na přelomu 60. a 70. let se utváří tzv. šlechta toxikomanů. První zkušenosti se k nám dostaly ze západních zemí, které byly „rozvinutější“ a tudíž mládeži připadalo zneužívání těchto látek „lepší“ než užívání alkoholu.

Díky chybějící směnitelnosti koruny byla naší zemí postavena bariéra na trhu drog, a proto si naši toxikomané začali vyrábět drogy sami. Výroba pervitinu z léků se dochovala do současné doby. Toxikomanské party si sami sháněly suroviny, drogu vyráběly, rozdělovaly a prodávaly. Tedy za malé množství finančních prostředků se získalo velké množství návykové látky a tím i rapidně vzrostl počet závislých. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

2.2 Dělení drog

Každá droga je spojena s jinou mírou rizika. Jedním z rizik je postupný vznik závislosti. Riziko vzniku závislosti je i u společností akceptovaných drog, které se zdají být zcela neškodné. Právě podle míry rizika vzniku závislosti se drogy dělí na měkké a tvrdé. Toto značení není ale zcela přesné. Drogy by se měly dělit spíše na skupinu s akceptovatelným rizikem, rizikem přijatelným a nepřijatelným. Takto se drogy dělí v Holandsku.

Příkladem měkkých drog je káva, tabákové výrobky, produkty konopí. Tato skupina je charakteristická tím, že drogy se můžou v přijatelném množství konzumovat a jsou společností akceptovatelné. I když v některých případech může docházet k přehnanému konzumování měkkých drog a dokonce i závislosti, míra rizika vzniku závislosti není tak vysoká, aby se zavedla opatření k zakázání drogy.

U tvrdých drog je vznik závislosti jednoznačně vysokým. Tedy „neakceptovatelným“ podle Holandského dělení. Tvrdá droga lidskému organismu vysoce škodí i když je podána „jen“ občasně. I po jednou užití může způsobit vážné zdravotní problémy nebo nevratné psychické obtíže. Nejznámějšími tvrdými drogami jsou heroin, pervitin, kokain, extáze. (Presl, 1994)

2.2.1 Skupina stimulačních drog

U této skupiny stimulačních drog jde především o celkové povzbuzení organismu. Mezi hlavní účinky patří stimulace organismu, nespavost, euforie, hyperaktivita, zvýšená aktivita celé nervové soustavy. U nás jsou nejznámějšími stimulačními drogami pervitin, extáze a kokain.

Pervitin (piko, péčko, peří, perník) - jedná se o derivát amfetaminu. Vstupní látkou je efedrin získaný z léků. Ten se poté přemění pomocí dalších chemikálií na metamfetamin. Výroba pervitinu není až tak složitá, takže se poslední dobou hodně hovoří o domácí výrobě i ve sdělovacích prostředcích. Gram pervitinu stojí okolo 1000-1500 korun, což je asi deset běžných dávek.

Po „perníku“ se člověk cítí povzbuzený, má zvýšenou psychickou i fyzickou výkonnost s kompletně odstraněnou únavou. Má pocit empatie a schopnost vcítit se do ostatních. Toto je pouze jedna strana mince, na druhé straně si droga vybere

vysokou daň. Po individuální době dojde u člověka k zásadním proměnám psychiky doprovázené takzvanými „střhami“. Postižený jedinec má pocit, že se s jeho okolím děje něco zvláštního. Domnívá se, že o něm ostatní hovoří. Že se proti němu kamarádi spikli a chystají na něho nějaký podraz. Postupně se mohou přidávat sluchové i zrakové halucinace. Jedinec tedy může podlehnout až toxické psychóze, což je závažné duševní onemocnění podobné schizofrenii. Hlavní způsoby užívání pervitinu jsou šňupání a nitrožilní aplikace.

Kokain (koks, sníh, Carl) - alkaloid obsažený v listech keře Erythroxyton coca. Již Jihoameričtí indiáni žvýkali listy tohoto keře pro získání blahodárných účinků, což je příkladem společenského abúzu, tedy společensky tolerovaného braní drogy spjatého s danou kulturou a náboženstvím. V roce 1860 se Chemický čistý kokain dostal do medicínského průmyslu v Německu jako prostředek pro místní umrtvení. Po celém světě se rozšířil během první světové války jako „náhrada“ za opiatové drogy při léčbě závislostí. To ale vedlo k negativním důsledkům a to ke zkřížení obou závislostí.

Hlavní účinky kokainu jsou podobné účinkům pervitinu, ale s výrazným rozdílem v délce trvání jedné dávky. Ta je u kokainu poměrně kratší a trvá okolo třiceti minut. Jedinec má po užití kokainu pocit euforie, má zrychlené myšlení, chování i řeč. Po dlouhodobějším užívání se mohou objevit i určitá zdravotní rizika. Mezi ta patří porušení nosní sliznice doprovázené častým krvácením z nosu. Dále může vysoké množství kokainu vyvolat srdeční kolaps nebo psychické obtíže.

Gram kokainu stojí okolo 2000-2500 tisíc a stačí zhruba na deset dávek. Kokain se užívá šňupáním. V málo případech se užívá nitrožilně. Cena kokainu je poměrně vysoká a proto se u nás stal po první světové válce hlavně zábavou společensky vyšší vrstvy. Na vrcholu oblíbenosti byl kokain v USA v polovině osmdesátých let, kdy vystřídal nejoblíbenější drogu šedesátých let - heroin. Popularita kokainu vedla k rozšíření černého trhu díky společenskému experimentování.

Crack - jedná se o levnější podobu kokainu upravené pro kouření, kdy pro stejné dosažení účinků je zapotřebí razantně menší dávky. Účinky se dostávají již po pár vteřinách po aplikaci, jelikož přes plicní stěnu se crack dostane takřka hned. Vzhledem k levnější variantě kokainu oslovil i jiné uživatele a to spíše chudší vrstvu společnosti.

Extáze, MDMA (éčko, koule, koláč) - jedná se o drogu tlumící agresivitu a vyvolávající pocit sounáležitosti s druhým člověkem. Polyká se v tabletě, jejíž cena se pohybuje okolo 200 korun. Tablety jsou barevné většinou s nějakým vyraženým znakem, např. smajlík, srdíčko, značky automobilů.

Nástup účinků jako jsou euforie, empatie, solidarita, hyperaktivita se dostavují zhruba půl hodiny po požití tablety. Extáze je v úzkém spojení s taneční scénou a takzvanými „rave party“. Kde se stala oblíbenou taneční drogou. Jedinec zvládne po jedné pilulce protancovat i celou noc. To sebou nese ale i jistá rizika jako přehřátí organismu. Pokud celonoční tancování není dostatečně prokládáno pitným režimem, tak mohou být následky i smrtelné.

Jako nežádoucí účinky se mohou druhý den dostavovat deprese, nespavost, neklid. Stejně jako pervitin může extáze po dlouhodobějším užívání vyvolat toxickou psychózu. Mezi možná zdravotní rizika dále patří emoční otupění, zhoršená paměť a jiné psychické poruchy. Extáze patří do skupiny drog, které jsou vyráběny tzv. „poloprofesionálně“ a mohou obsahovat spoustu nežádoucích látek. Výrobci těchto drog vycházejí z toho, že spoustu potencionálních uživatelů vůbec neví, jak má extáze fungovat a proto může tableta obsahovat např. deriváty amfetaminu. Nebo stejně tak určité typy legálních látek, které nejsou v zákoně zakázané a tedy postih za výrobu není tak nebezpečný.

PCP (angel dust) - toto původně veterinární anestetikum není běžně užívanou drogou. Rozšířilo se v sedmdesátých letech v USA a poté i v Německu. PCP má napůl stimulační a napůl halucinogenní účinek. Může se užívat v tabletách, prášku, roztoku nebo se může kouřit. Jedná se o velmi silnou drogu. Po jeho užití se může dostavit těžká psychóza, pocity pronásledování vedoucí až k agresivnímu chování.

Účinky mohou být různé, jelikož závisí na výši dávky. Po menším množství se může jedinci zdát, že je odtržený od reality, odcizený běžným záležitostem. Při vyšších dávkách se dostavují pocity síly a nezranitelnosti doprovázené sluchovými halucinacemi a změněným vnímáním prostoru a času. (Presl, 1994)

2.2.2 Skupina opiátů

Mezi hlavní účinky této skupiny opiátů patří celkové zklidnění organismu, euforie, spavost, apatie.

Braun - jedná se o tekutinu hnědé barvy, která je v podstatě směsí derivátů kodeinu. Je to alkaloid, tedy přírodní látka zásadité povahy, získávaná z opia. Čisté opium je šťáva vytékající z naříznuté nezralé makovice. Mezi základní alkaloidy patří kodein, morfin, papaverin. Braun je tedy tradiční opiát užívaný nitrožilně.

Morfin - závislost na morfinu se rozšířila hlavně mezi profesionálními zdravotníky. Mezi běžnou populací tak rozšířený nebyl. Během první světové války se používal jako tišící prostředek na bolest. Jen málo lidí po odeznění zdravotních problémů morfin vyhledávalo dál a vytvořilo si na něm závislost.

Heroin (herák, háčko) - je to klasický zástupce skupiny opiátů. V roce 1898 byl heroin syntetizován jako lék proti kašli. Používal se také jako lék proti závislosti na morfin, to ale situaci závislého uživatele nevyřešilo, jelikož přešel z jednoho opiátu na druhý. V sedmdesátých letech se stal heroin velmi oblíbený, hlavně v USA. U nás se heroin objevil až po roce 1989, kdy ale zaznamenal velký „boom“ jak mezi migranty, tak mezi lidmi s vysokým postavením, kteří si heroinem kompenzovali velké pracovní nasazení a stresující faktory. V roce 1993 se v protidrogových střediskách objevily první výraznější problémy se závislostí na heroinu.

Mezi zdravotní rizika užívání heroinu patří hlavně vysoká míra psychické a fyzické závislosti, která vzniká takřka po několika prvních užitích. Po dlouhodobém užívání může dojít k mnohým vážným zdravotním problémům a onemocněním. Nemluvě o vysoké možnosti nákazu AIDS nebo žloutenky typu B. Heroin se užívá nitrožilně, šňupáním nebo kouřením přes alobal. (Presl, 1994)

2.2.3 Halucinogenní drogy

Jsou to látky s velice nevyzpytatelným účinkem. Hlavním efektem po požití drogy je změna vnímání. Můžou to být látky jak přírodní tak i syntetické. Vnímání je změněno do určité hloubky a může to dojít tak daleko, že droga vyvolá v člověku toxickou halucinatorní psychózu, což je stav těžkého duševního onemocnění.

LSD – lysergamid, derivát kyseliny lysergové. Tato látka byla objevena v roce 1943 A. Hofmannem k experimentům s lidskou psychikou. Byla ale brzy zakázána pro její nevypočitatelnost účinků s možností vzniku latentní psychózy. Po malém množství užití látky se dostávají pocity euforie, stimulace a prožitků lehkých poruch vnímání zvuků a barev. Malá množství látky nejsou schopny vyvolat halucinogenní efekt. Účinky plných dávek jsou velice razantní a trvají rozdílnou dobu, ale většinou okolo 8 hodin. Jedná se o hluboké narušení psychiky s poruchami vnímání, myšlení a emotivity se změnou vnímání času, prostoru, reality. Prožitek může být tak silný, že se jedinec úplně ponoří do vlastní osobnosti, může se navrátit do dětství či do prenatalního stadia. Právě pro tyto účinky se používalo LSD v psychiatrii.

LSD se užívá jako roztok nebo vložením papírku napuštěného touto látkou pod jazyk. Mezi negativní zdravotní rizika patří možný rozvoj psychické poruchy, nespavost a neklid.

Lysohlávka česká - sbírání lysohlávek je u nás v posledních dvaceti letech velmi rozšířená. Houba se suší nebo nakládá a poté se různým způsobem konzumují její hlavičky. Nebezpečným se může stát špatně odhadnuté množství účinné látky vedoucí až k předávkování. Menší množství požitých lysohlávek způsobuje euforii, pocit pohody a hovornosti. Vyšší dávky mohou způsobovat deformace předmětů, zrakové iluze a stavy podobné efektu po užití LSD. (Presl, 1994)

2.2.4 Konopí a jeho produkty

Konopí seté je dvoudomá bylina s účinnou látkou THC. Rostlina byla pěstována už před 5 000 lety pro její psychotropní účinky. Její užívání je rozšířené po celém světě. Konopí se pěstuje pro průmyslové účely, ale i „na marihuanu“, jejíž kouření patří stejně jako kouření hašiše k velmi populárním. Hašiš je zaschlá a zformovaná pryskyřice ze samičích rostlin konopí. Marihuanu je možné kouřit

nebo si ji lze upravit různými způsoby ke konzumaci. Podle množství účinné látky THC (tetrahydrocannabinol) existují různé formy účinků marihuany. Mezi hlavní účinky patří euforie, zkreslené vnímání prostoru a času, pocit hladu a zhoršení koordinace. Při kouření se účinky dostaví velmi rychle, již po několika minutách a trvají okolo dvou až tří hodin. Konopné drogy povzbuzují také chuť k jídlu. Problémy s dýchacími cestami, psychické obtíže a zhoršená paměť mohou být jen některé z mnoha zdravotních rizik užívání marihuany. (Presl, 1994)

2.2.5 Těkavé látky

Toluen – u nás jsou těkavé látky reprezentovány především toluenem. Jedná se o organické rozpouštědlo, jehož účinky jsou změněné vnímání, euforie a halucinace. Intoxikovaný má pocity polospánku a polovědomí.

Způsob aplikace toluenu je čichání, což vede po dlouhodobějším užívání k poškození dýchacích cest a selhání organismu. Mezi další zdravotní rizika patří nevratné změny nervového a kardiovaskulárního systému, poruchy soustředění a paměti. Při předávkování může dojít až k zástavě dechu a krevního oběhu což může mít za následek smrt. Z těchto důvodů se jedná o jednu z nejnebezpečnějších drog. Bohužel je ale velmi často užívána nejmladšími věkovými skupinami. (Presl, 1994)

2.2.6 Benzodiazepiny

K této skupině návykových látek se nejčastěji dostávají děti z rodin, kde jsou léky předepisovány rodičům jako uklidňující prostředky. Jedná se o tablety a ampule různé velikosti. Délka účinků působení benzodiazepinů je mezi jednou hodinou a celým dnem.

Jsou to nebezpečné drogy, které mohou způsobit silnou tělesnou i psychickou závislost. Benzodiazepiny uvolňují napětí, stres a celkově utlumují organismus. Hlavní účinek je zbavení úzkosti, proto po nich doma velmi často sahají úzkostné děti. Při předávkování dochází k únavě, usínání, poruchám vědomí, nedostatku kyslíku a případně k následné smrti. Velmi nepříjemné jsou i abstinенční jevy jako nespavost, bolest hlavy, pocení, záchvaty křečí, nevolnost, třes. Mezi nejznámější benzodiazepiny patří Lexaurin, Neurol, Diazepam, Rohypnol. (Gohlert, Kuhn, 2001)

3 ZÁVISLOST

Karel Nešpor (2007) definuje závislost podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Jedná se tedy o fyziologické, behaviorální a kognitivní fenomény, kdy člověk dá přednost určité látce před jednáním, které bylo pro něho dříve cennější. Závislost má úzkou spojitost s touhou užívat určitou látku.

Podle Jana Presla (1994) je závislost onemocnění s kterým souvisí nejen ten závislý jedinec, ale i celá společnost. Naše společnost povoluje drogy legální jako alkohol, tabák apod. Závislí na legálních drogách jsou společností tolerováni do té doby, než by mohli být pro ni nějak ohrožující.

Americká psychiatrická asociace diagnostikuje závislost pacienta, pokud za poslední rok vykazuje alespoň tři ze sedmi níže uvedených znaků:

- a) zvedá se tolerance, k dosažení stejných účinků je potřeba stále větší množství látky,
- b) po vysazení látky se již vyskytují odvykací příznaky,
- c) užívání drogy delší dobu nebo většího množství látky nebo než bylo „v plánu“,
- d) trávení většiny času obstaráváním a užíváním drogy a dostáváním se z jejich účinků,
- e) zanedbávání rodiny, školy, práce kvůli droze, která je na prvním místě,
- f) pokračování v užívání drogy i přes vznikající sociální, tělesné, psychologické problémy. (Nešpor, 2007)

3.1 Příčiny drogové závislosti

Jedním z důvodů, proč mladí lidé začínají brát drogy, může být touha poznat něco tajemného a nového, protože právě experimentování je součástí dospívání. Děti podle studií začínají experimentovat s návykovými látkami již kolem dvanáctého a třináctého roku věku. Nejdříve zkouší drogy legální, jako jsou cigarety a alkohol, a poté může následovat přesun k drogám nelegálním (marihuana, extáze, pervitin).

Dalším důvodem, proč dospívající experimentují může být uvolnění nebo zapomnění problémů a starostí spojené s dospíváním. Mladí chtějí zapomenout,

necítit nebo dokonce prosadit se ve skupině. A právě skupina bývá kámen úrazu, jelikož může na dospívajícího tlačit či dokonce ho nutit „něco“ vyzkoušet. Jedinec může mít pocit, že chce být ztotožněný se skupinou a bez drogy by to nešlo.

Roli také hraje ilegalita a zakázanost většiny drog a tedy motiv dělat „cosi“ nepovoleného. Dělat tedy něco, co rodiče nedovolují. Konflikty v rodině a špatné rodinné prostředí jsou velkým spouštěčem motivu k návykové látce. Mladiství mají pocit, že se tím vyřeší jejich problémy s rodiči, jelikož na ně alespoň na chvíli zapomenou. Mládí je také doprovázeno citovými problémy s partnery a je mnoho jedinců, kteří mají tendenci problémy „řešit“ právě drogami. (Hajný, 2001)

Jedinci konzumující drogy mají často odchýlný životní styl v životních podmínkách, pro ně náročných. Cílem užívání návykových látek může být omezení stresu, psychické bolesti, lepší zvládnutí komunikace, zlepšení špatné nálady. Mladiství si chtějí zvednout sebevědomí, své sebehodnocení, potlačit nudu, minimalizovat negativní zkušenosti apod.

Také rodina hraje v životě dítěte a formování jeho životního stylu velkou roli. Studia ohledně vztahu rodiny a abúzu dětí a mladistvých se věnují hledisku výchovných procesů rodiny, vztahu k dítěti, funkci rodiny, povaze rodičů, sociálnímu postavení rodiny.

Velký vliv na dítě má také skupina kamarádů a vrstevníci. Ti stojí často na začátku jedinceva experimentování s drogou. Nelze říct, jak se většina rodičů a odborníků domnívá, že příčinou zneužívání drog je špatná parta kamarádů. Se špatnou partou se může setkat i dítě vyrůstající v dobrém rodinném prostředí. Dokáže se však lépe vyhnout negativním návykům anebo jim tolik nepodléhá. Když i přesto podlehne tlaku party, obvykle s drogou „pouze“ experimentuje a od návyku se dokáže lépe odpoutat. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

3.2 Znaky závislosti

Karel Nešpor (2007) uvádí šest znaků závislosti:

1. znak: silná touha nebo pocit puzení užívat látku

Jedná se o touhu zažívat znovu stejné pocity jako při dřívějším užití látky. Psychické a tělesné bažení se v mozku neprojevuje odlišně. Při psychickém bažení jsou známé projevy jako oslabení paměti, zrychluje se tepová frekvence, zhoršuje se postřeh. U závislých na alkoholu může docházet ke zvýšenému slinění. Tyto změny se kryjí s příznaky stresu. Bažení ovlivňuje i jedincovo rozhodování a může zvyšovat riziko recidivy.

2. znak: zhoršené sebeovládání

Zhoršené sebeovládání souvisí s bažením, ale není zcela totožné. Bažení se podílí na zhoršeném sebeovládání, ale nemusí tomu tak být v každém případě. Může se také objevit zhoršené sebeovládání bez předchozího uvědomění si bažení. Toto se často vyskytuje v situacích, kdy pacient neumí rozeznat své emoce nebo je např. dlouhodobě vyčerpán.

3. znak: somatický (tělesný) odvykací stav

Diagnostikování odvykacího stavu je charakterizováno těmito kritérii:

- a. vysazení látky po dlouhodobém nebo opakovaném užívání,
- b. objevují se příznaky spojené s vysazením látky,
- c. příznaky nejsou ovlivněné nějakým tělesným onemocněním.

4. znak: růst tolerance

Růst tolerance je charakteristický tím, že stále stejné dávky mají nižší účinek nebo k dosažení stejného účinku jsou potřeba vyšší dávky. Za následek to může mít nižší reaktivita centrálního nervového systému na návykovou látku.

5. znak: zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů

Zanedbávání rodiny, kamarádů, práce, školy a jiných, předtím pro jedince důležitých zájmů jde stranou kvůli droze, která je na prvním místě.

6. znak: pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků

Závislý pokračuje v užívání drogy i přesto, že mu vážně škodí. Tento znak platí jen v případech, že závislý si je škodlivých následků vědom a je o nich dostatečně informován. (Nešpor, 2007)

3.3 Druhy závislostí

Závislost může být buď psychická anebo tělesná. V některých případech se vyskytují oba druhy závislosti dohromady.

Psychická závislost - touha prožívat povzbuzující, euforizující, psychotropní, halucinogenní účinky drogy. Touha může být tak silná, že ji člověk nedokáže potlačit a snaží se získat drogu všemi možnými prostředky. Což vede často ke kriminálním činům pro získání potřebných peněz. Psychická závislost vzniká prostřednictvím návykové paměti vytvářející se v mozku. Zažívání opakovaného opojení svádí ke stále častějšímu užívání látky a to vede až k psychické závislosti i přesto, že si je závislý vědom negativních rizik. Psychická žádostivost je důsledkem cravingu neboli „bažení“.

Tělesná závislost - dochází k ní při abstinenci, tedy když tělu chybí látka, na kterou si zvyklo. Tělo abstinenta se nastaví na fungování s drogou a bez ní už nedokáže fungovat normálně. Po odnětí látky se dostaví tělesné abstinenční příznaky, které již vyžadují lékařskou pomoc. Mezi klinické znaky tělesných abstinenčních příznaků patří např. vyražení potu, zvýšená dráždivost, třes, rozšíření zornic, zvracení, nevolnost. Tělesnou závislost lze s lékařskou pomocí překonat za relativně krátkou dobu. Na rozdíl od toho psychická závislost může v člověku přetrvávat celý život. (Gohlert, Kuhn, 2001)

Walterová, Mareš, Průcha (2008, s. 60) rozlišují druhy závislosti podle:

1. „zneužívané drogy (alkohol, marihuana, kokain, pervitin, heroin, apod.),
2. stupně závislosti,
3. průběhu otravy (akutní, chronická),
4. zdravotních důsledků,
5. sociálních důsledků,
6. způsobu léčení.“

3.4 Vznik závislosti dětí a mládeže

Je důležité si uvědomit, že dítě je z hlediska odolnosti organismu více citlivé než dospělý člověk. Stejně tak snadněji u dítěte dojde ke vzniku závislosti. Především u adolescentů je těžké oddělit návyk od závislosti. Jsou tací kteří buď „jen“ experimentují nebo užívají návykové látky rekreačně v partách. Takové užívání může snadno přejít do stále pravidelnějších intervalů vedoucích až k vzniku závislosti. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

Karel Nešpor (2007) uvádí specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících. Jedním z mnoha specifík je existence vyššího rizika otrav, jelikož dospívající mají velký sklon k riskování a nižší toleranci. Jednají pod vlivem látky nebezpečněji. Často zkouší více druhů návykových látek najednou nebo je střídají. Což může vést až k otravě.

Jakékoliv užívání návykových látek může poškodit psychosociální vývoj dítěte nebo mladistvého. Někdy může užívání znamenat demonstraci mladistvého. Tudíž by se jednalo o sekundární projev, kterým se demonstrují již stávající problémy. Droga je mnohdy únikem z úzkostí nebo slouží jako prostředek k dosahování osobních cílů. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

„Klasifikace abúzu drog obvykle vychází z teoretických hypotéz čtyř kategorií:

- a) biologické – zde je podmíněnost biologickými poruchami,*
- b) psychodynamické – nerozřešení psychického traumatu a neuspokojení,*
- c) potřeb časného života s následným rozvojem neurotických konfliktů,*
- d) sociální – na úrovni mikrostruktur i makrostruktur, většinou jako výsledek sociálního učení,*
- e) sociologické – teorie o sociálních deviacích.“*

(Heller, Pecinovská a kol., 1996, s. 39)

Součástí vývoje návyku a závislosti je motivace, která vede k abúzu drogy. Mezi nejčastější motivy patří:

- A) motivace fyzická – udržení fyzické kondice, energie, fyzického uvolnění, uspokojení,
- B) motivace senzorická – stimulování vnitřních smyslů (zrak, sluch, hmat, chuť),

- C) motivace emocionální – řešení problémů, psychické bolesti, úzkosti, emocionální relaxace,
 - D) motivace interpersonální – získání uznání od vrstevníků, komunikace s vrstevníky, uvolnění napětí s druhou osobou, vzorování autoritě,
 - E) motivace sociální – únik z nesnesitelných podmínek prostředí, identifikace s určitou subkulturou,
 - F) motivace intelektuální – únik před nudou, zkoumání svého vlastního vědomí a podvědomí,
 - G) motivace specifická – přání prožít prožitky, dobrodružství,
 - H) motivace filozofická – hledání smyslů života, objevování hodnot.
- (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

4 SOCIÁLNÍ PRÁCE

Matoušek (2008) definuje sociální práci jako společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejíž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.

4.1 Vymezení sociální práce

V dnešní době se setkáváme s vymezením cíle sociální práce opírajícího se o sociální fungování. Pojetí sociálního fungování je klíčem k pochopení sociální práce. Chce-li sociální pracovník pomoci klientovi, musí si položit otázku: “Co má dělat, aby klientovi pomohl správně sociálně fungovat?” Odpověď podle Kaliny a kol. zní: *“Měl by se zabývat překážkami a předpoklady (obecně faktory) jeho schopností zvládat problémy plynoucí z interakce s požadavky prostředí.”* (Kalina a kol., 2003, s. 70)

Sheafor, Horejsi a Horejsi (in Kalina a kol, 2003, s. 70) považují za cíl sociální práce:

- 1) *„pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat své sociální fungování,*
- 2) *měnit sociální podmínky tak, aby chránily tyto jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování.“*

4.2 Sociální práce s uživateli drog

S uživateli drog spolupracují profesionálové s kvalifikací různých pomáhajících profesí (sociální pracovníci, psychiatři, psychologové, speciální pedagogové). Několik resortů státní správy, veřejná správa, státní a nestátní instituce řeší problematiku závislostí. Jsou to léčebná zařízení, probační a mediační služba, sociální kurátoři, kurátoři pro mládež, policie, soudy, protidrogoví koordinátoři aj. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010)

4.3 Cílová skupina

Cílovou skupinou, se kterou pracují sociální pracovníci v oblasti drogových závislostí, jsou uživatelé návykových látek.

Kalina a kol. (2003) uvádí, že míru závislosti jedince lze vyjádřit podle frekvence, intenzity a následků užívání jedním z těchto pěti stupňů:

1. Experimentální užívání drogy - užívání drogy je občasné a nepravidelné, většinou bez následků.
2. Příležitostné užívání drogy - užívání drogy je pravidelné, avšak ne častěji než jednou týdně, uživatel drogu bere ve svém volném čase a je součástí jeho životního stylu. Následky užívání se objevují jen po užití drogy. Uživatel nemá psychické a sociální problémy způsobené užíváním.
3. Pravidelné (škodlivé) užívání drogy - užívání drogy je pravidelné, častěji než jednou týdně. Projevují se již škodlivé účinky.
4. Problémové užívání drogy - uživatel bere drogu pravidelně a má již ovlivněný soukromý a pracovní život. Vyskytují se známky zdravotních problémů.
5. Závislost na droze - existuje již vyšší tolerance k droze, uživatel má touhu drogu aplikovat a podřizuje droze celý život. Má také zdravotní, psychické a sociální problémy spojené s užíváním drogy.

Uživatelé v 1. a 2. skupině odborníky většinou nekontaktují. Odborníci pracují až s klienty užívajícími drogy pravidelně, problémovými uživateli a závislými uživateli. Tedy s 3. 4. a 5. skupinou. Sekundární cílovou skupinou pro práci odborníků s uživateli drog jsou jejich rodinní příslušníci.

(Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2010)

4.4 Cíle a principy práce s uživateli drog

V České republice vychází protidrogová politika z represivního přístupu, který je doprovázen léčebnými a preventivními programy. V Národní strategii protidrogové politiky na období 2005-2009 jsou vysvětleny východiska, principy, cíle protidrogové politiky. Mezi nejdůležitější principy protidrogové politiky státu v současné době patří snižování rizik, dostupnosti a poptávky. V těchto principech nalézají sociální práce své uplatnění. Snižování poptávky zahrnuje léčbu a resocializaci. Harm reduction (omezování škod) spadá do snižování rizik. Jedná se o postupy, které mají za úkol minimalizovat poškození u uživatelů, kteří s užíváním nechtějí skončit.

(Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2010)

4.5 Druhy služeb a zařízení zaměřené na práci s uživateli drog

Nejenom stupeň závislosti by měl rozhodovat o typu terapie a zařízení vhodného pro určitého uživatele. Níže jsou uvedena kritéria, která by měla v rozhodnutí o typu zařízení také hrát roli:

- a) zdravotní stav uživatele,
- b) psychologické a psychopatologické problémy,
- c) motivace uživatele a potřeba podpory,
- d) příznaky závislosti – relaps, abstinenční příznaky,
- e) vztahy s rodinnou, partnerem,
- f) sociální prostředí uživatele – přátelé, skupiny.

K těmto kritériím je možnost ještě doplnit ohled na zaměstnání nebo vzdělávání uživatele. (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2010)

4.6 Typy zařízení

Matoušek, Kolářková, Kodymová (2010) uvádějí tyto typy zařízení:

Terénní programy - působí přímo na místě, kde se pohybují sociální skupiny. Klienti mají možnost využít výměnu stříkaček a jehel. Jsou jim k dispozici dezinfekční prostředky. Můžou se také dozvědět základní informace o rizicích užívání drog, snižování rizik a možnosti léčby.

Nízkoprahová kontaktní centra - nabízí služby podobné terénním programům navíc s potravinovým a hygienickým servisem. Je tu ale na rozdíl od terénních služeb dlouhodobá spolupráce s klientem. Spolupráce je cílená, zabývá se klientovou motivací k léčbě. Kontaktní centra mohou klientovi pomoci s vybráním vhodné léčby a nástupu do ní.

Ambulantní léčba - je zprostředkovávána různými zařízeními (AT poradny, krizová centra, poradenská centra aj.). Na začátku léčby je zpracován klientův individuální plán. Tento typ léčby klade na klienta jisté nároky. Je potřeba jeho pevné rozhodnutí se léčit a spolupráce.

Denní stacionáře - léčba trvá zhruba 2 až 3 měsíce a je to intenzivní ambulantní léčba. Je prováděna formou celodenního programu a je složena z individuální, rodinné a skupinové terapie.

Detoxifikační jednotky - mají za cíl zbavit uživatele návykových látek v organismu a minimalizovat odvykací příznaky. Jsou to zdravotnická zařízení, takže lze využít medikaci. Detoxifikace trvá zhruba týden, výjimečně až měsíc. Detoxifikační jednotky jsou „předstupní stanicí“ do dlouhodobé pobytové léčby, které většinou detoxifikaci před nástupem vyžadují.

Psychiatrické léčebny - jedná se o krátkodobou léčbu pobytovou (3 až 6 měsíců), která probíhá formou individuální, skupinové a rodinné terapie.

Terapeutické komunity - poskytují střednědobou a dlouhodobou intenzivní léčbu (6-18měsíců). Klientům jsou zde kladeny vysoké nároky. Po celou dobu strávenou v komunitě musí klienti dodržovat předem stanovený režim, který je doprovázen intenzivním terapeutickým procesem. V komunitách se využívá individuální, skupinové, rodinné a pracovní terapie.

Doléčovací centra - specializují se na následnou péči a prevenci relapsu užívání drogy. Doléčovací program trvá 6-12 měsíců. Zahrnuje poradenství, individuální, skupinové, rodinné, párové terapie. Klientovi je pomáháno s hledáním bydlení a práce. Chráněné bydlení a práce v chráněných dílnách je někdy součástí doléčovacího programu.

Substituční programy - jedná se o programy pro uživatele drog opiátového typu. Klientům je podávána náhražka nelegální drogy (metadon, subutex). Jedná se o ambulantní službu, kam klienti pravidelně dochází pro „náhražku“. Mezitím musí dodržovat přísný řád substitučního centra. Léčba se zaměřuje na fyzickou, psychickou a sociální stabilizaci uživatele. Je to zároveň prevence proti trestným činům, prostřednictvím kterých se získávají finanční prostředky na drogu. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010)

5 LEGISLATIVA

Stěžejním zákonem v drogové problematice je zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Tento zákon upravuje zacházení s návykovými látkami, s přípravky obsahujícími návykové látky a s některými látkami používanými při výrobě návykových látek. Dále např. způsobilost zacházení s návykovými látkami, vývoz, dovoz a pěstování konopí a koky.

Dalším důležitým zákonem upravujícím legislativu ohledně návykových látek je zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. V § 283 je popsána nedovolená výroba a nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy. Neoprávněné přechovávání většího než malého množství omamné a psychotropní látky a jedu popisuje § 284. V § 285 je definováno nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku. Zákaz výroby a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu upravuje § 286. V § 287 je definováno šíření toxikomanie. Blíže tedy navádění k užívání jiných návykových látek než alkoholu, které může být potrestáno až na osm let odnětí svobody, pokud je to spácháno na dítěti mladším patnácti let. V § 288 je upravena výroba a nakládání s látkami, které mají hormonální účinek. Neoprávněná výroba, dovoz, vývoz, prodávání apod. těchto látek pro účely jiné než léčebné může být potrestáno odnětím svobody až na dvanáct let. V § 289 je stanoveno co se považuje za omamné látky, psychotropní látky a přípravky obsahující omamnou nebo psychotropní látku. Dále prekursorů používaných pro nezákonnou výrobu omamných a psychotropních látek. Vláda stanovila, co je považováno za jedy a jaké je množství větší než malé u jedů, psychotropních látek, psychotropních látek, a přípravků, které je obsahují. Dále obsah většího než malého množství hub a rostlin obsahující omamnou nebo psychotropní látku.

Pro účely trestního zákoníku se podle nařízení vlády č. 455/2009 Sb. stanoví houby a rostliny, které obsahují omamnou nebo psychotropní látku a jejich větší než malé množství.

Stejně tak je pro účely trestního zákoníku stanoveno nařízení vlády č. 467/2009 Sb., kde je popsáno co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů.

V zákoně o přestupcích (zákon č. 200/1990 Sb.) jsou v § 30 definovány přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Zákon např. uvádí, že se přestupku dopustí ten, kdo prodá nebo podá návykovou látku osobě mladší osmnácti let.

Neméně důležitým zákonem souvisejícím se závislostí dětí a mládeže na nealkoholových návykových látkách je zákon č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte. Úmluva o právech dítěte je mezinárodní konvencí, která stanovuje občanská, ekonomická, politická, kulturní a sociální práva dětí. Byla přijata 20. listopadu 1989 Valným shromážděním OSN. Úmluva vychází z respektu Charty Spojených národů, kterým je uznání důstojnosti a nezcizitelných práv všech, dospělých i dětí. Hlavním právem v Úmluvě je prosazovat zájem dětí a vždy respektovat jejich základní práva.

Další zákon, který chrání práva dítěte je zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Předním hlediskem je zájem a blaho dítěte. V zákoně je uvedeno, že každý je oprávněn upozornit na závadné chování dětí jejich rodiče. Zákon upravuje taková práva dítěte jako ochranu dítěte pro jeho příznivý vývoj a řádnou výchovu. Dále ochranu oprávněných zájmů dítěte včetně ochrany jeho jmění a působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny. V zákoně jsou vyjmenovány orgány sociálně-právní ochrany dětí a to krajské úřady, obecní úřady, obecní úřady obce s rozšířenou působností, ministerstvo, úřad.

6 ORGÁN SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ A MLÁDEŽE BRNO-BYSTRC

V této kapitole jsem čerpala z internetových stránek www.bystrc.cz. Orgán sociálně-právní ochrany dětí a mládeže (dále jen OSPOD) spadá pod Odbor sociální na Úřadě městské části Brno-Bystrc. Vedle Oddělení sociálně-právní ochrany dětí a mládeže je Oddělení péče o dospělé.

6.1 Oddělení sociálně-právní ochrany dětí a mládeže

Toto oddělení se zabývá problematikou dětí, které se ocitly v tíživých životních situacích. Můžou to být situace spojené s poruchami funkcí rodiny (rozvod) nebo v důsledku výchovného selhání rodiče (týrání) nebo selhání samotného dítěte (drogy).

Oddělení vykonává opatrovnictví dětí v případech, kde dochází k rozporu zájmů zákonných zástupců a dítěte. Dále se podílí na soudně realizovaných úpravách rodičovských práv a povinností a na trestněprávních věcech souvisejících s dětmi.

OSPOD spolupracuje se soudy všech stupňů, školami, zdravotnickými zařízeními a ostatními státními i nestátními institucemi. Dále se věnuje i problematice zanedbávaných, zneužívaných a týraných dětí.

6.2 Funkce kurátora dětí a mládeže

Kurátor dětí a mládeže vykonává funkce:

- účastní se trestního řízení proti mladistvým
- zajišťuje sociální výchovu a péči o těžce vychovatelné jedince
- zařizuje přijímání dětí do škol, které byly propuštěny z ústavního zařízení, ochranné výchovy, z výkonu trestu
- podává návrhy na nařízení nebo zrušení ústavní výchovy
- podává návrhy na úpravu práv a povinností rodičů k dětem

- vyhledává děti, jejichž osoby odpovědné za výchovu neplní své povinnosti a ohrožují jejich výchovu
- připravuje podklady pro soudní rozhodnutí o umístění dětí do náhradní výchovy
- zajišťuje předběžné umístění dětí do ústavních zařízení
- vykonává soudně stanovený dohled nad výchovou nezletilých dětí
- hájí zájmy dítěte ve věcech opatrovnických

7 PORADENSKÉ CENTRUM PRO DROGOVÉ A JINÉ ZÁVISLOSTI

Informace k této kapitole jsem získala z internetových stránek www.poradenskecentrum.cz. Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti je odloučeným pracovištěm Pedagogicko-psychologické poradny Brno Hybešova.

7.1 Zaměření centra

Poradenské centrum se zaměřuje na primární a sekundární prevenci.

a) primární prevence

Vytváří preventivní programy pro ZŠ a SŠ. Programy jsou zaměřeny na téma drogy, šikana, sebepoznání, řešení konfliktů, vztahů apod. Centrum nabízí intervenční programy, peer programy, seberozvojové skupiny. Cílem intervenčních programů je pomoci škole a učitelům s řešením různých situací v třídním kolektivu. V peer programu se najde skupina dobrovolníků, kteří se chtějí aktivně zapojit do vytváření a realizace preventivních programů pro třídní kolektivy. V „seberozvojové skupině“ se účastníci pokouší naučit lépe zvládat osobní a rodinné konflikty.

b) sekundární prevence

Centrum nabízí odborné poradenství v okruhu sociálně patologických jevů, poradenství pro experimentující a problémové uživatele drog, poradenství pro rodiče a hlavně individuální práci s klienty.

7.2 Poskytované služby

Poradenské centrum poskytuje níže uvedené služby:

- telefonická poradenská linka
- ambulance pro děti a mládež a jejich rodiče – krizová intervence při akutních potížích v různých oblastech (drogy, škola, psychika, vztahy)
- poradenství pro experimentátory návykových látek ve věkové hranici dětí a mládeže
- poradenství pro uživatele návykových látek ve věkové hranici dětí a mládeže
- poradenství pro patologické hráče a hráče počítačových her
- poradenství ohledně šikany
- ambulantní péče o klienty ve fázi doléčování
- rodinná terapie

8 DENNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ SANATORIUM ELYSIUM BRNO

Internetové stránky www.podaneruce.cz byly mým zdrojem informací k této kapitole. Denní psychoterapeutické sanatorium Elysium je ambulantní zdravotnické zařízení. Služba je určena klientům s problematikou závislostí, jejich rodinám, příbuzným, partnerům. Mezi základní zásady sanatoria patří rychlá pomoc, standardní kvalita poskytovaných služeb, individuální přístup, nediskriminační praxe.

8.1 Cílová skupina

Cílovou skupinou jsou příležitostní uživatelé návykových látek. Dále uživatelé závislí na návykových látkách a gamblingu.

8.2 Poskytované služby

a) ambulantní léčebný program

Sanatorium poskytuje ambulantní léčebný program pro příležitostné uživatele návykových látek a závislé na návykových látkách, včetně různých poruch závislosti (gambling). Tedy pro ty, kteří potřebují odbornou pomoc nebo se chtějí poradit.

b) program metadonové substituční terapie

Dále sanatorium nabízí substituční metadonový program pro cílovou skupinu uživatelů opiátů. Každý klient je po vstupu do programu seznámen s podmínkami a přísným řádem, který musí být dodržován. Ke klientovi je přistupováno individuálně, takže je pro každého sestaven individuální plán.

Ambulance denně vydává metadon, tedy substitut za opiát. Každý klient má podle individuálního plánu stanoveno jiné množství metadonu a intervaly jak často si pro něj do ambulance bude chodit. Substituční program je doprovázen strukturovaným psychosociálním programem, kterého se musí klient pravidelně zúčastňovat. Cílem této služby je vést klienty k abstinenci a snižovat sociální a zdravotní rizika, které užívání opiátů přináší včetně kriminálního chování.

II PRAKTICKÁ ČÁST

9 ÚVOD DO ŠETŘENÍ

V teoretické části jsme definovali pojmy jako závislost, droga, dítě, mladistvý apod. Podrobněji jsme se seznámili se závislostí dětí a mládeže a také s nealkoholovými návykovými látkami. Věnovali jsme se sociální práci jako takové, protože ta má hlavní úlohu v řešení závislosti dětí a mládeže. Dále jsme si vymezili základní legislativu. Pracoviště, kterými se budu nyní dále zabývat v této kapitole byly také blíže představeny v teoretické části.

V praktické části se budeme věnovat postupu pracovníka zabývajícího se řešením závislosti dětí a mládeže na nealkoholových návykových látkách. Z tohoto důvodu jsem navštívila tři různá pracoviště, abych mohla pomocí rozhovoru zjistit, jakým způsobem se závislosti dětí a mládeže řeší. Proniknout do jejich metod práce s drogově závislými a seznámit se s chodem centra jako takovým. Hlavně tedy s úlohou pracovníka při řešení drogové problematiky.

9.1 Cíl šetření

Cílem zkoumání je prostřednictvím získaných odpovědí z rozhovorů popsat, jakým způsobem se na třech různých pracovištích řeší závislost dětí a mládeže na nealkoholových drogách.

9.2 Výzkumný soubor

Zkoumanými vzorky jsou tři vybraná pracoviště. Zvolila jsem Oddělení sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD) na úřadě pro městskou část Brno - Bystrc, kde jsem vedla rozhovor s kurátorkou pro děti a mládež. Dalším vzorkem je Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti v Brně, kde na moje otázky odpovídala psychologka. Posledním zkoumaným vzorkem je Denní psychoterapeutické sanatorium Elysium v Brně, kde jsem se ptala sociální pracovnice.

9.3 Metoda šetření

Metodou šetření je rozhovor. Je to obsahově širší český termín anglického slova Interview, které je přesnější. Interview je metoda shromažďování dat spočívající v bezprostřední verbální komunikaci mezi výzkumníkem a respondentem. Jeho výhodou je navázání osobního kontaktu, při kterém je možnost lepšího zachycení respondentova postoje. Také je možno sledovat respondentovy reakce na kladené otázky. Jak je interview úspěšné záleží hlavně na schopnosti výzkumníka navázat s respondentem vztah a vytvořit příjemnou atmosféru. (Chráska, 2007)

9.4 Zkoumané prostředí

V Poradenském centru se rozhovor konal v příjemné terapeutické místnosti, kde psycholog vede terapie s klienty. Na OSPOD byl rozhovor uskutečněn na Městském úřadě Brno-Bystrc, v kanceláři kurátorky. V psychoterapeutickém sanatoriu Elysium probíhal rozhovor v poradenské místnosti.

10 VYHODNOCENÍ ROZHOVORŮ

První okruh otázek se zabývá pracovníkem centra (oddělení). První otázka zněla: „Jaké je vaše dosažené vzdělání?“ Kurátorka odpověděla, že má střední vzdělání s maturitou a každý rok absolvuje 200 hodin povinných kurzů podle zákona. Vzhledem k tomu, že je ve věku před důchodem, tak už studovat dál nepůjde. Stejně tak má střední vzdělání s maturitou i sociální pracovnice. S rozdílem, že nyní studuje dálkově obor Sociální pedagogika na Masarykově univerzitě. Psycholožka má vystudovaný magisterský obor Psychologie na Filozofické fakultě Masarykovy univerzity.

Další otázka se týkala denní náplně práce. Kurátorka je přímo kurátorka pro děti a mládež v rámci sociálního oddělení OSPOD. Je to samostatné oddělení sociálního odboru. Odpověď jsem našla spíše v otázce další, kdy jsem se ptala na rozdíl mezi sociálním pracovníkem a kurátorem. Kurátorka je tedy sociální pracovnice. Každá pracovnice má rozdělenou agendu. Její každodenní náplň práce je řešení všech možných patologií a celé rodinné problematiky. Tedy styk rodičů s dítětem po rozvodu, problémy v rámci školy, výchovné problémy, ústavní výchova, přestupkové a trestní jednání, návykové látky. V Elysiu vede sociální pracovnice pohovory s klienty, vydává metadon a věnuje se administrativě. Dopolední náplň práce psycholožky je tvorba a účast na preventivních programech pro školy. Poté se z preventivních programů zpracovává zpráva a odpoledne přicházejí klienti s problémy (drogy, šikana, úzkostné poruchy, problémy ve škole).

V dalším okruhu otázek jsem se věnovala rodině dítěte s problematikou závislostí na nealkoholových návykových látkách. Chtěla jsem se dozvědět, jak se rodina zapojuje do řešení a jaké jsou s ní spojitosti.

Kurátorky jsem se ptala, zda-li tedy rodina dochází na terapii dohromady s dítětem. Kurátorka odpověděla, že spolupracují s rodinou pokaždé, jelikož je to většinou celý komplex problémů jako narušení sociálního postavení v rodině a ve škole. Takže se to řeší s celou rodinou. Když rodina nechce spolupracovat anebo dokonce popírá, že dítě má problém, tak se pracovníci OSPOD snaží o to, aby rodina pochopila vážnost situace a chtěla ji nějakým určitým způsobem dát do pořádku. Dále otázka směřovala přímo na případ, když dítě přijde samo s problémem a rodič to popírá a nechce spolupracovat. Odpověď zněla, že každý rodič, kterému o to dítě jde,

spolupracovat chce a dělá všechno proto, aby se s dítětem něco dělo. Z odpovědi vyplývalo, že je to v podstatě i rodičova chyba, že má dítě problémy, jelikož byly ve výchově zajisté i nějaké špatné výchovné postupy. V Elysiu jsem se ptala na otázku, zda můžou pracovat s dítětem i bez souhlasu rodičů. Co se týče metadonu, tak dítě do 18-ti let potřebuje souhlas zákonného zástupce. Na terapie souhlas potřeba není. V poradenském centru jsem se dozvěděla, že problém se kterým přichází rodič ohledně jeho dítěte, je problém toho rodiče samotného. Že pokud se mu podaří problematické dítě přivést tak je to dobrá výchovná pozice. Rodiče se mnohdy přicházejí jen poradit, co dělat a nedělat, jak se k dítěti s problémem chovat. A jak dítěti oznámit, že vědí, že bere drogy. Často totiž rodiče dělají různé intervence sami.

V Elysiu mě zajímala otázka opačná, a to když rodič přijde pro radu, ale dítě nechce spolupracovat. Odpověď jsem dostala, že je takřka nemožné pracovat s klientem, který se nechce léčit. Kurátorka uvedla příklad z praxe, kdy se jedna dívka měla léčit v ústavním zařízení. O léčbu nevedla zájem, tak ji v podstatě nemohli nutit. V tom je podle názoru kurátorky „černá díra“ v legislativě.

V dalším okruhu otázek týkajících se samotného klienta a řešení jeho závislosti, první otázka zněla „Jak postupujete v situaci řešení závislosti dětí a mládeže na nealkoholových návykových látkách?“ Odpověď kurátorky byla spíše směřována na rodiče a jejich dnešní pracovní vytíženost. Takže OSPOD se to většinou dozví od školy, kde se jako první projeví, že se něco děje. Škola má kompetence zavolat rodičům a pokud rodiče nechtějí spolupracovat tak škola zavolá na OSPOD. Tam kurátorka dál kontaktuje organizace podle typu problému.

Sociální pracovnice v Elysiu odpovídala, že pokud je dítěti více než 16 let a je závislý na opiátech, tak ho odkážou na doktora Doláka a většinou se dítě přihlásí na substituční metadonový program. Pokud je dítě závislé na nějaké jiné droze, tak se objedná k terapeutce v Elysiu a ona s ním řeší situaci dál. Dítě poté dochází na ambulantní program.

Psycholožka vysvětlila, že záleží na tom, jak se klient odhodlá spolupracovat. Pokud ano, tak se s ním domluví, jaký má problém. Základní fáze spočívá v jeho namotivování. Dále se pokračuje v pravidelných konzultacích. Když je závislost silná, tak se odešle na lékařské vyšetření a poté na detox. Tam už se rozhodne, zda je vhodná léčba v komunitě nebo v nějaké skupině.

Dále jsem se dotazovala na věkovou hranici klientů. Na OSPODU pracují s dětmi do 18-ti let a jelikož se tam vede i agenda mladistvých, kteří jsou trestaní, tak

to může být až do 19-ti let. V Elysiu spolupracují s dětmi nad 16 let. V Poradenském centru je věková hranice od 3 let do 23 let. Jelikož je to školské zařízení, tak k nim spadají i studenti VOŠ.

Další otázka zněla: „Jaká je četnost případů dětí a mladistvých, kteří mají problém s drogami?“ Na OSPOD jsou případy s tvrdými drogami spíše ojedinělé. Řeší tam nejčastěji kouření marihuany. Případy s tvrdou drogou má každá sociální pracovnice jeden až dva za rok. V Poradenském centru má každý pracovník okolo třech až čtyřech nových případů za měsíc. V Elysiu je jeden nový případ závislosti dětí a mladistvých za čtvrt roku. Poslední otázka v tomto okruhu směřovala na zpětnou vazbu. Na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí zpětná vazba existuje pokaždé. Z odpovědi jsem pochopila, že ji přímo nevyžadují, ale dostává se k nim během dalších let sama. V poradenském centru se o klientech, kteří se zlepšili, nikdo nedozví. Ale jsou tací, kteří se po letech zase vrátí zpátky, když se jim v životě objeví nějaká krize. V Elysiu se se zpětnou vazbou moc často neseťkávají.

V posledním okruhu otázek jsem se ptala na ostatní organizace se kterými vedou zkoumaná pracoviště spolupráci. Kromě Oddělení sociálně-právní ochrany dětí jsem se v ostatních pracovištích ptala, jestli někdy kontaktují OSPOD. Psycholožka v Poradenském centru odpověděla, že je to naopak. OSPOD většinou kontaktuje Poradenské centrum, aby se dozvěděli bližší informace o problému, který klient má. Jen jednou paní psycholožka kontaktovala OSPOD z důvodu konzultace ohledně nezletilé dívky. Odpověď Sociální pracovnice byla velmi podobná. Tedy, že OSPOD kontaktuje Elysium.

Další otázka souvisela s ostatními organizacemi, se kterými vedou zkoumaná pracoviště spolupráci. Kurátorka na tuhle otázku odpověděla již v otázce ohledně rodiny, proto jsem se jí potom už neptala. OSPOD tedy spolupracuje s Poradenským centrem, kam odesílají děti a mladistvé s problémem souvisejícím s užíváním návykových látek. Dále je to detox, psychiatrické léčebny, komunity, ústavní zařízení, střediska výchovné péče. V Elysiu spolupracují s Poradenským centrem a detoxem. Ptala jsem se také na K-centrum. S tím moc nespupracují. Spíše, když má někdo zájem o metadon, tak mu K-centrum dá kontakt na Elysium. Ale přímá spolupráce tam není. V Poradenském centru Psycholožka odpověděla, že spolupracují se školami, školskými zařízeními, Psychiatrickými odděleními, Detoxem, Komunitami.

11 SHRNUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Co se týče denní náplně práce tak má sociální pracovnice kromě vedení pohovorů s klienty na starost i vydávání metadonu. Jedná se tedy o zdravotnickou ambulanci, takže musí mít navíc zdravotnický kurz. Psycholožka se dopoledne věnuje preventivním programům, jelikož poradenské centrum preventivní programy nabízí. Odpoledne vede terapie s klienty. Kurátorka navíc řeší celý komplex rodinných problémů.

Z odpovědí, které se týkaly zapojování rodiny do řešení závislosti dítěte, můžeme vyhodnotit, že nejvíce se rodinou zabývají na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí. Kde řeší celý komplex rodinných problémů. V poradenském centru rodina může docházet na terapie dohromady s dítětem, ale jinak se rodinou dítěte více nezabývají. Ta samá situace je ohledně sanatoria Elysium, kdy je rodič potřeba jen v případě souhlasu s metadonovou léčbou nezletilého dítěte. Samozřejmě pokud chce, tak může docházet na poradenství nebo terapie.

V dalším okruhu otázek týkajících se přímo klienta a jeho řešení závislosti jsem zjistila, že Elysium od ostatních pracovišť navíc nabízí metadonový substituční program. Což je výhoda pro ty, kteří mají závislost opiátového typu. Zároveň mohou docházet na terapie. V poradenském centru mohou ambulantně docházet také na terapie a pokud se uzná, že se jedná o silnou závislost, tak se klient přepoše na jiný typ léčby, např. komunitní. OSPOD jako jediný řeší celou kumulaci rodinných problémů. Rodině doporučí, jak by mělo dítě řešit svou závislost a může mu domluvit léčbu.

Co se týče věkové hranice klientů se OSPOD jako jediné pracoviště nezabývá mladistvými nad 19 let. Do Elysia mohou docházet děti až nad 16-ti letou hranici věku. Nejmladšími dětmi se zabývají v Poradenském centru, jelikož je to školské zařízení a spolupracují se školami. Je to zařízení přímo specializované na děti a mládež.

Otázka, která směřovala na četnost případů byla podle odpovědí zhodnocena tak, že OSPOD mnoho případů s tvrdými drogami nemá. Možná je to tím, že je to úřad pro Městskou část Brno-Bystrc, kde takové typy problémů nejsou tak časté jako by byly např. v centru města. V poradenském centru je to už častější a to z důvodu, že

je to přímo specializované centrum pro děti a mládež užívající návykové látky. Je to tedy centrum, kam se posílají děti i ze škol. Jelikož spadá pod Pedagogicko-psychologickou poradnu a je to školské zařízení. V Elysiu se na děti a mládež přímo nespécializují, takže případů s dětmi a mladistvými tolik nemají. Když už mají takový případ, tak dají klientovi kontakt na Poradenské centrum. Elysium má jako jediné centrum v Brně substituční metadonový program, takže když je dítě nad 16 let závislé na opiátech a má zájem o metadon, tak bude docházet tam.

Poslední otázka z této kategorie byla zaměřena na zpětnou vazbu. Dozvěděla jsem se, že zpětnou vazbu nikde přímo nevyžadují. Většinou se k nim dostane sama i když někdy i po několika letech.

Poslední okruh otázek se věnoval ostatním organizacím. Odpovědi psycholožky a sociální pracovnice, zda-li kontaktují OSPOD byly téměř shodné. Tedy, že obě organizace OSPOD přímo nekontaktují. Ale je to naopak, že OSPOD volá jim z důvodu bližších informací o klientovi. Co se týče spolupráce s ostatními organizacemi, tak OSPOD spolupracuje navzájem s Poradenským centrem. Dále s detoxem, psychiatrickými léčebnami, komunitami, ústavními zařízeními a středisky výchovné péče. V Elysiu také spolupracují s Poradenským centrem a detoxem. Poradenské centrum navíc spolupracuje se školami a školskými zařízeními. Stejně tak s detoxem, psychiatrickými léčebnami a komunitami

12 ZÁVĚR

Téma bakalářské práce je zaměřeno na řešení závislosti dětí a mládeže na nealkoholových drogách. Proto bylo důležité vymezit základní body, které budou v práci stěžejní. Zvolila jsem tedy nealkoholové návykové látky, závislost, sociální práci, legislativu a toto všechno jsem nasměřovala na děti a mládež.

Bakalářská práce má dvě části. Tedy část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se skládá z osmi kapitol, kde jsem postupně v každé kapitole přibližovala drogovou problematiku. V první kapitole jsem vymezila základní pojmy jako závislost, droga, dítě, mladistvý apod. Další kapitola seznamuje s nealkoholovými návykovými látkami. Lze v ní najít dělení drog a historii zneužívání návykových látek mládeží. Podrobněji jsem se ve třetí kapitole zabývala drogovou závislostí, kde jsou popsány příčiny, znaky a druhy závislosti. Poslední část této kapitoly je směřována přímo na závislost dětí a mládeže. Jelikož je sociální práce velkou součástí této problematiky, věnovala jsem jí celou další kapitolu. Základní legislativa je obsažena v páté kapitole. Poslední tři kapitoly jsou věnovány pracovištím, kterými se budu dále zabývat v praktické části.

Sociální práce jako taková je v této problematice velmi důležitá. Ať už se jedná o práci kurátora na městském úřadě nebo o práci sociálního pracovníka či psychologa v pedagogicko psychologické poradně. Proto jsem tedy praktickou část směřovala na řešení závislostí ve třech vybraných pracovištích, které jsou blíže představeny v posledních třech kapitolách teoretické části. Vedla jsem rozhovory s pracovníky a z rozhovorů jsem poté vyhodnocovala odpovědi. Snažila jsem se hlouběji proniknout do postupů jednání při řešení závislostí dětí a mládeže. To byl také jeden z mých cílů. Dalo by se tedy říci, že cíl se mi podařil splnit. Stejně tak byl splněn i cíl druhý, a to podrobněji se seznámit s vybranými pracovišti. Uvědomila jsem si, že každé z nich má svá specifika a s tím i odlišné metody práce s uživateli návykových látek.

13 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CHRÁSKA, Miloslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

GÖHLERT, F., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 143 s. ISBN 80-7202-950-9.

HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha : Grada, 2001. 133 s. ISBN 80-247-0135-9.

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha : Grada, 1996. 162 s. ISBN 80-7169-277-8.

KALINA, Kamil., a kol. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup. 2.část*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. 1. vyd. Praha : Empatie, 1995. 110 s. ISBN 80-901618-9-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. rozš. vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 80-7169-223-9.

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2010. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3. vyd. Praha : Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

PRESL, Jiří. *Drogová závislost : může být ohroženo i Vaše dítě?*. 9. vyd. Praha : Maxdorf, 1994. 85 s. ISBN 80-85800-18-7.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E. a MAREŠ, J. Pedagogický slovník. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 807-17-8772-8

13.1 Internetové zdroje

Zákon č. 167/1998 Sb. , o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů [online]. [cit. 2011-03-30].

Dostupné z WWW:<<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=167+%2F+1998+Sb&zdroj=sb98167&cd=3&typ=r>>.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník [online]. [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb09040&cd=76&typ=r>>.

Nařízení vlády č. 455/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu trestního zákoníku [online]. [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/uz.asp?sn=y&hledany=455%2F2009+Sb%2E&cd=5&typ=r&levelid=679434>>.

Nařízení vlády č. 467/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů [online]. [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/uz.asp?sn=y&hledany=467%2F2009+Sb%2E%2C&cd=5&typ=r&levelid=679636>>.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí [online]. [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=359/1999&PC_8411_1=359/1999&PC_8411_ps=10#10821>.

Zákon č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte [online]. [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tema/deklarace-prav-ditete-63749/>>.

www.bystrc.cz [online]. 1996 [cit. 2011-30-03]. Brno-Bystrc městská část. Dostupné z WWW: <<http://www.bystrc.cz/default.aspx?section=237&server=1&article=1414>>.

www.podaneruce.cz [online]. 2002 [cit. 2011-30-03]. Podané ruce. Dostupné z WWW: <<http://www.podaneruce.cz/cz/programy/psychoterapeuticke-sanatorium/denni-psychoterapeuticke-sanatorium-elysium2.html>>

www.poradenskecentrum.cz [online]. 2002 [cit. 2011-30-03]. Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti. Dostupné z WWW:<<http://www.poradenskecentrum.cz/>>

14 SEZNAM PŘÍLOH

1. Rozhovor s kurátorem
2. Rozhovor se sociálním pracovníkem
3. Rozhovor s psychologem

Příloha č. 1 Rozhovor s kurátorem

1. Jaké je vaše dosažené vzdělání?

Jsem absolventka střední školy sociálně-právní. Než vznikly VOŠky, tak my jsme měli druhou maturitu. Bakalářské vzdělání nemám. Vzhledem k tomu, že jsem starší člověk, tak pravděpodobně už studovat dál nepůjdu. Já jsem v podstatě podle zákona o sociálních službách povinna udělat 200 hodin kurzů.

2. Jaká je vaše denní náplň práce?

Já jsem kurátorka pro děti a mládež v rámci sociálního oddělení OSPOD. Což je samostatné oddělení sociálního odboru. Řeším všechny patologie, které se tady objeví. Od výchovných problémů, návykových látek až po trestnou činnost do 18-ti let. Většinou to bývá komplex problémů, nikdy to není jen o jedné záležitosti. Buď to dysfunkce rodinná nebo výchovné problémy, které poté pramení u dětí.

3. Jaký je rozdíl mezi sociálním pracovníkem a kurátorem?

OSPOD má rozdělenou agendu. Já dělám přímo kurátora pro mládež. Samozřejmě to spadá do sociální práce, jsem sociální pracovník. Máme tady rozdělenou agendu. Někteří pracovníci dělají to a já dělám kurátora pro mládež. Do toho nespadá, že dělám jenom patologie, já si u toho řeším veškerou rodinnou problematiku. Je to sociální práce jako komplexní péče o rodinu a dítě, které je v problémové rodině. Ono k tomu dochází v podstatě třeba po tom rozvodu manželství, dítě bylo svěřeno do péče některého z rodičů a má posléze na dobu před a po rozvodu. Řeší se pak styk rodiče s dítětem. Nejsou schopni se sami domluvit. Problémy v rámci povinné školní docházky, nerespektování rodičů, někdy to končí ústavní výchovou. Přestupkové jednání, trestní jednání. Je to celý komplex. Kurátor vchází dříve či později do rodinného života.

4. Jaká je věková hranice klientů?

Do 18-ti let a protože já tady vedu i agendu dětí, které jsou trestané tak to může být až do 19-ti let. Než se případ vyřeší. Problémy ve spojení před dovršením osmnácti let, už budu zletilý a už si můžu dělat co chci.

5. Jaký je postup vašeho jednání při řešení závislosti dětí a mládeže na nealkoholových návykových látkách?

Málokdy na to přijde ten rodič. Z důvodu dnešní velké zaměstnanosti rodičů, sociální dopady rodiny která má nedostatek peněz. Může samozřejmě rodič vidět, že je doma něco v nepořádku, ale vesměs ještě předtím je to škola, kdy se tam začne dítě chovat jinak, že je spavé, má rozšířené zorničky, prostě je to změna chování, kdy škola přijde na to, že se pravděpodobně něco děje. Oni mají kompetence podle zákona zavolat rodičům. A pokud rodiče nereagují, tak škola vyzve nás a rodiče povolají k odpovědnosti a s dítětem se začalo něco dít. Na škole jsou preventisti, kteří děti hlídají tak řeknou odešleme je do K-centra aby se tam na něho podívali. Podalo se na odběry, aby se zjistilo, jestli je to pravda nebo planý poplach a dítě třeba jen v noci sedí na počítači a ráno je nevyspalé. Ale i počítače jsou závislost. Takže když vyplyne, že dítě nějaký problém má, tak se nějakým způsobem teda zajistí aby ta rodina celá pracovala na tom, aby se to podchytilo včas. Odešle se kamkoliv. Ve své podstatě potom samozřejmě pokud teda to dítě, vyplyne z toho, že nějaký ten problém má, tak se nějakým způsobem zajistí, aby ta rodina celá pracovala na tom, aby se to podchytilo včas. Dítě se odešle kamkoliv, do střediska výchovné péče, rodičům se doporučí prostě, to znamená k lékaři, k dětskému lékaři, který odebere vzorky a dá se to prostě na soudní, nebo do laboratoře nebo na soudní, aby se zjistilo, jestli tam je užívání návykové látky, marihuany třeba, jestli kouří tu marijánku, což je dneska obvyklá záležitost, co se týče marihuany, tak se to dost objevuje, jako že to kouří. Ať už experimentálně nebo pravidelní uživatelé, co si budeme říkat. Snažíme se je odkázat na to příslušné pracoviště. Protože tam je potřeba psychoterapie, zjistit co je tam za problém, kde k tomu dítě přišlo. A nezdá se k tomu dopracováváme i způsobem, že ta škola oznámí na policii, že mají pocit, že ve třídě to tam frčí. Potom my chodíme k výsledkům. A přijdeme k tomu, když už se to vyslýchá.

6. Dochází rodina poté na terapii na OSPOD?

My se snažíme dohlížet. V naší kompetenci je tu rodinu nějakým způsobem snažit se o to aby ona dobrovolně, aby rodina pochopila, že dítě má problém, jsou rodiče, kteří to řešit chtějí, protože jim jde o jejich dítě a jsou tací, kteří to můžou popírat. Kteří můžou říkat, že to takhle není apod. ale to zase by měli navštívit odborné pracoviště. Zabývají se tím i psychiatrická pracoviště, AT poradny, kde se všechny závislosti řeší. Lze se tedy obrátit na tu psychiatrii, na střediska výchovné péče. Je to více organizací, kteří se tímhle zabývají. Je třeba dopracovat se k tomu jestli ten problém je tam a jak je veliký. Samozřejmě Podané ruce a všechny tady ty organizace, které se zabývají závislostí. Aby to dítě na sobě pracovalo. Pokud je to už komplex problémů. Je narušeno sociální postavení v rodině, ve škole tam už je potřeba více než léčby ambulantní, tak možná i té léčby, která už je trvalejší, to dítě se už hospitalizuje nebo se dá do programu, kde pobývá. A tam je snaha o to ovlivnění je potřeba maximální spolupráce, jak člověka závislého, jak rodiny tak toho nemocného člověka, toho dítěte. A nezdá se, že dochází k tomu, že dítě musí být odejmuto z prostředí. Protože oni potom často nechodí domů. Sdružují se ve společnostech těch vrstevníků. A je potřeba vyjmutí dítěte ze závadového prostředí, ať už z rodiny, což je samozřejmost, že rodiče jsou zodpovědní za výchovu dítěte do 18-ti let, ale tak z prostřední, kde dítě vyhledává látky. V podstatě to souvisí, že dítě nechodí do školy. Dneska ta léčba je na základě dobrovolnosti. I když se to dítě potom omezí na základě své osobní svobody a dostane se do toho ústavního zařízení tak pokud pojedete třeba do Jemnice natu léčbu. Měla jsem dívenku, která potřebovala nutně protialkoholní léčbu, protože ve svých 14-ti letech vypila krabicové víno. A ona přijela a řekla, tak dělejte si jak chcete, ale já si tady z té chodby odejdu a odejdu zpátky do toho výchovného ústavu. Já tady nechci být a dělat to nebudu. Tak vám řeknu, je to dobrovolné a ve své podstatě vám to nemůže nikdo přikázat, že se máte jít léčit. Jenom pokud vám to nakáže trestní soud v rámci trestního řízení, protože třeba v rámci alkoholového opojení tam někdo něco rozbil, tak může do protialkoholní, buď ambulantní nebo nařídit, ale pokud je to takhle, takže jsme teď ve společnosti, kdy si má být člověk vědom toho, že se má svobodně rozhodnout, jestli chce nebo nechce. Takže tohle mi docela teda vadí, protože si myslím, že v rámci ústavní výchovy jako takové, pokud je tam omezená nebo výchovně jsou ty rodiče a ručí za toto tak bych já udělala jakoukoliv ochranu a dala to do zákona, protože pokud ten rodič řekne ano já chci a je

nechána ta rodičovská zodpovednosť, ale to dieťa sa rozhodne že nechce tak nikdo s tým nič nenadělá a ten ústav s tým taky nič nenadělá. Tam je černá díra, která není ošetřená.

7. Jak řešíte situaci, kdy by se dítě chtělo léčit a rodič to popírá a nechce spolupracovat?

To jsem ještě nezažila, v podstatě ten rodič se domáhá toho aby se něco dělo, ten kterému o to dítě jde. Neříkám, že se o to nezapodílel, tím svým výchovným způsobem, nakonec třeba se řekne, vždyť to je super rodina, no něco tam je, že se něco udělalo špatně. Nějaké výchovné postupy tam byly špatně, proč to dítě uniká tady do toho, ať už je to třeba něco v anamnéze, měla jsem tady chlapce, otec byl alkoholik, hodně se podílel na tom, pak tam byly v sedmé třídě problémy. Co si myslíte že ten chlapec je teď. Prošel ústavní výchovou a je z něho častý uživatel alkoholu, marihuany a čichá ještě benzín a pije. Ale šikovnej kluk. Vyučil se v ústavním zařízení zedníkem. Prý teď teda pracuje, ale ty excesy toho, že se opije, že se zhuří to tam je. Přijde na něho ten světobol, a těžko nese vůbec ten život jako takový.

8. Požadujete zpětnou vazbu?

Zpětná vazba bych řekla, že existuje. Tady konkrétně ten kurátor. Pokud je tam ten větší problém, kumulace více problémů, tak tam navážete bych řekla s tím klientem. Ukážu vám co to je práce kurátorská. (Paní kurátorka ukáže na spisy). Jsou to spisy jedné rodiny, která měla problémy, snad všechny co sem vám tady vylíčila, partnerské problémy, a všechno a kluci skončili v ústavní výchově a vždycky se tam něco objevilo. Jenom sem vám chtěla říct, že to je v podstatě práce, vidíte že ty spisy jsou z 94 roku, což je už 17 let. Jeden chlapec už zletil a už je tam zase další dítě, které vedu malé čtyřleté, ta matka se znovu provdala. Ta práce je opravdu někdy až bych řekla desítky let.

9. Jaká je četnost ohlášení, že dítě bere návykové látky?

Ono to není vždycky jenom o těch velkých drogách. Když vezmeme ty tvrdé drogy, tak to jsou spíše takové ojedinělé, nebavíme se o marihuaně a že se dítě někde zlinkovalo. Ale ten pervitin a podobně. Každá ho má za ten rok jeden dva případy. Ale ve směs už je to taková kumulace.

10. Kolik vás je na pracovišti, kteří se zabývají závislostmi dětí a mládeže na nealkoholových návykových látkách?

Tady je taková celkem klidná část, ale zase je tady velká kumulace, tohle je v podstatě ta stará Bystrc a jinak jsou to všechno paneláky až nahoru až na žebětín, takže je toho dost, těch problémů, kupodivu jsme si mysleli, že tady ta ekonomická situace přispěje k tomu, že lidé budou mít větší snahu, aby se ta manželství se nerozváděla, aby ty rodiče od sebe neodcházel, že se nebude řešit tolik rozpadů vztahů ať už jsou jakékoliv, ale je toho pořád hodně. Obecně lidé na sobě nechtějí pracovat. Nechtějí pracovat na svých problémech. Oni se chtějí dopracovat pouze k nějakým rozpadům a to je to, co to pak přinese těm dětem. To je ta celá komplexní sociální práce, s kterou my se tady setkáváme, protože my to vidíme opravdu od začátku ať už je to od toho, kdy lidé se rozcházejí, rozvádí, nebo spolu žijí jen tak a posléze se rozcházejí a teď zůstanou ti lidé samotní ta matka třeba s tím dítětem, někdy i ten otec s tím dítětem.

Příloha č. 2 Rozhovor se sociálním pracovníkem

1. Jaké je vaše dosažené vzdělání?

Střední.

2. Jaká je vaše denní náplň práce?

No výdej metadonu, pohovory s klientama a administrativa.

3. Jaká je věková hranice klientů?

Od 16-ti let věku.

4. Jaký je postup vašeho jednání při řešení závislosti dětí a mládeže na nealkoholových návykových látkách?

Tak pokud je ve věku 16 a výše a je závislý na opiátech tak ho odkážeme na doktora Doláka, který s ním probere co by se dalo dělat, většinou končí na metadonu a pokud je to na nějaké jiné droze tak je objednávám k terapeutce a potom to ona řeší. A dítě dochází na ambulantní program.

5. Jak řešíte situaci, kdy rodiče chtějí s problémem dítěte něco dělat, ale dítě nemá zájem?

Tak se s tím člověkem dá těžko pracovat, když on nebude chtít, tak se nic nezmění

6. Požadujete zpětnou vazbu?

Ne.

7. Jaká je četnost ohlášení, že dítě bere návykové látky?

Tak jednou za půl, čtvrt roku zavolá někdo náctiletý.

8. Spolupracujete s K-centrem nebo detoxem?

Na detox pokud mají zájem tak ano, to káčko s nima až tak moc nespolupracujeme, protože na káčku, je to kontaktní centrum který kontaktuje rodiče a nabídne jim poradenství, my spolupracujeme s káčkem pokud jim se tam objeví někdo, kdo má zájem o metadon nebo dlouhodobou léčbu jakoby ambulantní, tak pak oni dají číslo a ti lidi si semka volají. Jakože bysme si vyměňovali klienty nebo nějaká jiná spolupráce to ne.

9. Je ještě nějaká jiná organizace kam posíláte děti a mladistvé ?

Jo s Poradenským centrem, které se věnuje náctiletým dětem, hlavně experimentátorům, ale určitě pomůžou i děckám který berou.

10. Můžete pracovat s dítětem i bez souhlasu rodičů?

Co se týče metadonu tak to musí přijít ten zákonný zástupce, pokud se to týká terapie, tak není potřeba souhlasu rodičů. Bavíme se o dětech nad 16 let.. Pokud se k nám obrací někdo mladší tak je odkazujeme do toho Poradenského centra.

11. Alarmujete v některých situacích OSPOD?

Spíš OSPOD volá nám.

Příloha č. 3 Rozhovor s psychologem

1. Jaké je vaše dosažené vzdělání?

Já jsem psycholog mgr. Titul pětiletý jednooborový na fildě na masaryčce.

2. Jaká je vaše denní náplň práce?

Dopoledne máme většinou preventivní programy se třídami, které se týkají různých témat od drogové problematiky, přes partnerské vztahy, klimatu ve třídě, vztahu ve třídě, sebepoznávací programy jsou tam taky. To je ta dopolední náplň, většinou ten program trvá tak dvě hodiny čistého času a pak se zpracovává z toho zpráva a odpoledne pak jsou ti klienti individuální, od té druhé třetí hodiny, přicházejí ti klienti, buďto jsou ty drogy, nebo jakýkoliv problém, které to dítě může mít. Někdy jsou to úzkostné poruchy přicházejí, špatná adaptace na školní kolektiv, nebo jak sem říkala ty oběti, agresori nebo šikana.

3. Jaká je věková hranice klientů? Může přijít i klient pod 15 let?

Určitě. Děti dnes začínají brzy, tedy může přijít i jedenáctileté dítě. Které má zkušenost . Dvanáctileté není to žádná výjimka. Takže ten věk co se týče těch drog, tak je od těch dvanácti výš. Ty mladší děti mají jiné problémy výchovné. My jako organizace máme věkovou skupinu do dvaceti tří. Ještě studenti vošek školského zařízení k nám spadají. Pokud přijde člověk, který má nad dvacet tři, tak si ho v podstatě vezmeme nejenom na takovou intervenci doporučení, jaké má možnosti, kam se může obrátit, kde ta péče je nastavená pro něho. Kde se specializují na problematiku těch starších, takže nepošleme ho pryč, ale uděláme s ním možnosti jaké má. Tak jsme odloučené pracoviště PPP, to znamená, že ten věk je v podstatě daný, od těch přibližně tří let do těch dvaceti tří let. Po tu Vošku to k nám ještě spadá tím věkem. Ti klienti jsou z poloviny tady z téhlecté problematiky. Z poloviny vlastně problematiky poruchy chování, oběti šikany, agresori, čili je to větší ranek pro který jakoby pracujeme takže pokud byste ty informace o těch klientech, kteří mají problém s drogou nebo jsou závislí. I když ono ta závislost už ta vážnější to už se řeší někde

jinde, tady je to opravdu spíše práce s děckama, které mají problém s tou drogou, v rodině ve škole už jim to nějakým způsobem ta droga zasahuje do toho života natolik, že ten život komplikuje a ta závislost jako taková se samozřejmě musí řešit, záleží podle toho jaká droga to je. To se musí řešit konzultací s lékařem. Většinou je to dítě nějakou dobu na pobytovce, pokud se jedná o detox, tak to už se nás jakoby netýká. Buďto přicházejí v tu chvíli, když je to otázka doléčování. Nějaké následné ještě terapie. Anebo právě v těch počátečních fázích se to třeba ještě dá zvládnout bez nějaké třeba medikace nebo hospitalizace. Ne ambulantně ale klinicky. Já přesně nevím, jak to mají podanky. Ale my se specializujeme na tady ten věk a vzhledem k tomu, že jsme školské zařízení, tak spolupracujeme tady s tou problematikou nějakým způsobem. Tady ten věk hodně souvisí s tou školou, ale teď opravdu neřeknu jestli něco takového ještě v Brně je.

4. Jaký je postup vašeho jednání při řešení závislosti dětí a mládeže na nealkoholových návykových látkách?

Tak ten problém se kterým přichází většinou ten rodič, tak je to problém jakoby toho rodiče samotného. Pokud se rodič podaří to dítě přemluvit a přivést ho, čili pokud oba vidí že ten problém je, tak je to dobrá výchovná pozice. Většinou ten rodič jenom přichází s tím, že má podezření, co s tím dělat, jak se k tomu dítěti chovat. Co dělat, co nedělat. Mnohdy přicházejí už s tím, že nějaký intervence vlastní už provedli. A nefungují, takže jak jinak na to. Přicházejí se vyloženě poradit. V tom smyslu jak komunikovat s tím dítětem. Jak mu dát najevo, že víme o tom, že bere drogy. A jak mu vymezit třeba ty hranice, co chceme, co nechceme, to je potom otázka času. To je potom otázka zletilosti toho dítěte. Takže tak.

5. Požadujete zpětnou vazbu?

Tak to je asi takový problém obecný, někdy třeba ti klienti. selepší na určitou dobu, přestanou docházet uznají, že takhle jim to stačí a pak se jim objeví v jejich životě nějaká krize, nějaký zlom, kdy si potřebují přijít něco vyřešit. Takže tak nějak podobně to je. I když u těch mladších je vysoká pravděpodobnost, že už se človíček v takových těch raných stádiích rozhodne nebrat, takže to zvládne. Není úplně závislý

na té droze, že si tím třeba řeší nějaké problémy zástupný. Ta droga je náhražka nebo způsob řešení vztahů v rodině, ve škole, v partnerských vztazích. Čili se pracuje tady na tom. A když se to odstraní tak se podaří potom donutit toho človíčka, ne donutit, ale aby ta droga se z toho života toho človíčka se úplně odstranila nějakým způsobem. Ale je samozřejmě jasné že takové ty vážnější případy, že to je na delší dobu

6. Jaká je četnost ohlášení, že dítě bere návykové látky?

My to máme rozděleno, nás je tady šest psychologů nevím kolik mají kolegové problémů. Kolik bych měla za měsíc nových klientů kteří mají problém s drogou bych řekla tak 3, 4. máme klienty, kteří přijdou, že mají problémy s drogou, pak máme ještě spoustu klientů, kteří jsou staří, staří v uvozovkách, které máme ještě z těch nynějších dob. A klientů s jinou problematikou.

7.S jakými spolupracujete organizacemi?

No záleží právě na tom, jak to dítě se odhodlá spolupracovat. Většinou pokud tomu rodiči se podaří to dítě tady přivést, tak se domlouváme na tom, jaké to dítě má problémy. Co ho tíží ve vztahu třeba k těm rodičům. A v souvislosti s tou drogou. Jestli trošku máte náhled do té problematiky tak víte, že motivace, že u těch dětí, které začínají s těma drogama, tak je velice nízká. Takže se snažíme nejprve to dítě namotivovat k tomu, aby vůbec chtělo řešit něco. Mnohdy se to podaří. Už jenom to, že se narušuje ten vztah s těmi rodiči, tak ho přinutí k tomu, že mění názor. Není ta droga ještě taková stěžejní v tom životě. Někdy musíme počkat na to, až to dítě opravdu si svůj problém v souvislosti s tou drogou samo najde. Ho objeví. Pak samozřejmě pracujeme buď formou konzultací pravidelných anebo už naznáme, že to je závislost silná, tak většinou ho odesíláme na lékařské vyšetření. Je třeba zjistit jaký je tam problém v souvislosti s tou tělesnou schránkou, jestli už tam nedochází k nějakým problémům. Jak jsou zasaženy ty tělesné orgány infekční nemocný jestli se tam neobjevila tady toto všechno potom spadá do té oblasti té fáze detoxu a pak až to dítě má toto za sebou, to jsou v průměru tak ty dva měsíce a může se rozhodnout pro tu komunitu, léčbu v nějaké skupině, tak pak to doléčování. Většinou se jedná o to, aby si ten človíček našel nějaké životní cíle, aby se našel v tom prostředí, aby se

upravily nějakým způsobem vztahy, které byly narušeny, v rodině, kamarádech, aby si dokázal sociální dovednosti, které ztrácel v průběhu řešení tady toho problému drogového, aby vyzkoušel a našel sebedůvěru, to už je otázka toho doléčování nebo té následné spolupráce. Nevím jestli můžu říct přímo té terapie. Prostě ta spolupráce je taková, že doporučíme těm klientům, co by bylo vhodné, když už vidíme, že je to otázka detoxu, tak jim dáme kontakty na tadyto zařízení. Když vidíme, že by bylo vhodné třeba do té komunity tak ho seznámíme, jaké by byly možnosti a probíráme ty varianty, které jsou možné záleží to taky na situaci klienta, tak to probereme a klient se sám rozhodne. Je to spíš o tom, že my klientovi dáme kontakty, zprostředkujeme kontakt s psychiatrem a lékařem.

8. Alarmujete v některých situacích OSPOD?

Většinou je to spíš naopak, že OSPOD kontaktuje nás. Potřebují vědět o tom klientovi, blíž o tom problému, který klient má, potřebují nějaký informace. Většinou je to z této strany. Jestli jsem jednou kontaktovala sociálku z důvodu spíš konzultací v situaci, ve které byla nezletilá holčina a jinak z naší strany to moc nevychází, že bysme, ale jo pokud přijde klient, který prostě spadá do té oblasti, kdy potřebují kontaktovat OSPOD.

ANOTACE

| | |
|-------------------|--------------------------------------|
| Jméno a příjmení: | Simona Strakoňová |
| Katedra: | Ústav pedagogiky a sociálních studií |
| Vedoucí práce: | Mgr. Linda Švrčinová |
| Rok obhajoby: | 2011 |

| | |
|-----------------------------|---|
| Název práce: | Řešení závislosti dětí a mládeže na nealkoholových návykových látkách |
| Název v angličtině: | Solution children and youth addiction in non-alcoholic addictive substances |
| Anotace práce: | Tato práce se zabývá řešením závislosti dětí a mládeže na nealkoholových drogách. V teoretické části je popsána základní teorie týkající se drogové problematiky. V části praktické jsou prostřednictvím získaných odpovědí z rozhovorů přiblížena tři vybraná pracoviště zabývající se závislostí dětí a mládeže. |
| Klíčová slova: | Dítě, mládež, mladistvý, návyková látka, droga, drogová závislost, sociální práce, sociální pracovník. |
| Anotace v angličtině: | This work deals with the solutions depending on children and youth in non-alcoholic drugs. The theoretical part describes the basic theory relating to drug issues. The practical part of the responses obtained through interviews approached three selected workplace dealing with addiction of children and youth. |
| Klíčová slova v angličtině: | Child, youth, teen, addictive substance, drug, drug addiction, social work, social worker. |
| Přílohy vázané v práci: | Příloha č. 1 Rozhovor s kurátorem Příloha č. 2 Rozhovor se sociálním pracovníkem Příloha č. 3 Rozhovor s psychologem |
| Rozsah práce: | 51 s. + přílohy |
| Jazyk práce: | Český |