

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013 – 2016

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Karolina Horáčková

Důsledky užívání psychotropních látek u mladistvých

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Jan Toman

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2013 - 2016

BACHELOR THESIS

Karolina Horáčková

**Consequences of using psychotropic substances among
adolescents**

Prague 2016

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PaedDr. Jan Toman

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 25. února 2016

Karolina Horáčková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PaedDr. Janu Tomanovi za rady, pomoc a odborné vedení mé bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se ve své teoretické části zabývá charakteristikou a rozdělením psychoaktivních látek a typy závislostí. Dále rozebírá psychické a sociální faktory jejich vzniku, důsledky jejich zneužívání i možnosti moderních léčebných programů.

V průzkumné části bakalářské práce je na vybraném souboru provedena analýza současné drogové scény a preference psychotropních látek u mládeže a budou definovány důsledky aktuálního stavu pro vývoj osobnosti a psychosociálních souvislostí mladistvých.

Klíčové pojmy

Abstinence, alkohol, droga, motivace, psychotropní látky, sociální prostředí, terapie, závislost.

Annotation

The dissertation in its theoretical part focuses on characteristics and divisions of psychoactive substances and types of its addictions. Furthermore, it talks about physical and social factors of its development, consequences of its abuse and possibility of modern treatment programs.

In the survey part of this dissertation is the analysis of current drug scene and preferences of psychotropic substances among adolescents. We will define the consequences of the actual condition for the purposes of monitoring the personality development changes and also psychosocial relations among adolescents.

Key words

Abstinence, alcohol, drugs, motivation, psychotropic substances, social environment, therapy, addiction.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK.....	11
1.1 Základní pojmy	11
2 PŘEHLED PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK.....	13
2.1 Základní rozdělení	13
2.2 Alkohol	14
2.3 Tabák.....	15
2.4 Opiáty.....	16
2.5 Stimulancia.....	18
2.6 Halucinogenní drogy.....	21
2.7 Konopné drogy.....	22
2.8 MDMA.....	23
2.9 Těkavé látky.....	24
2.10 Léky s psychotropním účinkem.....	25
3 UŽÍVÁNÍ PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK V HISTORICKÉM KONTEXTU	26
3.1 Historie užívání psychotropních látek	26
3.2 Česká drogová scéna.....	28
4 ZÁVISLOST NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH	30
4.1 Příčiny vzniku závislosti.....	30
4.2 Druhy závislosti	32
4.3 Vznik a rozvoj závislosti.....	33
5. LÉČBA A PÉČE O DROGOVĚ ZÁVISLÉ V ČR	35
5.1 Významné faktory pro účinnost léčby	35
5.2 Složky systému péče v ČR.....	36
6.DROGY A MLADISTVÍ.....	40
6.1 Obecná charakteristika	40
6.2 Prevence.....	42
6.3 Důsledky zneužívání drog mladistvými jedinci.....	44

PRAKTICKÁ ČÁST

7. PRŮZKUM.....	45
7.1 Vymezení cíle průzkumu a stanovení hypotéz	45
7.2 Charakteristika souboru respondentů.....	45
7.3 Metodika průzkumu.....	46
7.4 Harmonogram postupu šetření.....	46
7.4.1 Přípravná fáze průzkumu.....	46
7.4.2 Realizační fáze průzkumu.....	46
7.4.3 Vyhodnocovací fáze průzkumu.....	47
7.5 Interpretace získaných dat.....	47
7.6 Shrnutí průzkumného řešení a ověření hypotéz.....	61
7.7 Navrhovaná opatření.....	63
8. KAZUISTIKA.....	65
ZÁVĚR.....	67
POUŽITÉ ZDROJE.....	70
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Žijeme v době, která s sebou nese nové převratné objevy ve všech směrech lidských činností, ale zároveň s sebou přináší mnoho problémů, které nelze přehlížet a je potřeba je řešit. A právě drogová problematika a problematika zneužívání psychoaktivních látek obecně, je jednou z nejzávažnějších v současné společnosti. Mnoho lidí je přesvědčeno, že se jich tento problém netýká, ale bohužel je to často mylná představa.

Zneužívání a závislost na psychoaktivních látkách je aktuálním celosvětovým tématem i velkým problémem. Účinné mechanismy k jejich potírání jsou obtížné vzhledem k atraktivitě a výnosu z jejich produkce. Snaha začlenit se mezi vyspělé společnosti s sebou nese i řadu negativních jevů a zneužívání psychoaktivních látek je jedním z nich.

Každý člověk je během svého života vystavován různým náročným životním situacím, které je nutné řešit a bohužel leckdy je zvládnutí těchto situací velmi namáhavé a přináší s sebou i jisté oběti. Tyto situace lze zvládat aktivně, čelit jim, ale někdy člověk má pocit bezmoci, náročnou situaci nezvládá, rezignuje a pasivně se odevzdává „osudu.“ Dalším důvodem může být i odmítání začlenit se do společnosti orientované zejména na majetek a peníze a z toho pramenící individualizace a egoismus v sociálních vztazích. A to jsou právě ty okamžiky, kdy vlivem nevědomosti nebo nechuti zaktivizovat sám své síly či vyhledat odbornou pomoc, sáhne jedinec po těchto látkách v nežádoucí míře.

Obecně však lze konstatovat, že nepříznivý vliv na progresi ve zneužívání psychoaktivních látek má především jejich snadnější dostupnost, která souvisí s významným rozšířením světového obchodu s drogami i otevřené, téměř neomezené, migraci obyvatel.

Snahou vyspělé společnosti na všech jejích úrovních by mělo být zaměření zejména na prevenci vzniku závislosti na psychoaktivních látkách a s tím spojené kriminality. Bohužel, počet lidí experimentujících s těmito látkami neklesá, navzdory nejrůznějším katastrofickým varováním a značné protidrogové publicitě. Naopak pro mnohé, zejména mladé lidi, se užívání psychoaktivních látek stává jevem „normálním“, který je součástí kultury a jejich životního stylu.

Ze všech uvedených důvodů je téma této práce velmi aktuálním a závažným problémem. Na snaze o jeho řešení se musí podílet nejenom stát jako instituce, ale všechny úzké sociální skupiny, kterými jsou zejména rodina, škola, rozličná zájmová sdružení apod.

Tato bakalářská práce se ve své teoretické části zabývá charakteristikou a rozdělením psychoaktivních látek, typy závislostí a vlivem psychických i sociálních faktorů na jejich vznik. V praktické části by mělo být na základě průzkumu zjištěno, jaká je nejčastější motivace mladistvých ke zneužívání návykových látek, vliv sociálního prostředí a míra jejich informovanosti o této problematice.

Jak bylo výše uvedeno, zneužívání psychoaktivních látek se v posledních letech stalo nedílnou součástí naší společnosti a je na každém z nás, abychom se snažili přispět při řešení tak závažného problému, jakým zneužívání těchto látek bezesporu je. Nesmíme zapomenout na to, že s tímto problémem jde ruku v ruce kriminalita mladistvých, deviantní chování, problémy se vzdáváním, problémy v rodině i v ostatních sociálních vztazích a v neposlední řadě má negativní dopad i na ekonomiku státu.

1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

1.1 Základní pojmy

Obecně lze říci, že za psychoaktivní látku (drogu) je považována každá přírodní nebo syntetická látka, která ovlivňuje psychickou činnost. Některé psychoaktivní látky mohou vyvolat závislost a v tomto případě hovoříme o látkách návykových.

Mnohé z psychoaktivních látek se používají jako medikamenty resp. jejich součást. Dlouhou dobu jsou známy a využívány účinky těchto látek při tlumení bolesti, poruchách spánku, úzkostných stavech apod. Druhou kategorií představuje jejich nezákonné zneužívání. Třetí kategorií je legální používání psychoaktivních látek v běžně dostupných výrobcích, kterými jsou například alkoholické nápoje, kofein a nikotin. (Fišer, Škoda, 2009)

Drogovou závislost definují ve svých pracích mnozí autoři, v této bakalářské práci se vychází z Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – MKN 10. (ÚZIS, 2013)

Například Nožina (1997) ve své publikaci uvádí, že „*Toxikomanie, čili drogová závislost, je stav psychické i tělesné závislosti na psychoaktivních látkách (drogách), užívaných trvale (kontinuálně se škodlivými důsledky jak pro jedince (toxikomana), tak pro společnost. Závislost se vytváří buď na jednu drogu (monotoxikomanie), např. u alkoholismu, nebo na několik drog (polytoxikomanie), např. alkohol a sedativa. Drogová závislost poškozuje toxikomana psychicky (vede k poruchám duševním, intelektuálních schopností a společenských vztahů) i tělesně (dochází např. k poškození jater, krvetvorby, srdce a oběhového systému, k celkové kachexii).*“ (Nožina, 1997, str. 12)

Příčina drogové závislosti je různá a individuální, obecně je ve vzájemné kombinaci osobnostní charakteristika jedince včetně dědičnosti (endogenní faktory) a vliv prostředí (exogenní faktory). Míra závislosti člověka na droze se dá vyjádřit podle frekvence, intenzity a následků užívání:

- **experimentální užívání drogy** – v tomto stádiu je droga užitá jednorázově nebo příležitostně s větším časovým odstupem a její užívání nemusí mít žádné trvalé negativní následky;
- **příležitostné užívání drogy** – tito uživatelé berou drogu sice pravidelně, ale ne častěji než jednou týdně, obvykle ve volném čase, užívání drogy je spojeno např. s účastí na některé společenské akci, je součástí životního stylu, následky užívání se již projevují;
- **pravidelné užívání drogy** - tito uživatelé berou drogu pravidelně, více než jednou týdně, užívání drogy je součástí života;
- **problémové užívání drogy** – užívání je pravidelné a již ovlivňuje soukromý i pracovní život jedince, dochází ke známkám zdravotních problémů souvisejících s aplikací drogy, droga je užívána rizikovým způsobem, např. nitrožilní aplikací;
- **závislost na droze** – projevuje se vyšší tolerancí k droze, dávky je třeba zvyšovat k dosažení účinku, uživatel po droze trvale touží, této touze se postupně podřizuje celý jeho život, má již zřetelné zdravotní, psychické i sociální problémy způsobené jejím užíváním. (Zeman, 2011)

2 PŘEHLED PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK

2.1 Základní rozdělení

Látky ovlivňující psychiku jsou všude kolem nás. Některé jsou v naší společnosti tolerované, „legální“. V jejich legalizaci sehrál významnou roli kulturní a společenský úzus a historický vývoj, během něhož se tyto látky staly tolerovanou součástí životního stylu a tradice. Jedná se zejména o alkohol, tabák, kávu a některé druhy léků. Druhou skupinou jsou látky, u kterých je zákonem zakázána jejich výroba a distribuce a jsou tudíž „nelegální.“

V dnešní době je termín „droga“ užíván i jako synonymum pro negativní označení činnosti vyvolávající nějakou formu závislosti – například hraní počítačových her, výherních automatů, sledování sociálních sítí apod.

Droga je látka se dvěma základními vlastnostmi. Má **efekt psychotropní**, který modifikuje prožitek, mění způsob vidění světa a má **potenciál závislosti** při dlouhodobém a pravidelném užívání.

Rozdělení drog podle účinku na psychiku:

- **tlumivé látky** (narkotika) zpomalují psychomotorické tempo, malé dávky zklidní, vyšší navodí spánek, kóma až zástavu životních funkcí (benzodiazepiny, barbituráty, alkohol, opiáty, těkavé látky);
- **psychomotorická stimulancia** zbaví jedince únavy, aktivují motoriku a zrychlí myšlenkové tempo (pervitin, kokain);
- **halucinogeny** vyvolávají změny vnímání až po stavy podobné schizofrenii (kanabis, LSD, psilocybin).

Rozdělení drog podle míry rizika je nejznámější a nejpoužívanější. Látky s vyšší mírou rizika jsou označovány jako „tvrdé“ drogy a látky s nižší mírou rizika jsou označovány jako drogy „měkké“ (příkladem je alkohol, tabák, marihuana, hašiš, káva, čaj). (Minařík in Kalina et kol., 2008)

2.2 Alkohol

Alkohol, chemickým názvem etylalkohol (etanol) vzniká kvašením cukrů. Problémy s jeho nadužíváním jsou známy již od starověku. Patří mezi legální drogy a jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity. Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako „alkoholismus“. Až v roce 1951, díky WHO, začal být alkoholismus považován i za problém medicínský. Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, resp. alkoholických nápojů.

Podle Popova (2003) lze poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu rozdělit do dvou skupin:

- poruchy, které jsou způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém. Buď bezprostředně (intoxikace alkoholem), nebo jako důsledek chronického abúzu alkoholu (psychotická porucha, odvykací stav, amnestický syndrom);
- poruchy, které se projevují návykovým chováním a mohou vyústit v závislost.

Účinek alkoholu závisí na dávce a dalších faktorech, kterými jsou vliv prostředí a dispozice. Stav po požití alkoholu se nejčastěji projevuje jako prostá opilost (ebrieta). Malé dávky mají účinek stimulační, vyšší tlumivý. Na počátku se po požití dostavuje dobrá nálada, pocit zvýšené energie a dobré nálady, později dochází k odbourání zábran a snížení sebekritičnosti, nakonec se dostavuje únava a útlum.

Intoxikace alkoholem má čtyři stádia v závislosti na hladině alkoholu v krvi:

- lehká opilost – excitační stadium (alkoholémie do 1,5 g/kg);
- opilost středního stupně – hypnotické stadium (alkoholémie 1,6 – 2g/kg);
- těžká opilost – narkotické stadium (alkoholémie více než 2g/kg);
- těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a krevního oběhu – asfyktické stadium (alkoholémie nad 3g/kg).

Krátkodobé nežádoucí účinky alkoholu závisí na výši dávky. Mezi somatické příznaky patří porucha rovnováhy, svalového napětí, zpomalení reakčního času, nevolnost a zvracení. Poruchy chování se projevují agresivitou, snížená sebekritičnost může vést k riskantnímu chování s následnými úrazy. Při těžší intoxikaci alkoholem se může dostavit kvantitativní porucha vědomí až smrt.

Mezi **dlouhodobé nežádoucí účinky** alkoholu patří poškození gastrointestinálního traktu včetně rozvoje jaterní cirhózy a chronické pankreatitidy, významné jsou obtíže spojené s malnutricí při chronickém abúzu alkoholu a avitaminóza. Dochází k funkčnímu a orgánovému poškození oběhového systému (kardiomyopatie, hypertenze), k poruchám krvetvorby, k poruchám spánku, k depresivním stavům, k poškození endokrinního systému. Poškození nervového systému je spojeno s neurotoxickým účinkem alkoholu (halucinace, poruchy paměti, demence). U těhotných žen může dojít k poškození plodu (fetální alkoholový syndrom).

Hlavním rizikem nadměrného požívání alkoholu je rozvoj tělesné i psychické závislosti. Ta se rozvíjí po dlouhodobém užívání, předchází ji poměrně dlouhé období, kdy je patrné psychické i fyzické poškození, ale abúzus lze ještě relativně dobře zastavit.

Odvykací stav se objevuje po intenzivním dlouhodobém požívání alkoholu, rozvíjí se během hodin až dní po vysazení nebo redukcí dávek. Hlavní příznaky odeznívají obvykle do týdne a patří mezi ně psychomotorický neklid, třes, pocení, úzkost, nevolnost, hypertenze a při vážnějším průběhu dochází k halucinacím, křečím až k rozvoji deliria tremens. (Minařík in Kalina et kol., 2008)

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které postihuje pacienta nejen v oblasti zdravotní, ale i v ostatních oblastech života (práce, rodina apod.) Pokud není závislý pacient adekvátně léčen, onemocnění progreduje. Naopak při úspěšné léčbě dochází k uzdravení. U závislosti na alkoholu není možné dosáhnout kontrolovaného užívání, proto je základní podmínkou léčby naprostá a trvalá **abstinence**.

2.3 Tabák

Návykovou látkou v tabáku je alkaloid **nikotin**. Nikotin zvyšuje bdělost, paměť, soustředění a potlačuje chuť k jídlu. Závislost na tabáku začíná závislostí psychosociální, která zahrnuje osobní a skupinové rituály s kouřením spojené, po určité době vzniká i fyzická závislost na nikotinu. Domovem tabáku je americký kontinent, do

Evropy byl dovezen v roce 1492. Obvykle se tabák aplikuje kouřením, méně často žvýkáním nebo intranazálně. Mezi tradiční způsoby patří pití odvarů a požívání.

- Kouření je zejména naučené chování, vysoce rizikové z hlediska rozvoje dalších zdravotních komplikací (nádorová onemocnění, onemocnění cév, postižení gastrointestinálního traktu a další). Pro odvykání kouření má klíčový vliv osvěta, dnes již poměrně rozšířené odborné poradenství, psychologická podpora, popřípadě substituční náhrada nikotinu ve formě náplastí, žvýkaček, inhalátorů apod. (Králíková in Kalina et kol., 2003)

2.4 Opiáty

Jedná se o skupinu tlumivých látek s výrazným euforickým efektem. Skupina nese název podle sušené šťávy z nezralých makovic (opia). Opiáty se používají v medicíně jako léky proti bolesti nebo proti kašli.

Hlavním očekávaným účinkem při užití je zklidnění a příjemná euforie, která bývá doprovázena pocitem tepla a snížením vnímání tělesných pocitů. Uživatel vnímá většinu činností jako příjemné. Opiáty mají silné analgetické účinky.

Mezi **krátkodobé účinky** patří útlum nervového systému, útlum dechového centra, bronchokonstrikce, svědění, pokles tělesné teploty, zúžení zornic často nereagujících na světlo, zpomalení akce srdeční, zácpa, zhoršení vyprazdňování močového měchýře i pokles plodnosti u žen.

Dlouhodobým účinkem je vznik psychické i somatické závislosti, stoupající tolerance k účinkům, celkové poškození organismu, postižení charakterových vlastností jedince a jeho etická degradace. Často dochází k infekcím souvisejícím s oslabením imunitního systému a nesterilní injekční aplikací drogy. Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání organismu až k extrémní vyhublosti.

Odvykací stav nastupuje v rozmezí hodin až dní, příznaky jsou zrcadlové k efektu látky, užívané dávce a době užívání. Odvykací stav lze přirovnat k průběhu těžké chřipky, doprovázené navíc třesem a poruchami spánku.

U opiátů je charakteristická malá terapeutická šíře – je malý rozdíl mezi účinnou a smrtelnou dávkou, což bývá častou příčinou předávkování. Při něm dochází ke ztrátě

vědomí a postupně k zástavě dechu, ostatních životně důležitých funkcí a nakonec i k poškození mozku vlivem hypoxie. Zajímavost i diagnostické vodítko k odlišení od intoxikace jinými látkami je charakteristické škrabání, které lze pozorovat i u pacientů v bezvědomí.

Léčba závislosti vedoucí k abstinenci spočívá v detoxikaci, režimové léčbě a psychoterapii. Substituční léčba je volbou v případech, kde není dostatečná motivace pacienta k odvykací léčbě. (Minařík in Kalina et kol., 2008)

Zástupci opiátové skupiny:

- **Heroin** je nejvýznamnější a celosvětově nejrozšířenější drogou této skupiny. Zdrojovou látkou pro výrobu heroinu bývá morfin nebo přímo opium. Do roku 1994 se v České republice vyskytoval jen sporadicky, v současnosti jeho užívání mnohonásobně vzrostlo. Zdrojovou látkou pro výrobu heroinu bývá morfin nebo přímo opium. V minulosti byl heroin považován za účinný lék pro závislost na morfinu a pikantní je, že byl zpočátku považován za lék s nulovým rizikem vzniku závislosti. Výběr způsobu aplikace souvisí s chemickou formou látky. Obvyklým způsobem aplikace heroinu je nitrožilní podání, ale rozšířené jsou i aplikace šňupáním, kouřením a inhalací z aluminiové fólie. Při odvykání rychle klesá tolerance, což zvyšuje riziko smrtelného předávkování dávkou menší nebo běžně užívanou předtím.
- **Hydrokodon – „Braun“** je specificky česká droga, vyráběná v minulosti z běžně dostupných léčiv (v současnosti jsou tato léčiva vázána na lékařský předpis). Svůj název „Braun“ získal pro svou tmavě hnědou barvu. Aplikuje se nitrožilně a účinky jsou obdobné jako u heroinu a opiátů obecně. V 90. letech minulého století byl „Braun“ z české drogové scény prakticky zcela vytěsněn heroinem.
- **Opium** je sušená šťáva z naříznutých nezralých makovic máku setého. Název pochází z řeckého „opos“ (šťáva). Typickým způsobem užívání bylo a je kouření z dýmek, rozličné odvary a jejich konzumace. V případě injekční aplikace je vysoká míra rizika infekčních komplikací, souvisejících s nedokonalým čištěním látky.

- **Metadon** je syntetický opioid, není chemicky odvozen od morfinu. Vyrábí se legálně pro účely substituční léčby osob závislých na opiátech. Prosakuje však i na ilegální trh, kde je vyhledáván jako droga náhradní, doplňující nebo pro účely abstinčních pokusů. Jeho poločas eliminace je přibližně 25 hodin, což umožňuje při substituční léčbě bezpečné dávkování jednou denně. Užívá se nejčastěji perorálně, možná je i injekční aplikace.
- **Buprenorfin - Subutex** je rovněž syntetický opioid a jeho užití je obdobné jako u metadonu. Při substituční léčbě umožňuje bezpečné dávkování až po 48 hodinách a způsob jeho podávání je sublingválně. (Minařík in Kalina et kol., 2003)

2.5 Stimulancia

Psychostimulancia jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervovou soustavu. Dochází ke zvýšenému vylučování serotoninu, dopaminu a noradrenalinu, což způsobuje povrchní zvýšení psychomotorického tempa a bdělosti, urychlení myšlení, výbavnost paměti (na úkor přesnosti), zkracování spánku, navození stavu euforie, pocitu síly a absence únavy. Zahání pocit hladu. Psychostimulancia působí anxiogenně – vyvolávají úzkost, někdy umocňují nervozitu a trému, mohou vést k agresivitě a přecenění hranic psychosomatických možností uživatele. Po odeznění účinku látky se dostavuje tzv. dojezd, stav podobný „kocovině“ (celkové vyčerpání, bolest kloubů, dlouhý spánek, hlad apod.).

Dlouhodobým účinkem užívání je vznik závislosti. Velmi rychle a spolehlivě nastupuje nebezpečná **závislost psychická**, vyznačující se především cravingem. Psychická závislost je hlavním důvodem relativně dlouhé odvykací léčby. Užívání stimulancií s sebou přináší velkou zátěž pro organizmus i řadu **somatických komplikací** (např. riziko pro kardiovaskulární systém). Vlivem vyplavovaných hormonů při užívání je tělo v podstatě trvale připraveno podávat extrémní výkon, což v kombinaci se sníženou chutí k jídlu vede k extrémní ztrátě hmotnosti. Závažnou komplikací jsou rizika plynoucí z nitrožilního užívání (přenos infekčních onemocnění - např. HIV, infekční hepatitidy, kožní infekce).

Dlouhodobé užívání psychostimulancií (někdy však i jednorázová vysoká dávka) může vést k **toxické psychóze**. Psychóza se rozvíjí pozvolna, začíná vztahovačností, později mizí i náhled. Hlavními příznaky rozvinuté toxické psychózy jsou paranoia (přesvědčení, že chce jedinci někdo ublížit), náladovost (depresivní nálada), zrakové, taktilní (hmatové-dotykové) a sluchové halucinace, suicidální myšlenky. Klinický obraz toxické psychózy je mnohdy neodlišitelný od schizofrenie a v rozvinutém stadiu je nutná pacienta hospitalizovat. Toxická psychóza u uživatelů stimulancií dobře reaguje na antipsychotickou léčbu psychofarmaky. Stimulancia jsou drogy s vysokou mírou rizika a po alkoholu nejčastěji zneužívanou drogou v ČR.

Zástupci psychostimulancií:

- **Pervitin – metamfetamin** je u nás nejrozšířenější stimulační droga a patří mezi budivé aminy, které mají mnoho zástupců. Vedle metamfetaminu a amfetaminu je to např. MDMA (extáze), léky proti únavě, narkolepsii, chuti k jídlu nebo látky zneužívané armádou pro vyšší výkon bojových jednotek. Pervitin je droga s vysokým potenciálem pro závislost, psychický návyk je téměř okamžitý a s rychlým vzestupem tolerance. Aplikuje se nitrožilně, ústy nebo šňupáním. Zřetelně ovlivňuje psychické funkce (euforie, snížení únavy, nechutenství, zvýšení výkonnosti, navození stereotypního chování), motoriku (motorický neklid – tzv. „vykroucenost“), zvyšuje krevní tlak, tep a dechovou frekvenci. Po odeznění účinku se dostavuje fáze hluboké deprese, pocity vyčerpání a celková skleslost. Následkem chronického užívání pervitinu mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí. Psychické komplikace chronického užívání jsou halucinace, neklid, sebevražedné tendence, zmatenost, poruchy paměti, neschopnost koncentrace apod. Kombinování pervitinu s jinými drogami či léky je velmi nebezpečné, život ohrožující je společné užívání s antidepresivy. Další rizika vyplývají z nitrožilní aplikace drogy (např. lokální záněty, infekce kůže, přenos infekčních chorob). Léčebné intervence u závislých na pervitinu zahrnují širokou škálu poradenských přístupů, ambulantní i ústavní léčbu, medikamentózní léčbu potlačující stavy plynoucí z náhlého nedostatku „hormonů štěstí“, pobyt v komunitách. Vždy se jedná o léčbu vedoucí k abstinenci, účinná substituční léčba prakticky neexistuje.

- **Kokain** se rozšířil z jižní Ameriky, zdrojem jsou lístky koky a historicky se používal jako lokální anestetikum při chirurgických operacích v dutině ústní, očí, nosu, apod. Chemicky byl izolován v roce 1859 a jeho účinky jako lokálního anestetika pro medicínu objevil Sigmund Freud. Zneužívání kokainu postihuje epidemicky především USA, Kanadu a Velkou Británii. V České republice je výskyt jeho užívání v určitých – spíše finančně privilegovaných sociálních skupinách. Tradičním způsobem aplikace je žvýkání kokových listů, v našich podmínkách je nejčastější způsob užití šňupání. Méně časté je injekční užití a vtírání do sliznic.
- **Crack** (chemicky forma volné báze) lze kouřit. Účinky kokainu jsou závislé na dávce a frekvenci užívání a trvají poměrně krátkou dobu (ustupují již po 30 minutách). Mechanismus účinku je podobný jako u ostatních stimulancií. Pocity při prvním užití nemusí být příjemné, teprve opakované užívání navozuje očekávanou euforii. Kokainista je veselý, má halucinace příjemného obsahu, dostavuje se touha po zvýšeném výkonu, mizí zábrany, u žen dochází k nymfomanickému chování, u mužů rovněž stoupá sexuální touha, ale potence klesá. Kokain výrazně snižuje chuť k jídlu. Kokain nevyvolává somatickou závislost, o to větší je ale závislost psychická. Dlouhodobé užívání je typicky v tazích, vede k vzestupu tolerance k euforizujícím účinkům, začnou se objevovat stavy úzkosti, panické ataky a paranoidní psychotické epizody. Častý je vznik toxické psychózy s příznačnými tělovými halucinacemi (lezoucí hmyz po těle). Užívání kokainu extrémně zatěžuje kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Šňupání způsobuje často nevratné poškození nosní sliznice. Při těžké akutní otravě dochází ke křečím a kolapsu v nejtěžších případech k ochrnutí dýchacího centra a následné smrti. (Minařík in Kalina et kol., 2003)

2.6 Halucinogenní drogy

Halucinogeny přitahují pozornost vědců i laiků pro jejich neobvyklé vlastnosti a účinky na lidskou psychiku. Rituální užívání halucinogenních drog je velmi rozšířené a úzce spojené s vývojem lidské kultury. Pro část šamanských kultur jsou základním prostředkem pro cestu do změněných stavů vědomí. S halucinogenními látkami se rovněž experimentovalo v rámci psychoterapie k usnadnění a urychlení procesu u těžších neuróz, psychóz, poruch osobnosti, závislostí a v psychoterapii umírajících. Obecně je lze rozdělit do tří skupin:

- **přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu** (např. durman, mezkalin, psilocybin);
- **přírodní halucinogenní drogy živočišného původu** (např. bufetenin – ropuší jed);
- semisyntetické a syntetické halucinogenní drogy (např. LSD a PCP – „andělský prach“).

Nejznámější a nejrozšířenější zástupci halucinogenů:

- **LSD** patří mezi nejčastěji užívané halucinogeny a na současném trhu se objevuje téměř výhradně ve formě tzv. tripů (papírových čtverečků zobrazujících různé symboly) či krystalů. Oba přípravky se užívají perorálně, postupným rozpouštěním pod jazykem. U drogy vyráběné nelegálně jsou zaznamenány různé výkyvy v obsahu aktivních látek a značný podíl dalších různých nečistot a příměsí, proto se jedná o kombinovaný účinek více psychoaktivních látek a lze těžko předvídat jejich účinek. V 50. a 60. letech minulého století byla tato droga užívána zejména v uměleckých kruzích a při meditačních experimentech, v současnosti je zaznamenáno převážně ve vazbě na subkulturní prostředí se specifickou hudbou, oblečením a ostatními módními trendy;
- **Psilocybin** je aktivní látka obsažená v houbách rodu *Lysohlávek*, které se běžně vyskytují na území České republiky. Tato historicky stará droga patří mezi nejrozšířenější přírodní halucinogenní látky. Dostupnost drogy je poměrně snadná díky jednoduchému sběru a sušení houby. Množství aktivní látky, kterou houba obsahuje, lze těžko odhadnout, proto existuje reálné riziko intoxikace.

Účinky obou těchto látek jsou podobné, nástup i účinky jsou závislé na množství a čistotě požití látky. U nižších dávek je charakteristický výskyt iluzí a pseudohalucinací, sklon k ornamentalizaci, zvýšená citlivost k vnímání barev a k prostorovému vnímání. Častý je výskyt barevných kaleidoskopických obrazců. Intoxikace je doprovázena většinou mírnou euforií, dobrou náladou, přecházející někdy až v nabuzený extatický stav. Někdy však může dojít ke stavu úzkosti až deprese. Vyšší a vysoké dávky mohou navodit intenzivní halucinatorní stav bez možnosti ovlivnění vůlí, poruchy myšlení, paranoiu provázenou poruchami paměti, pozornosti a úsudku. Zajímavými a potenciálně rizikovými jevy jsou depersonalizace (odosobnění) a derealizace (stav úplného odcizení vlastního těla, postižený se vnímá jako „divák“). Na průběhu a charakteru stavů se podílí celkové nastavení jedince, únava, očekávání, míra citlivosti, prostředí apod. Halucinogeny patří k nejméně předvídatelným drogám. (Miovský in Kalina et kol., 2003)

2.7 Konopné drogy

Moderní výzkumy prokázaly, že konopné drogy jsou látkami v Evropě známými a zřejmě také užívanými již ve velmi hluboké historii. Konopí roste prakticky po celém světě, zejména je pro něj příznivé podnebí s teplým klimatem. Pěstuje se však i v evropských podmínkách včetně České republiky. Psychicky účinné látky obsažené v užívaných produktech konopí se nazývají kanabinoidy (THC).

Kanabinoidy mají kromě psychotropního efektu i další, potenciálně využitelné vlastnosti (analgetický vliv, efektivní potlačení nevolnosti a zvracení), např. jako podpůrná léčba u nemocných s onkologickými chorobami, Alzheimerovou chorobou, AIDS, Parkinsonovou chorobou apod.

Konopné drogy jsou užívány především kouřením, ale rovněž perorálně jako součást pokrmů nebo nápojů, lokální použití je i ve formě mastí.

Jako u všech psychotropních látek nelze nikdy s určitostí říci, jak bude intoxikace probíhat. Kromě vlivu samotné látky se na průběhu a charakteru stavů podílí celkové nastavení jedince, individuální citlivost, prostředí, únava a další faktory, které mohou stavy během intoxikace výrazně změnit. Mezi nejcharakterističtější účinky

konopných látek lze řadit hlad, pocit chladu sucha v ústech, deformace ve vnímání času, prostoru a smyslové – nejčastěji zrakové iluze. Většinou je intoxikace doprovázena stavem lehké euforie, příjemné nálady, která může někdy přejít do bouřlivého a nezadržitelného smíchu. Někdy může nastat nevolnost nebo zvracení. Konopné drogy nevyvolávají somatickou závislost, asi u 10% uživatelů je popisována závislost psychická. Akutní ovlivnění marihuanou může ovlivnit rozhodnutí zkusit jinou („tvrdší“) drogu, ale význam marihuany jako startovací - iniciační drogy, bývá přeceňován.

Při častém, nadměrném a dlouhodobém užívání konopných drog nebo i při akutní intoxikaci se mohou dostavit poruchy některých kognitivních funkcí (např. zhoršení paměti, schopnosti soustředění). Mohou se dostavit „flashbacky“, může dojít k rozvoji depresivních stavů, úzkosti, paniky nebo dokonce paranoii. Většina uvedených stavů postupně ustupuje s odeznívající intoxikací.

- **Marihuana** je název pro sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí, kouří se samostatně nebo smíšená s tabákem;
- **Hašiš** je konopná pryskyřice. Obsahuje více aktivní látky než marihuana (až 40%).(Miovský in Kalina et kol., 2003)

2.8 MDMA

MDMA (extáze, taneční droga) svým účinkem spadá na pomezí stimulancií a halucinogenů. Chemicky je odvozena od amfetaminu, v čisté formě je to bílá, krystalická, silně hořká látka. Na trhu je dostupná v podobě tablet, na kterých bývá typicky z jedné strany reliéfní obrázek, či kapslí.

V historii proběhly pokusy využití této látky v psychoterapii. Mezi indikační skupiny patřila například posttraumatická stresová porucha a péče o nevléčitelně nemocné. Po průkazu neurotoxicity MDMA bylo její další legální užívání většinou zakázáno.

Dnes patří extáze mezi nejrozšířenější drogu, kterou na celém světě užívají mladí lidé na tanečních parties za doprovodu typické reprodukované hudby – styl techno, house, rave apod.

MDMA je často užívateli kombinována s jinými látkami pro dosažení silnějšího nebo kvalitativně odlišného efektu. Typické jsou kombinace s alkoholem, THC, kokainem a s amfetaminy, což zvyšuje riziko výskytu závažných zdravotních komplikací a nežádoucích účinků. Při užití drogy se většinou dostavuje pocit pohody, zlepšuje se nálada, zvyšuje se komunikativnost a při užití v páru nastupuje pocit empatie, lásky a potřeba dotýkat se - nefunguje však jako afrodiziakum.

Pro efekt MDMA je charakteristická mírnost intoxikace, dostavuje se mírně zostřené vnímání a celková psychická a fyzická stimulace. Mezi nejzávažnější komplikace užití patří hypertermie (přehřátí organismu), vyskytující se především při celonočních párty, a dehydratace. V souvislosti s dehydratací může dojít v organismu k metabolickému rozvratu. U disponovaných jedinců existuje možnost provokace psychotického stavu. Psychosociálním fenoménem je návyk určitého životního stylu spojeného s užíváním extáze. (Minařík, Páleníček in Kalina et kol., 2003)

2.9 Těkavé látky

Těkavé látky jsou chemické látky, jejichž společnou vlastností je narkotický účinek. Mezi typické zástupce patří toluen, éter, chloroform, aceton, složky některých lepidel, ředidel a rozpouštědel. Způsobují nejprve excitaci a následně útlum nervového systému. Těkavé látky bývají drogou iniciační nebo drogou doplňkovou při nedostatku drogy primární. Aplikační cestou je výlučně inhalace (igelitový sáček, namočený hadřík) a efekt je okamžitý.

Intoxikace se podobá opilosti. Začíná excitací, poté následuje krátká fáze euforická s poruchami vnímání (zrakové a sluchové halucinace) a po odeznění účinku nastupuje kocovina.

Organická rozpouštědla vyvolávají psychickou závislost, rizikem je organické poškození mozku, které může vyústit například v agresivní rapt. Porucha vědomí při předávkování může vést k dechové zástavě a k aspiraci zvratků, přímý vliv některých látek na srdeční sval způsobuje poruchy srdečního rytmu vedoucích až k oběhovému selhání. Varujícím faktem je, že experimentování s těkavými látkami probíhá obvykle kolem 13. roku věku. (Minařík in Kalina et kol., 2008)

2.10 Léky s psychotropním účinkem

Jedná se o skupinu, zahrnující mnoho léčiv. Nejčastěji jsou zneužívány látky ze skupiny analgetik, sedativ, hypnotik, benzodiazepinů a anxiolytik. Neodborné a často neadekvátní užívání léků vede k poškození pacienta sebou samým. Nebezpečná a obvyklá je kombinace léků s alkoholem. Ve většině případů se preparáty užívají ústy, některé lze aplikovat i injekčně. Lékové závislosti se poněkud podceňují, jsou však velmi úporné a obtížně léčitelné. Problémem je, že dlouhou dobu probíhají skrytě, uživatel s problémem nepřipouští a jen těžko se vyrovnává s představou, že by se vzdal „léků“ na své potíže. Podmínkou uzdravení je naprostá abstinence, včetně alkoholové. (Bayer in Kalina et kol., 2003)

3 UŽÍVÁNÍ PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK V HISTORICKÉM KONTEXTU

3.1 Historie užívání psychotropních látek

Historie užívání psychoaktivních látek je stará jako lidstvo samo. Byly používány k léčení, věštění, ke komunikaci s božstvy, v iniciačních i šamanských rituálech. Ve většině případů byly součástí dané kultury. V historii lidské civilizace jen stěží nalezneme kulturu, která by nevyužívala některou z drog. Ta však měla svoji jasně vymezenou úlohu a bylo známo, jak regulovat její nadměrné užívání. Naši dávní předkové přistupovali k vlastnostem drog většinou s úctou a respektem, jako k boží síle. Znalost o jejich vlastnostech byla v historii výsadou šamanů, mystiků a duchovních učitelů, tedy vždy jen úzkého spektra společnosti. Proto se těžko mohlo stát, aby byla droga podána někomu k jejímu užití nepřipravenému. Naši předkové uměli dobře využívat účinků některých rostlin alterujících psychiku a tyto znalosti daly základ vzniku profese šamana či medicinmana. Ve starých kulturách nebyly psychoaktivní látky oproti dnešní době výrazným společenským problémem. (Drtil, 1987)

Zneužívání drog, spojené s vytvářením závislosti, bylo v českých zemích lékařsky zaznamenáno až na konci 19. století. Tehdy byly poprvé popsány případy polykání opiové šťávy (první zmínky o pěstování máku pro jeho narkotické účinky jsou ovšem známy již z období Sumerské říše, název opium dali makové šťáve Řekové). Éru zneužívání drog jako společensko-patologického fenoménu odstartoval derivát opia – morfin. První případy zneužívání a závislosti byly tehdy spojeny spíše s chybným používáním morfinu pro lékařské účely. Úmyslné zneužívání morfinu probíhalo výjimečně, zejména mezi lékaři či studenty medicíny, spisovateli a umělci, kteří hledali pomocí této drogy inspiraci. Hospodaření s opiáty nepodléhalo v této době žádným právním regulím.

Látkou, která podnítila vzestup závislostí na počátku 20. století v českých zemích, byl kokain. Stal se předmětem ilegální obchodu a jeho užívání se rozšířilo zejména mezi umělci, herci, intelektuály, ale i mezi příslušníky tehdejšího tzv. podsvětí. Do kampaně proti zneužívání této drogy se tehdy zapojil i tisk. V poválečných letech se objevily tajné kuřárny opia a v případě morfinu byli toxikomani odkázáni na domácí zdroje a falšování lékařských receptů. Období po druhé světové válce přineslo nárůst spotřeby amfetaminu, který zůstal nespotřebován ve vojenských skladech. Stimuloval, potlačoval pocit deprese a hladu.

V dalších letech nastává v oblasti zneužívání drog jakási „hluchá“ perioda a situace se mění v 60. až 80. letech minulého století, kdy i drogovou scénu ovlivňují globální trendy.

V novodobé historii se v souvislosti se šířením a zneužíváním drog rozlišují tři období:

- přibližně do roku 1960 se drogy pokládaly za **odborný problém**, kterým se zabývala poměrně malá skupina vysoce kvalifikovaných specialistů (lékařů – psychiatrů na straně léčení závislosti a kriminalistů na straně potírání trestné činnosti);
- v letech 1960 – 1990 se drogy stávají zejména ve vyspělých zemích **problémem společenským**, dotýkajícím se rozličných sociálních skupin, vrstev i profesí. V tomto období dochází v USA a ve vyspělých státech Evropy k obrovskému nárůstu užívání drog, což mělo vážný zdravotní i sociální dopad. Došlo ke kvalitativním změnám v koncepci drogové politiky;
- od roku 1990 mezinárodní společenství charakterizuje problém drog jako **problém globální** (V Globálním akčním plánu VS OSN z roku 1991).

Globální problém ovlivňuje prakticky všechny země světa, každá ze zemí v něm má svou úlohu - v případě drog se rozlišují země producentské, tranzitní a spotřebitelské. Globální problém se týká opravdu téměř všech lidí, neboť každý jedinec ve své roli osobní, sociální či pracovní přichází s problémem drog do styku – minimálně jako s konkrétním rizikem. Globální problém vyžaduje mezioborovou, mezirezortní, mezisektorovou a mezinárodní spolupráci. (Kalina et kol., 2003)

Chceme-li posoudit současný vývoj a vnímání drogové problematiky naší veřejností, je nutné se zaměřit na historii a zohlednit vývoj české drogové scény.

3.2 Česká drogová scéna

Česká drogová scéna měla před rokem 1990 specifický charakter, který souvisel se socialistickým režimem, který se vyznačoval silnou sociální kontrolou, omezeným pohybem obyvatel po světě a nekonvertibilní měnou. Klasické drogy byly užívány poměrně ojediněle, a to navzdory skutečnosti, že přes naše území vedla síť tranzitních drogových tras. Zdejší obyvatelé byli odkázáni převážně na produkty domácí výroby a na látky, které unikaly z průmyslu a zdravotnické sítě. Pro toto období byla charakteristická relativní uzavřenost skupin uživatelů nelegálních drog. Otevřený drogový trh zde neexistoval.

Současnou i historickou dominantou je zneužívání komplexních analgetik a antiastmatických kompozic, ke kterému přispívá jejich poměrně snadná dostupnost a možnost výrobní úpravy. Užívání těchto léků, spolu s hypnotiky a sedativy, je dodnes pro mnoho jedinců běžnou součástí každodenního života a vytváří klima tzv. „tabletové kultury“. Mezi mládeží byly tyto léky používány spíše jako součást různých drogových směsí a koktejlů. Medikamenty se kombinovaly vzájemně a jejich účinek se potencoval alkoholem a některými hormony. Počátkem sedmdesátých let byl zaznamenán zájem mladistvých o organická rozpouštědla, používaná k inhalaci. Užívání produktů z konopí bylo a je stále velmi rozšířené a mezi mládeží oblíbené. Avšak nejrozšířenější na české drogové scéně je od 80. let minulého století pervitin. (Zeman et kol., 2011)

Po roce 1990 se situace rychle mění v souvislosti s celkovým uvolněním poměrů. Domácí produkce stále dominovala, ale byla obohacena o drogy dovezené, zejména heroin. Česká republika se v této době stala zemí tranzitní, došlo k propojení do té doby uzavřených skupin, drogy se rychle šířily, vytvářela se rozsáhlejší skupina experimentátorů a rekreačních uživatelů.

V současnosti se drogy stávají všeobecně dostupné, věková hranice prvních uživatelů se neustále snižuje, při užívání nejčastěji dochází ke kombinaci různých typů

drogy a ke kombinaci způsobů užívání. S nárůstem zneužívání drog u nás po roce 1990 se i naše společnost začala touto problematikou více zabývat. Příčinou zvýšeného zájmu byla nutnost léčby některých uživatelů drog i existence společenské podmíněnosti a společenských důsledků tohoto jevu. Životní styl některých drogově závislých jedinců s sebou nese neadaptované až asociální chování a tím i důsledky právní.

Primární drogová kriminalita zahrnuje páčání trestné činnosti v oblasti tzv. drogových trestných činů. Jedná se o trestné činy nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187 až 188a trestního zákona.

Sekundární drogová kriminalita zahrnuje jakoukoliv trestnou činnost, která je páčána za účelem obstarání si prostředků na drogy, ale i prostředků pro potřeby uživatelů drog (jídlo, oblečení apod.). Sekundární drogová kriminalita zahrnuje majetkovou trestnou činnost (např. krádeže, podvody aj.), násilnou trestnou činnost (např. loupeže), mravnostní trestní činy, výtržnictví apod. (Kalina et kol, 2008)

4 ZÁVISLOST NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

4.1 Příčiny vzniku závislosti

Při hledání příčin vzniku závislosti je potřeba zabývat se podstatou životních dilemat. Žijeme život ve světě vztahu protikladů – například život a smrt, radost a žal, láska a nenávisť, zrození a smrt. Vztah těchto dualit je antagonistický, je zdrojem neklidu, vyvolává napětí, je příčinou hledání a tužeb a je zodpovědný za základní dynamiku vývoje. Je nutné respektovat přirozené zákonitosti vývoje závislosti na návykových látkách.

Lze nalézt hlubší lidské motivace a potřeby:

- potřebu vyhnout se nebo ulevit si od fyzické i psychické bolesti – bolest z nízkého sebehodnocení, z prožívané nudy, z neuspokojení, z pocitu odlišnosti apod.;
- potřebu cítit se výkonný, energický, kompetentní, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout radosti a euforie;
- potřebu transcendence utrpení v zážitku sebepřesazení nebo splynutí, jednoty se sebou samým i s ostatními apod.

Tyto tři vektory jsou dílem nevědomé, dílem s uvědomovaným a reflektovaným dopadem. Mají také svoji biologickou komponentu a sílu instinktu. Všechny tři nacházejí své korespondující drogy, umocňující tyto prožitky:

- látky tlumící bolest - opioidy;
- látky přinášející euforii a slast - stimulancia;
- látky zjevující cosi z nejhlubších úrovní lidské psychiky – psychedelika (psyché -duše, delein – zjevovat) (Kudrle, in Kalina et kol., 2008)

Příčinami vzniku závislosti na psychoaktivních látkách se již dlouhá léta zabývá řada odborníků. Oblasti zkoumání jsou zaměřeny na příčiny vzniku závislosti, jejich

prevenci, léčbu, popis a charakteristiku jednotlivých psychoaktivních látek, vlivů způsobujících závislosti a na dopady závislosti. V současné době a společnosti se aktivně diskutuje na téma příčin, dopadů a vzniku drogové závislosti.

Závislost na užívání psychoaktivní látky je multifaktoriálně podmíněnou poruchou, na jejím vzniku se podílejí somatické a psychické vlastnosti jedince i vlivy vnějšího prostředí, především sociálního.

Genetické predispozice

Není doposud jednoznačně prokázána existence specifické genetické informace vedoucí ke vzniku závislostního jednání. Nejčastěji je tato problematika zkoumána ve spojení s alkoholismem. Je dokázáno, že u jedinců z rodin, kde je otec alkoholik, je pravděpodobnost alkoholismu až desetkrát vyšší – je tedy zřejmé, že dědičnost má vliv na vztah k alkoholu.

Psychické faktory vzniku závislosti

Zpravidla jde u jedinců o potřebu uniknout něčemu pro ně negativnímu, např. únik před problémy, stresem, frustracemi. Silná je touha po vyvolání pozitivních pocitů, které si neumí navodit jiným způsobem bez pomoci psychoaktivní látky. Může jít i o snahu uniknout nudě, stereotypu, uvolnit zábrany, získat inspiraci, udržet některé vztahy apod.

Sociální faktory vzniku závislosti

Deviantní a patologické jednání vzniká ve vztahu ke společnosti, proto je zřejmá souvislost jeho vzniku se společenskými faktory. Sociálně patologické chování je důsledkem působení řady různých bio-psycho-sociálních faktorů. Ty působí v inkriminovaném čase a ve vzájemné interakci. Aby toto chování bylo možné účinně řešit, jen ezbytnéznátzdroje a příčiny vedoucí k jejich vzniku a rozvoji. Znalost zdrojů a příčin umožňuje práci s jedinci nesoucími vzorce patologického chování a také výběr metod a postupů při prevenci, působení a ovlivňování těchto jedinců.

- **společnost** – obecná dostupnost psychoaktivních látek ve společnosti, jejich dosažitelnost pro populaci dospívajících;
- **sociální skupina** – vliv party, kde je užívání drog nebo alkoholu běžné;
- **rodina** – vliv dysfunkční rodiny, kde dítě není vhodně vychovááno, kde chybí cit, disciplína a model přijatelného způsobu řešení problémů;

- **životní prostředí** – prostředí měst, vybraných aglomerací, anonymita a snížená společenská kontrola, migrace obyvatel, vykořeněnost apod.;
- **sociální konformita** – uchování a tvorba sociálních kontaktů a vazeb;
- **nezaměstnanost.** (Fischer, Škoda, 2009)

Jedinou možnou prevencí vzniku závislosti je pohled na možné startující a související faktory tohoto onemocnění. Jedním z těchto faktorů je vliv sociálního prostředí jedince.

„Řešení nepříznivého stavu ve vývoji kriminality dětí a mládeže vyžaduje plně respektovat skutečnost, že zásadní vliv na formování osobnosti dítěte má rodina.“ (Němec In: Jedlička, 2004, s. 321).

4.2 Druhy závislosti

Psychoaktivní látky mají různé účinky a vyvolávají dva typy závislosti.

Somatická závislost je definována jako stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí (člověk k dosažení téhož efektu potřebuje stále větší dávku). Projevuje se při vysazení drogy abstinčním syndromem. Ten může mít v závislosti na druhu látky různé příznaky, ale téměř vždy zahrnuje neklid a vegetativní potíže, jako je zvýšené pocení a třes. Somatická – fyzická – závislost je přítomna několik dnů, nejvýše několik týdnů.

Psychická závislost – se projevuje nepřemožitelnou touhou vzít si svou dávku drogy, potřebou užívat ji opakovaně a obavou, že pokud by to neudělal, bude se cítit špatně. Úzkost a podrážděnost vyvolává i pouhá představa, že by svou dávku neměl. Psychicky závislý jedinec se naučil takto reagovat, zafixoval si, že mu droga něco přináší. Psychická závislost přetrvává mnohem déle než závislost fyzická

Často je soubor příznaků komplexnějšího charakteru a jedná se tedy o **závislost psychosomatickou.** (Vágnerová, 2004)

Syndrom závislosti „lze definovat jako soubor psychických (kognitivních, emočních, behaviorálních) a somatických změn, které se rozvinuly v důsledku opakovaného užívání psychoaktivní látky.“ (Fišer, Škoda, 2009, s. 146)

Projevuje se specifickými příznaky (alespoň třemi z uvedených), ke kterým musí docházet po dobu jednoho měsíce nebo opakovaně v průběhu kalendářních měsíců.

Těmito příznaky jsou:

- silná touha nebo nutkání získat drogu;
- zhoršená schopnost sebeovládání a kontroly ve vztahu k droze;
- rozvoj abstinčních příznaků;
- zvýšená tolerance k účinku drogy, k dosažení žádoucího účinku a k intoxikaci;
- trvalé užívání látky navzdory škodlivým důsledkům (kterých si je jedinec vědom) v oblasti zdravotní, psychické i sociální;
- droga zaujímá přední místo v hierarchii hodnot a zájmů jedince. (Fischer, Škoda, 2009)

4.3 Vznik a rozvoj závislosti

Vznik závislosti lze definovat jako „proces komplexních změn v somatické, psychické a sociální oblasti“. (Fischer, Škoda, 2009, s. 151)

Drogová závislost nevzniká náhle, většinou tento proces probíhá v několika po sobě jdoucích fázích. K rozvoji závislosti u látek nealkoholových dochází mnohem rychleji, než je tomu u alkoholu.

- **1. stadium – experimentální**, kdy občasné užití drogy přináší jedinci příjemné, dosud neznámé prožitky, droga pomáhá uniknout z reality, nejsou problémy při současném zvládnutí školy nebo práce, před nejbližšími lze tyto experimenty dobře utajit. Negativní účinky látky nejsou ještě patrné, proto je uživatel lhostejný k případnému varování. Odstoupení od konzumace v této fázi má vysokou šanci na úspěch;

- **2. stadium – příležitostné užívání**, kdy droga pomáhá jedinci v oblasti osobní nebo sociální nouze, její konzumace je tajena, uživatel si je vědom nesprávnosti svého jednání a závislost na látce není zatím rozvinuta;
- **3. stadium – pravidelné užívání**, kdy jedinec užívá drogu čím dál častěji, ale stále ještě popírá rizika spojená s jeho chováním, začíná se prohlubovat lhostejnost ke všemu, co se netýká drogy (rodina, práce, škola), sociální okruh se ztenčuje na jedince podobně závislé;
- **4. stadium – návyk a závislost**, kdy jiná motivace než směrem k droze neexistuje, sociální vazby kromě ostatních narkomanů neexistují, změny v oblasti somatické, psychické i sociální jsou závažné, nebezpečné a patrné na první pohled. Jedinec je v vážném zdravotním riziku. (Fischer, Škoda, 2009)

5 LÉČBA A PÉČE O DROGOVĚ ZÁVISLÉ V ČR

5.1 Významné faktory pro účinnost léčby

Cílem léčby závislých osob je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života v co největším rozsahu. Jak uvádí Kalina (2003), hlavní cílové oblasti v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog jsou:

- snížení závislosti;
- snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené nebo spojené s užíváním drog;
- podpora rozvoje tělesného, duševního i sociálního potenciálu klientů a dosažení plné sociální integrace.

Klíčový význam má absolutní **abstinence**, a to i v případě, že nejde o abstinenci trvalou. Uvádí se, že období bez drog delší než tři měsíce může vytvořit předpoklady pro další, déle trvající období. Období abstinence je prostorem pro změny i v ostatních oblastech života, důležitých pro dobrou prognózu (rodina, vztahy, sociální zázemí).

Skupina vrstevníků a intimní vztah jsou důležitými zdroji sociální podpory, ale u uživatelů drog se přesunují na drogovou scénu a spíše potencují drogovou kariéru. Proto je významné nacházení přátel a partnerů mimo drogovou scénu, což je pro abstinujícího jedince velmi nesnadný úkol. Setrvávání ve vztazích a kontaktech s osobami závislými nebo jen aktuálně abstinujícími zvyšuje riziko relapsu.

Vztahy s původní rodinou bývají v různém stupni rozvratu, zapojit ji do léčby je takřka vždy užitečné a v případě mladých nebo výrazně nezralých osob dokonce nezbytné.

Užívání drog člověka obvykle vyřadí ze vzdělávacího nebo pracovního procesu, proto je studium, rekvalifikace, pracovní trénink a vše, co vede k **lepší pracovní kvalifikaci**, vhodnou strategií, jak zlepšit šance na trhu práce a upevnit příznivé podmínky pro život bez drog.

Dalšími ovlivňujícími faktory jsou **délka drogové kariéry** a **věk uživatele při začátku závislosti**, kdy lepší prognóza bývá u těch, kteří se stali závislými až v dospělosti

a drogová kariéra nezabrdila zvládnutí vývojových úkolů dospívání. Čím déle závislost trvá, tím je obtížnější a méně nadějně dosáhnout léčebného efektu. Z toho vyplývá nezbytnost včasné intervence a začátku léčení. (Kalina et kol., 2003)

5.2 Složky systému péče v ČR

V současné době je v ČR vybudován relativně ucelený systém péče pro uživatele návykových látek. Jednotlivé složky systému odpovídají potřebám klientů, kteří se nacházejí v různé fázi závislosti a pamatují na specifika jednotlivých cílových skupin klientů. Bém (in Kalina et kol., 2003, s. 155) uvádí, že „*efektivní systém péče by měl splňovat řadu kritérií jak v oblasti kvalitativní (struktura a provázanost sítě), tak i v oblasti kvantitativní (rozsah a dostupnost péče).*“

- **Terénní programy** jsou prvním článkem systému péče o drogově závislé. Služby jsou poskytovány na otevřené (ulice) i uzavřené (byty) drogové scéně. Terénní pracovník aktivně vyhledává a oslovuje potenciální zájemce o službu. Služba je anonymní, flexibilní, časově i místně dostupná. Filosofie terénní práce je postavena na přístupu „public health“ (ochrana zdraví veřejnosti) a přístupu „harm reduction“ (snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog). Oba přístupy umožňují pracovat s klienty bez ohledu na fázi závislosti a bez ohledu na úroveň jejich motivace ke změně životního stylu. Cílovou skupinou terénních programů jsou jedinci, kteří nejsou v kontaktu s žádnými, zdravotními, sociálními a výchovnými institucemi. Cílem je minimalizovat negativní důsledky užívání drog jak pro uživatele, tak pro společnost (eliminace přenosu infekčních onemocnění, předcházení kriminalitě, udržovat čistotu na exponovaných otevřených drogových scénách, motivovat narkomany ke změně) a monitorovat drogovou scénu v daném regionu;
- **nízkoprahová kontaktní centra** poskytují (i anonymně) uživatelům návykových látek včasnou intervenci, poradenství, krizovou intervenci, zdravotní a sociální poradenství, služby harm reduction. Cílovými skupinami kontaktních center jsou závislí jedinci s různou motivací ke změně, v různé

fázi závislosti a také blízcí uživatelů, kteří potřebují pomoc, provázení a podporu. Podmínkou poskytování služeb není aktuální abstinence klienta. Tým kontaktního centra je vytvořen multidisciplinárně – sociální pracovníci, zdravotníci, pedagogové, psychologové;

- **detoxifikační jednotky** jsou určeny pro zvládnání odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, jež nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení. Jedná se o jednotky, které jsou součástí zařízení pro léčbu závislosti nebo jsou to samostatné jednotky v rámci nemocnic. Klienty těchto zařízení jsou ti, kteří se připravují na další odvykací léčbu, potřebují z rozličných důvodů snížit toleranci vůči droze, kteří jsou sobě nebo ostatním nebezpeční z důvodu intoxikace nebo odvykacího stavu a také ti, u kterých je potřeba rozlišit, zda se jedná o intoxikaci nebo duševní chorobu;
- **substituční léčba** probíhá v ambulantních zdravotnických zařízeních a její podstatou je nahrazení ilegálně získávané návykové látky lékem, který má dlouhodobější účinek a aplikuje se perorálně. Cílem je snížit užívání ilegálních drog, tím i redukovat kriminální chování klientů a minimalizovat jejich zdravotní poškození;
- **ambulantní léčba** je prováděna ve zdravotnických i nezdravotnických zařízeních, kam klient dochází v pravidelných intervalech. Typy těchto zařízení jsou různorodé. Výhodou této léčby je fakt, že klient zůstává ve svém podpůrném sociálním prostředí, nemusí přerušovat školu nebo práci. Cílovou skupinu tvoří uživatelé návykových látek, kteří jsou motivováni k léčbě a jejichž stav nevyžaduje hospitalizaci. Podmínkou úspěšnosti tohoto typu léčby je sociální stabilita klienta, podpora a participace rodinných příslušníků na léčebném procesu. Do klientely ambulantních zařízení patří i klienti experimentující, nemotivovaní, klienti se soudně nařízenou léčbou, rodinní příslušníci a blízcí uživatelů drog;
- **denní stacionáře** jsou ambulantní zařízení s intenzivním denním strukturovaným programem. Klienti docházejí do zařízení každý všední den minimálně na šest hodin. Strukturovaný program je komplex přístupů a metod, které jsou mezi sebou úzce provázány, a je rozdělen do jednotlivých fází, které reflektují postup klienta v léčbě. Cílem léčby je změna životního stylu,

zlepšení fyzického i psychického zdraví, změna v sebepojetí a ve vztazích, získání a udržení sociálních dovedností, podpora a rozvoj osobního zrání. Cílovou skupinou jsou klienti v různé fázi rozvoje závislosti, kteří mají relativně stabilní sociální zázemí a uvažují o možnosti změny svého životního stylu. Profesionální tým je multidisciplinární, složený z psychiatrů, psychologů, pedagogů, zdravotníků i sociálních pracovníků;

- **střednědobá ústavní péče** je rezidenční léčbou ve zdravotnických zařízeních (psychiatrické léčebny, oddělení pro léčbu závislosti), trvající 3-6 měsíců. Cílovou skupinu tvoří osoby od 15 let věku (problémoví uživatelé návykových látek včetně alkoholu). Do léčby vstupují klienti obvykle dobrovolně po absolvované detoxifikaci, ale také jsou přijímáni klienti s nařízenou ochrannou ústavní léčbou. Základním cílem ústavní léčby je změna životního stylu pacienta, abstinence od návykových látek, stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí, vybudování náhledu, řešení důsledků drogové kariéry, budování vnitřní motivace, identifikace a nalezení strategie minimalizace rizik relapsu, změna sebepojetí. Během léčebného pobytu je zásadní dodržovat režim a pravidla, prostředí poskytuje možnost interakce a zpětné vazby, probíhá zde skupinová i individuální psychoterapie, komunitní setkání, pracovní terapie i volnočasové aktivity a sport;
- **terapeutické komunity** jsou zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu po určitou dobu žijí, sdílejí skupinová sezení i další společný program. To umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého osobního života, zejména své vztahy k ostatním lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě projekce umožňuje též zpětnou vazbu, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů a podporuje nácvik vhodnějších, adaptivnějších způsobů chování. Cílem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu, sebepojetí, chování a prožívání, což by klientovi mělo umožnit svůj další život prožívat uspokojivě a zodpovědně i po odchodu z chráněného prostředí komunity;
- **doléčovací programy** jsou ambulantní zařízení, která se zaměřují na udržení změny chování a životního stylu klienta, které získal během léčebného procesu

nebo abstinence. Doléčování může probíhat formou ambulantních skupin jednou týdně nebo se může jednat o intenzivní strukturovaný program doplněný volnočasovými aktivitami. Cílem těchto programů je pomoci vytvořit klientovi podmínky pro jeho abstinenci, udržet změny v životním stylu i chování v období po ukončení léčby;

- **ostatní zařízení a služby** reagují na potřeby specifických cílových skupin. Jednotlivé typy služeb jsou upravovány pro mladistvé, matky s dětmi, pro příslušníky menšin, děti do 15 let, pro uživatele drog ve vězení a po propuštění z výkonu trestu. (Richterová, Těmínová in Kalina et kol., 2008)

6 DROGY A MLADISTVÍ

6.1 Obecná charakteristika

Základním charakteristickým rysem dospívání je hledání a nalezení vlastní identity. Řeší se otázky – kdo jsem, jaký jsem, kam patřím, kam směřuji apod. Terén tohoto hledání je však značně komplikovaný. Podstatou období dospívání je rozpor, k dosažení vlastní identity a integrity jedinec jde cestou kritického náhledu, emocionální nevyrovnanosti, abstraktního myšlení a zrcadlení v ostatních. Je potřeba naplnit vývojové úkoly tohoto období, kterými jsou například:

- vývoj stabilního pocitu vlastní identity včetně přijetí změn vlastního těla;
- pohlavní (genderová) role;
- kognitivní komplexnost, abstraktní myšlení, schopnost aplikovat intelektový potenciál v běžném životě;
- vytvářet a udržovat vztahy s vrstevníky obojího pohlaví;
- změna vztahu k dospělým, zejména k rodičům, autonomie, respekt, tolerance;
- volba povolání a příprava na něj, získání představy o ekonomické nezávislosti;
- první erotické zkušenosti, příprava na partnerství a rodinu;
- rozvoj intelektu, emocionality a interpersonálních dovedností;
- vytváření představ o budoucích cílech a stylu života;
- srovnání hierarchie hodnot, stabilizace vlastního vztahu k životu a ke světu a další. (Richterová Těminová, 2010)

Předpoklady pro úspěšné zvládnutí tohoto nelehkého období jsou zakotveny v jedinci z dětství (vyrovnané, stabilní, ohraničené a podnětné prostředí zejména v rodině). Období dospívání je spojeno s mnoha úkoly psychického i sociálního rázu, které musí adolescent řešit. Jedinci, kteří byli nedostatečně připraveni na překonávání překážek, volí zdánlivě jednodušší a na svoji investici méně náročná řešení. Mezi ta lze zařadit i zneužívání psychoaktivních látek, které umožňují navodit jiné

(příjemnější) stavy vědomí. Při této volbě záleží především na psychické a sociální vybavenosti jedince. Nedostatečná vybavenost je rizikem volby nestandardního způsobu růstu k odpovědnosti za své jednání a k dospělosti. Avšak ani dobře disponovaní jedinci nejsou mimo riziko. Dospívající většinou potřebují být „in“ ve své referenční skupině a jsou také vystaveni sociálnímu tlaku. Rozdíl je v tom, pro někoho je užití drogy pouhým experimentem, zkušeností a nemívá na nastavené zaměření vývoje výrazný vliv. Adolescent zkrátka opouští roli dítěte (rodiče, dosavadní pravidla), zároveň má pocit, že je opuštěn, hledá nový smysl, je frustrován z nezdařených pokusů, potřebuje ventilovat svou agresivitu. Často si dospívající svůj problém neuvědomují, mají pocit, že problém má pouze jejich okolí. Někteří jedinci, kteří se uchýlili k užívání drog, jsou ochotni připustit, že drogu berou, ale jsou přesvědčeni, že je vše v pořádku a pod jejich kontrolou. Chybí jim motivace k osobnostní změně. U dospívajících je prioritní a mnohdy obtížný úkol vypátrat příčiny jejich situace a motivovat je k aktivnímu přístupu umožňujícímu změnu. Zároveň je třeba respektovat a umět zpracovávat jejich odpor k těmto změnám. Je výhodné spolupracovat s rodinným systémem. (Broža in Kalina et kol., 2008)

Podle Richterové Těmínové (2010) užívání drog u mladistvých může souviset s následujícími scénami:

- užívá drogu v souvislosti s plněním svých vývojových úkolů (forma odporu, vyjádření nového názoru, droga jako značka dospělosti);
- užívání drog jako samoléčba (např. po prožitém psychickém traumatu, rozvoj duševní choroby);
- užívání drog jako rituál v určitém společenství, projev příslušnosti.

Přehled nejčastějších **projevů rizikového chování mladistvých**, vyplývající ze zneužívání návykových látek:

- **záškoláctví** je úmyslné vyhýbání se výuce. Rodiče o absencích dítěte nevědí, to padělá jejich podpisy na omluvenkách, předstírá nemoc nebo jiné důvody bránící návštěvě školy. Záškoláctví je buď impulzivní nebo plánované;

- **krádeže** jsou jedním z nejčastějších důsledků užívání drog. Je to možnost získání prostředků na drogu. Jedinec začne krást nejprve v malé míře, zpočátku doma a mezi přáteli, později se odhodlává k častějším krádežím, až se tato činnost stává každodenní rutinou. Krádeže mohou být spojeny rovněž s násilím; ;prostituce (dobrovolná nebo nedobrovolná) bývá prostředkem k získání peněz na drogu;
- **bezdomovectví** faktické, reálné nebo i forma bezdomovectví u mladých, kteří se nemají kam vrátit po pobytech v rozličných sociálních zařízeních;
- **gambling** (patologické hráčství) je nejenom zábavou, ale rovněž prostředkem k získávání peněz;
- **prostituce** dobrovolná i nedobrovolná. (Vágnerová, 2004)

6.2 Prevence

Účinná prevence musí ovlivnit chování jedince ve smyslu podpory jeho zdraví. Musí být postavena na komplexní analýze problému – musí obsahovat dimenzi globální, makrospolečenskou, lokální, rodinnou i individuální.

Preventivní strategii lze rozdělit do dvou skupin – snižování nabídky (omezit dostupnost drog) a snižování poptávky (snižování zájmu o drogu). Tyto způsoby prevence se navzájem nevylučují, naopak se mohou posilovat. Jedná se o systematickou a soustavnou práci. (Sak, Saková, 2004)

Aktéři protidrogové prevence v ČR:

- centrální orgány;
- hlavním dokumentem je Národní strategie primární prevence rizikového chování na aktuální období 2013 - 2018;
- státní instituce (Policie ČR, Národní protidrogová centrála (NPDC), národní koordinátor drogové epidemiologie a primární prevence – Hygienická stanice hl. m. Prahy, Celní zpráva);

- orgány státní správy a samosprávy krajů, měst a obcí;
- léčebná a kontaktní centra;
- nadace, občanská sdružení a další nevládní organizace;
- školy a školská zařízení;
- sdělovací prostředky;
- rodiny a občané podílející se na výchově a vytvářející veřejné mínění. (Dočkal, 2000)

Primární prevenci jsou veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojeným se sociálně patologickými jevy, případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich šíření. Cílem primární prevence je tedy zamezení (případně minimalizace) vzniku konkrétního jevu, ke kterému se prevence vztahuje.

Specifická primární prevence je zaměřena na práci s ohroženými či rizikovými cílovými skupinami. Nеспецифickou primární prevencí jsou volnočasové aktivity (sportovní, zájmové), školní prevence, přednášky, besedy, film apod.

Sekundární prevenci lze charakterizovat jako systém institucí, specifických metod a forem práce s rizikovou mládeží, směřující k zastavení eskalace či eliminaci vzniklého konkrétního problému. Cílovou skupinou jsou nejčastěji jedinci, kteří mají jednorázovou nebo opakovanou zkušenost s drogami, ale nemají na nich vyvinutou závislost.

Terciální prevence je program snižování rizik („Harm reduction“). Jde o aktivity zaměřené na snižování zdravotních i sociálních rizik a dopadů na uživatele drog, kteří nejsou v danou chvíli rozhodnutí žít bez nich. Cílem je snižování důsledků užívání drog pro uživatele ale i pro společnost. (Kalina et kol., 2003)

6.3 Důsledky zneužívání drog mladistvými jedinci

Vývoj v oblasti zneužívání alkoholu i nealkoholových návykových látek mladistvými je v posledních letech velmi nepříznivý a má celou řadu negativních dopadů. Jedná se jak o vliv na zdravotní stav populace a na demografický vývoj, ale i vliv na kvalitu populace nové. Řešení zdravotních důsledků se samozřejmě promítá do finančních nároků na naše zdravotnictví. Další dopady mají charakter ekonomický a populace ohrožená alkoholem a jinými drogami obtížněji získává a uplatňuje kompetence požadované pracovním trhem.

Snižuje se bezpečnost společnosti. Jedinci závislí na drogách postupně přecházejí na nelegální obstarávání drog nebo financí na ně. Drogově závislí ztrácejí zábrany a sebekontrolu, proto jsou schopni páchat činy, kterých by se za normálního stavu s vysokou pravděpodobností nedopouštěli. (Sak, Saková, 2004)

Současná mládež se od svých vrstevníků z let před listopadem 1989 odlišuje možností řady svobod, styl života charakterizuje relativně vysoká míra individuální svobodné volby a rozhodování, což je doprovázeno vyšší mírou osobní a sociální nejistoty. Mladiství kladou větší důraz na intenzitu aktuálního prožitku a situace, jsou více orientováni na přítomnost (rychlá a intenzivní „konzumace slasti“). Naproti tomu mají tendenci odkládat nebo případně odmítat dlouhodobé závazky. Projevuje se to například ve způsobu trávení volného času. Ve větší míře preferují pasivní formu odpočinku nebo jednoduchou zábavu a krátkodobé intenzivní prožitky, které nevyžadují systematickou přípravu a trénink (tzv. „adrenalinové výkony“, hry na automatech apod.) Odklad závazků se odráží například ve finanční negramotnosti, ve změněných představách o partnerství a rodičovství aj. (Macek, 2003).

7 PRŮZKUM

7.1 Vymezení cíle průzkumu a stanovení hypotéz

V průběhu posledních let se postupně mění drogová scéna, zvláště u mládeže. Mění se preference psychotropních látek i další okolnosti. V průzkumné části bakalářské práce bude provedena analýza těchto změn na vybraném souboru respondentů a definovány důsledky aktuálního stavu pro vývoj osobnosti a psychosociálních souvislostí mladistvých.

Byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza č. 1 (H1): Nejužívanější a nejdostupnější drogou mezi mládeží jsou stále ještě cigarety a alkohol.

Hypotéza č. 2 (H2): Většina mladistvých, kteří experimentují s nealkoholovými drogami se nechali k jejich užití svést pod vlivem alkoholu.

Hypotéza č. 3 (H3): Většina mladistvých má zkušenost s užitím marihuany nebo „taneční drogy.“

Hypotéza č. 4 (H4): Většina drog je pro mladistvé v případě zájmu snadno dostupná.

Hypotéza č. 5 (H5): Informovanost mladých lidí o škodlivém dopadu experimentování s drogou je dostatečná.

7.2 Charakteristika souboru respondentů

Dotazník byl rozdán studentům jedné pražské odborné střední školy. Respondenti byli ve věku od 15 do 20 let. I když byli studenti žádáni o uvedení upřímné a pravdivé odpovědi, nelze zaručit, že jejich odpovědi jsou skutečně pravdivé. Lze předpokládat, že někteří z obav před porušením anonymity své odpovědi zkreslili.

7.3 Metodika průzkumu

Pro vlastní průzkum byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Dotazník je jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat. Skládá se z otázek, jejichž cílem je získat fakta a názory od respondentů. Výhodou této techniky je, že v poměrně krátké době lze získat velké množství údajů a je jednoduchý na vyplnění. Na druhou stranu nevýhodou této metody je, že vlivem nejrůznějších činitelů návratnost rozdaných dotazníků většinou není stoprocentní. (Farkašová, 2002)

Dotazník je součástí této práce (viz příloha č. A). Dotazník vyplňovali respondenti anonymně, obsahuje celkem 13 otázek a jeho vyplnění jim zabralo maximálně 10 minut. Dotazník je tvořen otázkami s uzavřenou volbou odpovědi a vzhledem k tomu bylo vyhodnocení jednoznačné. Odpovědi na uzavřené otázky byly předem formulovány a dotazovaní vybírali odpověď, která se ztotožňovala nebo nejvíce blížila jejich názoru.

7.4 Harmonogram postupu šetření

7.4.1 Přípravná fáze průzkumu

Byly sestaveny hypotézy, které měly ověřit, jaké zkušenosti má mládež s užíváním drog, jaká je podle nich dostupnost drogy, jaký typ drogy je užíván nejčastěji a jestli hraje roli v užití drogy alkohol.

7.4.2 Realizační fáze průzkumu

Studentům bylo rozdáno 100 dotazníků se žádostí o vyplnění. Vyplněných se jich vrátilo 92 (92%).

7.4.3 Vyhodnocovací fáze průzkumu

Informace získané z jednotlivých vyplněných dotazníků byly zpracovány a jsou zobrazeny v podobě tabulek a grafů.

7.5 Interpretace získaných dat

Informace získané z jednotlivých vyplněných dotazníků byly zpracovány a jsou zobrazeny v podobě tabulek a grafů. Otázky 1 - 4 mapují osobní zkušenost respondentů s užitím některé drogy, otázky 5 a 6 zjišťují, zda první užití drogy bylo v souvislosti s požitím alkoholu a při jaké příležitosti k užití došlo, otázky 7 a 8 zjišťují pravidelnost užívání drog mezi respondenty a vlastní iniciativu při prvním užití, otázky 9 až 11 mají za cíl zjistit dostupnost drog mezi mladými lidmi a zdroj peněz, za které drogu pořizují, otázky 12 a 13 zjišťují míru informovanosti o drogové problematice mezi mládeží.

Mezi oslovenými studenty, kteří vyplnili dotazník (92)100% bylo 58(63%) dívek a 34(37%) chlapců.

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Respondenti celkem	n=92	100%
Chlapci	34	37%
Dívky	58	63%

Zdroj: Autor práce

Vyhodnocení otázky č. 1: Kouříte pravidelně tabákové výrobky (cigarety)?

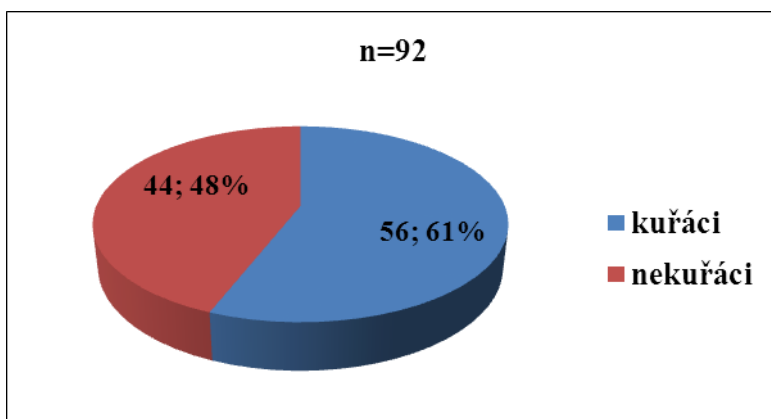
Z celkového počtu 92(100%) dotázaných respondentů přiznalo 56(61%), že pravidelně kouří tabákové výrobky (cigarety).

Tabulka č. 2: Podíl kuřáků cigaret mezi respondenty

Respondenti celkem	n=92	100%
Kuřáci cigaret	56	61%
Nekuřáci	44	48%

Zdroj: Autor práce

Graf č. 1: Podíl kuřáků cigaret mezi respondenty



Zdroj: Autor práce

Vyhodnocení otázky č. 2: Pijete alkoholické nápoje?

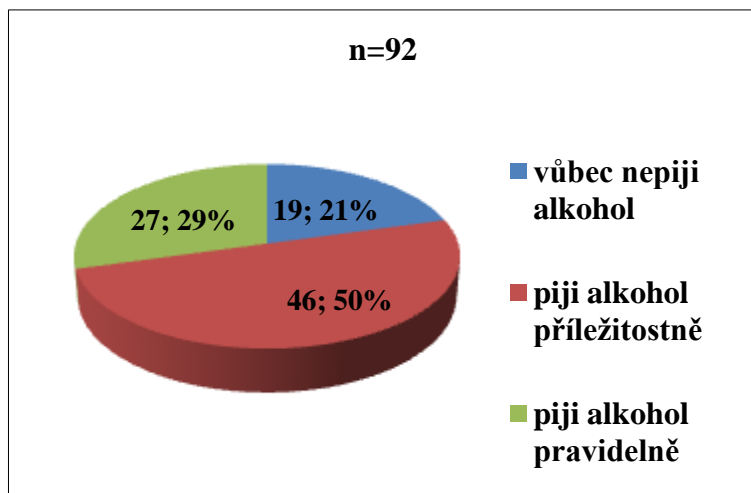
Z 92(100%) respondentů 19(21%) vůbec nepije alkoholické nápoje, 46(50%) pije alkoholické nápoje nepravidelně – příležitostně a 27(29%) jsou pravidelnými konzumenty alkoholických nápojů

Tabulka č. 3: Konzumace alkoholu

Respondenti celkem	n=92	100%
Vůbec	19	21%
Příležitostně	46	50%
Pravidelně	27	29%

Zdroj: Autor práce

Graf č. 2: Konzumace alkoholu



Zdroj: Autor práce

Vyhodnocení otázky č. 3: Máte osobní zkušenost s užitím jiné drogy než je alkohol a cigarety?

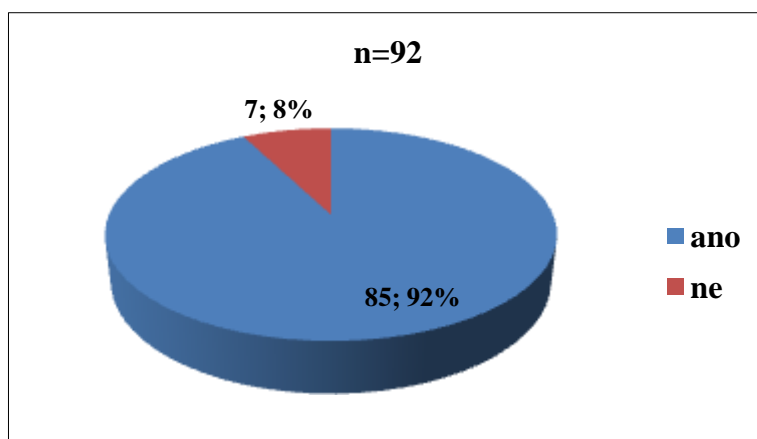
Z 92(100%) respondentů nemá 7(8%) osobní zkušenost s užitím některé nealkoholové drogy a 85(92%) osobní zkušenost s užitím nealkoholové drogy má.

Tabulka č. 4: Osobní zkušenost s užitím nealkoholové drogy

Respondenti celkem	n=92	100%
Ano	85	92%
Ne	7	8%

Zdroj: Autor práce

Graf č. 3: Osobní zkušenost s užitím nealkoholové drogy



Zdroj: Autor práce

Vyhodnocení otázky č. 4: Jaký typ nealkoholové drogy jste užil(a)?

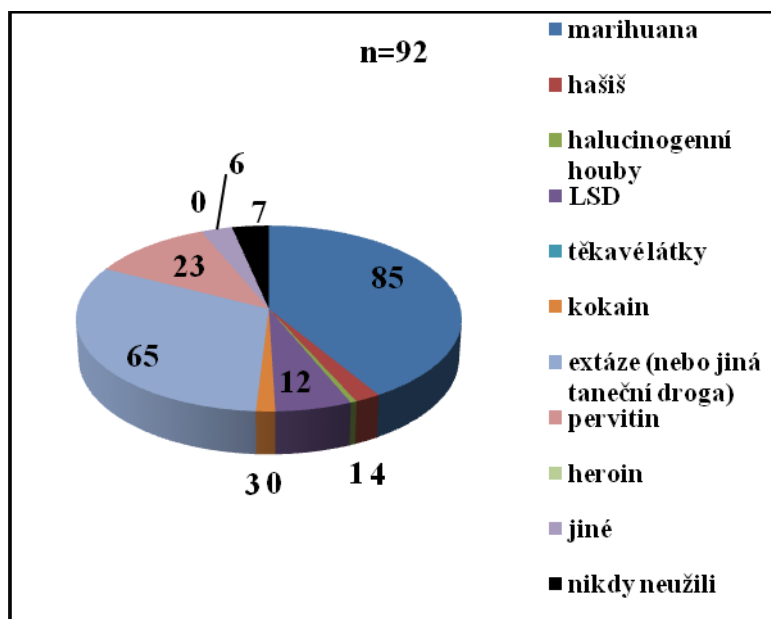
Z 92(100%) oslovených respondentů 7(8%) nealkoholovou drogu nikdy neužilo, 85 (92%) má zkušenost s užitím marihuany (jsou to všichni ti, kteří přiznali zkušenost s nealkoholovou drogu), 4(4%) mají zkušenost s užitím hašiše, 1(1%) s užitím halucinogenní houby, 12(13%) s užitím LSD, nikdo z oslovených respondentů nezkusil těkavou látku ani heroin, 3(3%) mají zkušenost s kokainem, 65(71%) užilo extázi nebo jinou taneční drogu, 23 (25%) má zkušenost s užitím pervitinu a 6(7%) užilo jinou drogu.

Tabulka č. 5: Osobní zkušenost s užitím nealkoholové drogy

Respondenti celkem	n=92	100%
Nikdy neužili	7	8%
Marihuana	85	92%
Hašiš	4	4%
Halucinogenní houby	1	1%
LSD	12	13%
Těkavé látky	0	0
Kokain	3	3%
Extáze (nebo jiná taneční droga)	65	71%
Pervitin	23	25%
Heroin	0	0
Jiné	6	7%

Zdroj: Autor práce

Graf č. 4: Osobní zkušenost s užitím nealkoholové drogy



Zdroj: Autor práce

Vyhodnocení otázky č. 5: Bylo Vaše první užití nealkoholové drogy pod vlivem alkoholu?

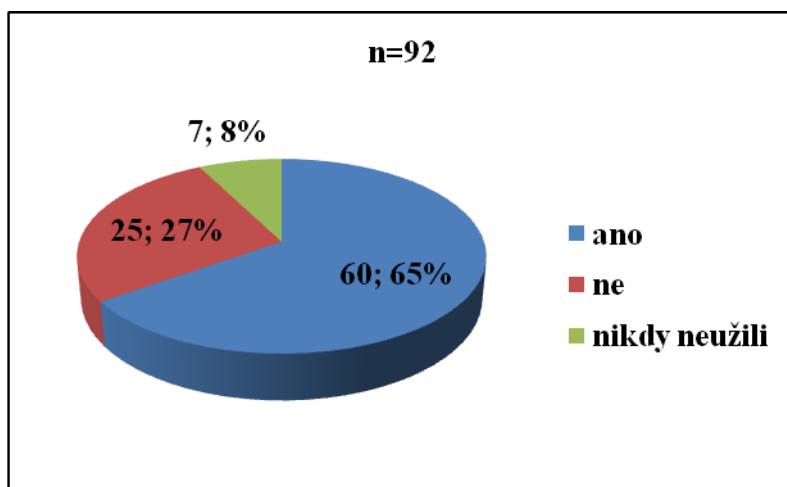
Z 92(100%) oslovených respondentů 7(8%) nealkoholovou drogu nikdy neužilo, 60(65%) bylo při prvním užití nealkoholové drogy pod vlivem alkoholu, 25(27%) před prvním užitím drogy alkohol nepožilo.

Tabulka č. 6: První užití drogy pod vlivem alkoholu

Respondenti celkem	n=92	100%
Nikdy neužili	7	8%
Ano	60	65%
Ne	25	27%

Zdroj: Autor práce

Graf č. 5: První užití drogy pod vlivem alkoholu



Zdroj: Autor práce

Vyhodnocení otázky č. 6: Při jaké příležitosti k prvnímu užití nealkoholové drogy u Vás došlo?

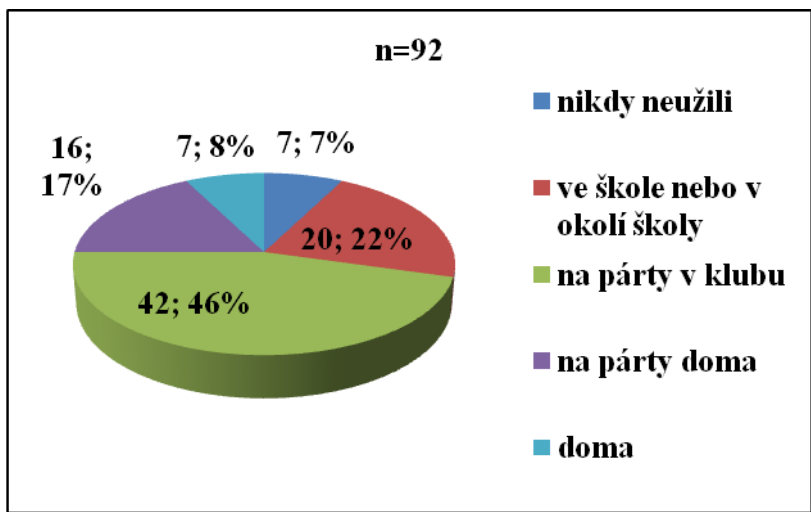
Z 92(100%) oslovených respondentů 7(8%) nealkoholovou drogu nikdy neužilo, 42(49%) poprvé užíli drogu na párty v klubu, 20(22%) respondentů užílo poprvé drogu ve škole nebo v jejím okolí, 16(17%) poprvé užílo drogu na domácí párty a 7(8%) poprvé užílo drogu doma v soukromí.

Tabulka č. 7: Prostředí prvního užití drogy

Respondenti celkem	n=92	100%
Nikdy neužili	7	8%
Ve škole nebo v okolí školy	20	22%
Na párty v klubu	42	46%
Na párty doma	16	17%
Doma v soukromí	7	8%

Zdroj: Autor práce

Graf č. 6: Prostředí prvního užití drogy



Zdroj: Autor práce

Vyhodnocení otázky č. 7: Bylo Vaše užití drogy jednorázové nebo jste pravidelným uživatelem?

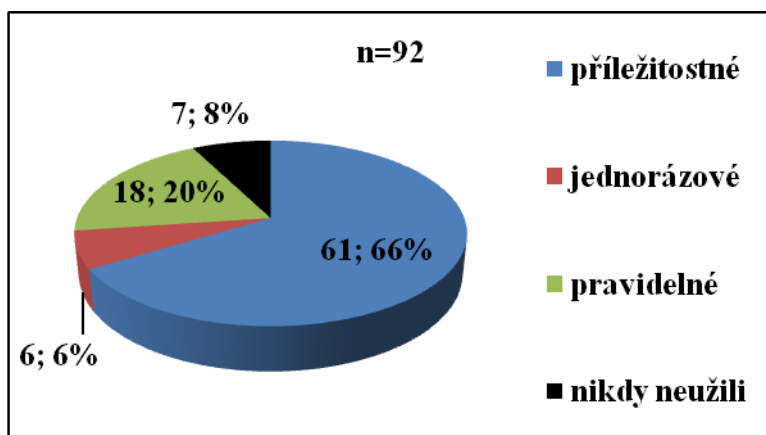
Z 92(100%) oslovených respondentů 7(8%) nealkoholovou drogu nikdy neužilo, 6(7%) užilo drogu jednorázově, 61(65%) užívá drogu příležitostně a 18(20%) je pravidelnými uživateli některé z nealkoholových drog.

Tabulka č. 8: Pravidelnost užívání drog

Respondenti celkem	n=92	100%
Nikdy neužili	7	8%
Jednorázové	6	7%
Příležitostné	61	65%
Pravidelné	18	20%

Zdroj: Autor práce

Graf č. 7: Pravidelnost užívání drog



Zdroj: Autor práce

Vyhodnocení otázky č. 8: Opatřili jste si při prvním užití drogu aktivně nebo Vám ji někdo nabídnul?

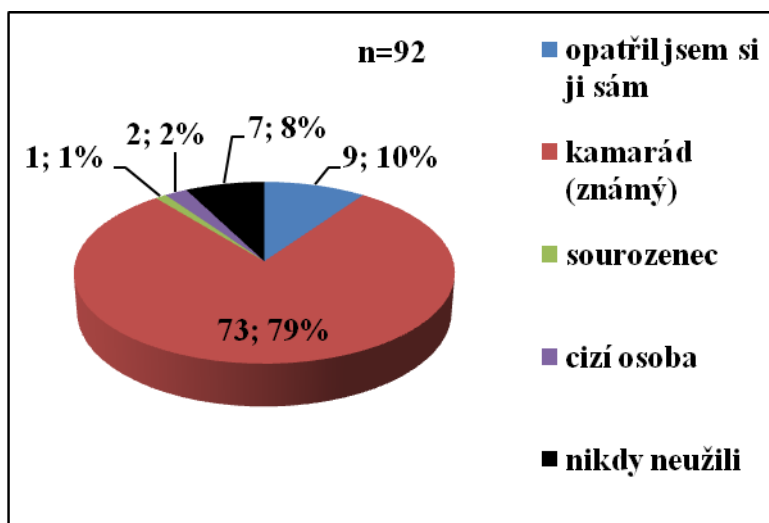
Z 92(100%) oslovených respondentů 7(8%) nealkoholovou drogu nikdy neužilo, 9(10%) si opatřilo drogu aktivně, 73(79%) ji nabídnul kamarád či známá osoba, 1(1%) vyzval k užití sourozenec a 2(2%) byla nabídnuta neznámou osobou.

Tabulka č. 9: První setkání s drogou

Respondenti celkem	n=92	100%
Nikdy neužili	7	8%
Opatřil jsem si ji sám	9	10%
Kamarád (známý)	73	79%
Sourozenec	1	1%
Neznámá osoba	2	2%

Zdroj: Autor práce

Graf č. 8: První setkání s drogou



Zdroj: Autor práce

Vyhodnocení otázky č. 9: Jak je podle Vašeho názoru obtížné žádanou drogu získat?

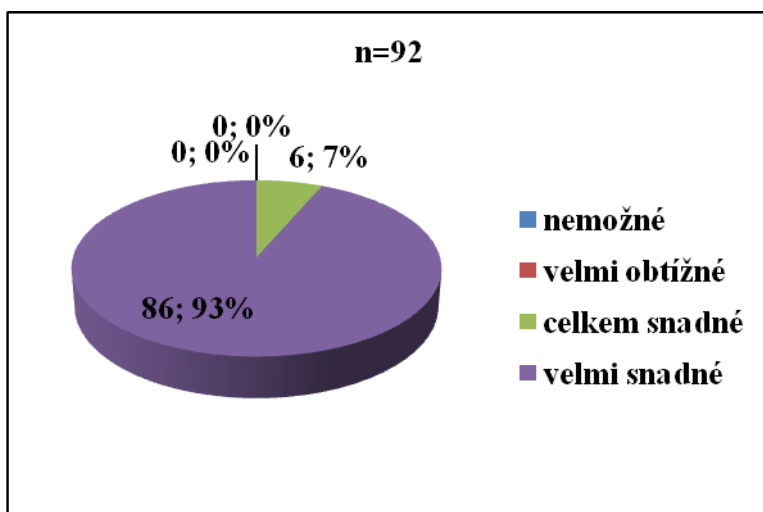
Žádný z 92(100%) respondentů si nemyslí, že by bylo žádanou drogu nemožné nebo velmi obtížné sehnat, 6(7%) si myslí, že je to celkem snadné a 86(93%) je přesvědčeno, že je to dokonce velmi snadné.

Tabulka č. 10: Možnost sehnat drogu

Respondenti celkem	n=92	100%
Nemožné	0	0
Velmi obtížné	0	0
Celkem snadné	6	7%
Velmi snadné	86	93%

Zdroj: Autor práce

Graf č. 9: Možnost sehnat drogu



Zdroj: Autor práce

Vyhodnocení otázky č. 10: Kde získáváte na drogu peníze?

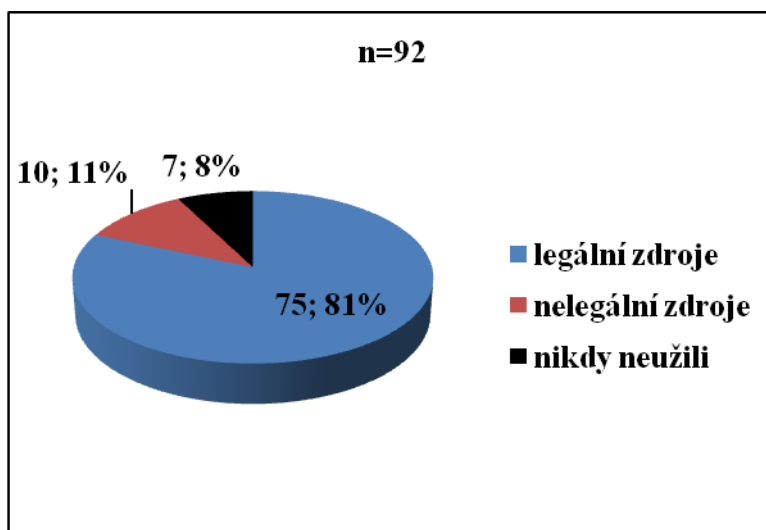
Z 92(100%) oslovených respondentů 7(8%) drogu nikdy neužilo, 75(81%) obstaralo nebo obstarává drogu pouze z legálně získaných zdrojů, 10 (11%) respondentů si peníze na drogy obstaralo nebo obstarává i nelegálně.

Tabulka č. 11: Opatření peněz na drogu

Respondenti celkem	n=92	100%
Nikdy neužili	7	8%
Pouze z legálně získaných zdrojů (kapesné, brigády...)	75	81%
I z nelegálně získaných zdrojů (krádež peněz nebo peníze z prodeje vlastních i odcizených věcí nebo drog...)	10	11%

Zdroj: Autor práce

Graf č. 10: Zdroje k obstarávání drog



Zdroj: Autor práce

Vyhodnocení otázky č. 11: Máte díky užívání drog dluhy?

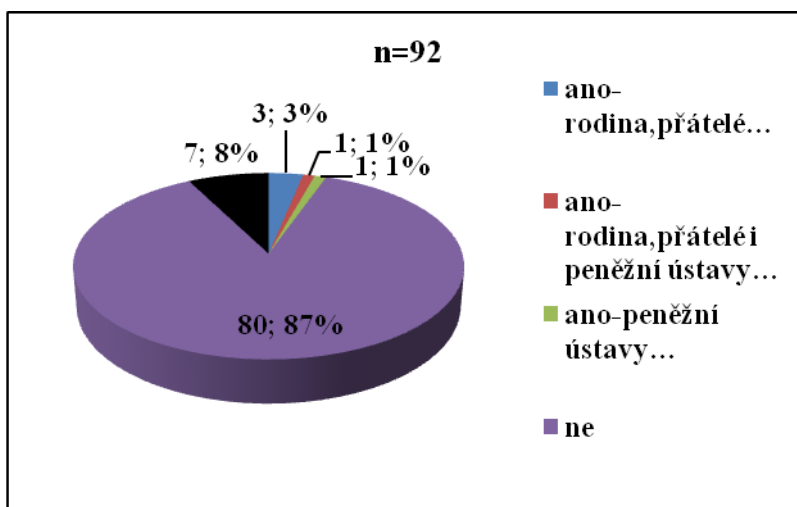
Z 92(100%) oslovených respondentů 7(8%) drogu nikdy neužilo, 80(87%) nemá v souvislosti s užíváním drog dluhy, 3(3%) respondenti mají dluhy u někoho z blízkých, 1(1%) respondent má dluh u bankovní společnosti a 1(1%) má dluh i u osob blízkých i u bankovní společnosti.

Tabulka č. 12: Výskyt dluhů v souvislosti s užíváním drog

Respondenti celkem	n=92	100%
Nikdy neužili	7	8%
Ne	80	87%
Ano – u rodiny, u známých, u přátel	3	3%
Ano – u bankovních společností (kreditní karty, půjčky...)	1	1%
Ano – u rodiny, přátel, známých i u bankovních společností	1	1%

Zdroj: Autor práce

Graf č. 11: Dluhy uživatelů drog



Zdroj: Autor práce

Vyhodnocení otázky č. 12: Myslíte si, že je věnována v našem státě dostatečná pozornost drogové prevenci?

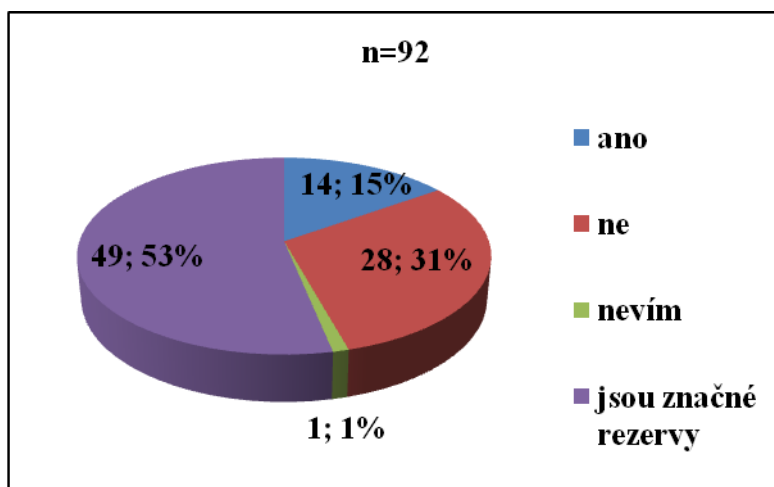
Z 92(100%) respondentů si 14(15%) myslí, že je v našem státě věnována dostatečná pozornost drogové prevenci, 28(30%) si naopak myslí, že je drogová prevence nedostatečná, 1(1%) respondent neví a 49(54%) si myslí, že v této oblasti jsou značné rezervy.

Tabulka č. 13: Jak je věnována pozornost drogové prevenci

Respondenti celkem	n=92	100%
Ano	14	15%
Ne	28	30%
Nevím	1	1%
Jsou značné rezervy v této oblasti	49	54%

Zdroj: Autor práce

Graf č. 12: Dostatečná pozornost drogové prevenci



Zdroj: Autor práce

Vyhodnocení otázky č. 13: Co bylo pro Vás nejvýznamnějším zdrojem informací v oblasti drogové problematiky?

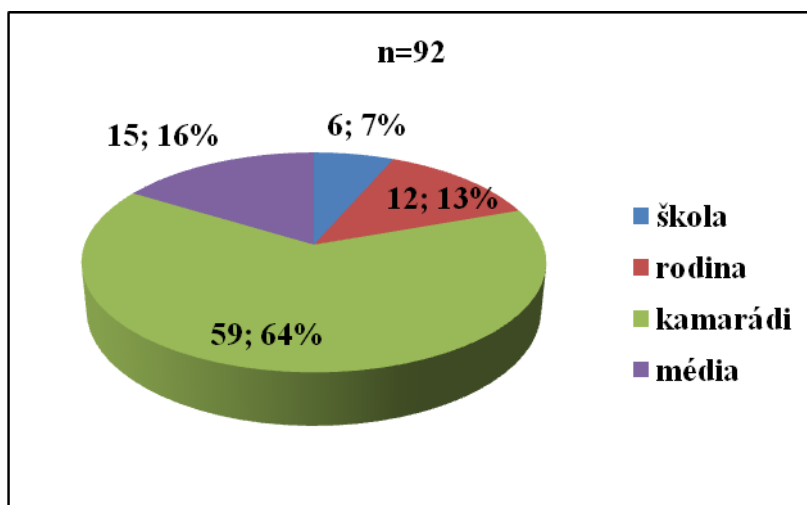
Pro 59(64%) z 92 (100%) oslovených respondentů byli nejvýznamnějším zdrojem informací o drogové problematice kamarádi, pro 15(16%) média, pro 6(7%) škola a pro 12(13%) rodina.

Tabulka č. 14: Zdroj informací

Respondenti celkem	n=92	100%
Rodina	12	13%
Škola	6	7%
Kamarádi	59	64%
Média (televize, rozhlas, film...)	15	16%

Zdroj: Autor práce

Graf č. 13: Zdroj informací



Zdroj: Autor práce

7.6 Shrnutí průzkumného řešení a ověření hypotéz

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, jaká je preference a současná situace v oblasti užívání psychotropních látek u mládeže. Vybraným souborem respondentů byli studenti střední odborné školy v Praze. Jako průzkumná metoda bylo zvoleno dotazníkové šetření. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků se žádostí o vyplnění, zpět se jich vrátilo vyplněných 92. Respondenti byli ve věku 15 – 20 let, 58 dívek a 34 chlapců. 61% respondentů jsou kuřáci tabákových výrobků, 29% pije pravidelně alkoholické nápoje. Pouze 8% respondentů nemá zkušenost s užitím některé z nealkoholových drog. Všechny 85 respondentů, kteří přiznali užití nealkoholové drogy, mají zkušenost s marihuanou, druhou nejčastěji užívanou drogou je extáze (nebo jiná taneční droga). Užití heroinu nebo těkavých látek se v této skupině nevyskytlo. 65% respondentů užilo drogu poprvé pod vlivem alkoholu a ve 46% byl místem prvního užití některý z klubů. 22% respondentů užilo drogu poprvé ve škole nebo v jejím okolí. Nejvyšší je výskyt příležitostných konzumentů nealkoholových drog – 65%. 79% respondentů byla droga poprvé nabídnuta některým z kamarádů nebo známých osob, jen 10% shánělo drogu aktivně. 93% respondentů je přesvědčeno o snadnosti získání nealkoholových drog.

11% uživatelů drog se při shánění peněz uchýlilo ke krádežím, k prodeji věcí či samotných drog. 87% respondentů nemá v souvislosti s užíváním drog žádné dluhy. 54% respondentů si myslí, že v oblasti drogové prevence jsou v našem státě značné rezervy a stále jsou pro většinu (64%) největším zdrojem informací kamarádi.

Ověření hypotézy č. 1:

Hypotéza č. 1 (H1): Nejužívanější a nejdostupnější drogou mezi mládeží jsou stále ještě cigarety a alkohol.

Z 92 (100%) respondentů je 56(61%) kuřáků tabákových výrobků, 27(29%) je pravidelnými konzumenty alkoholových nápojů, 46(50%) pije alkohol příležitostně. K ověření této hypotézy se vztahují otázky 1 a 2.

Zjištěné výsledky jsou v souladu s touto hypotézou a ta se tudíž potvrdila.

Ověření hypotézy č. 2:

Hypotéza č. 2 (H2): Většina mladistvých, kteří experimentují s nealkoholovými drogami, se nechali k jejich užití svést pod vlivem alkoholu.

Z 92(100%) oslovených respondentů se 85(92%) přiznalo k užití nealkoholové drogy, 60(65%) poprvé drogu užili pod vlivem alkoholu. K ověření této hypotézy se vztahuje otázka č. 5.

Zjištěné výsledky jsou v souladu s touto hypotézou a ta se tudíž potvrdila.

Ověření hypotézy č. 3:

Hypotéza č. 3 (H3): Většina mladistvých má zkušenost s užitím marihuany nebo „taneční drogy“.

Z 92(100%) oslovených respondentů se 85(92%) přiznalo k užití nealkoholové drogy, všichni mají zkušenost s užitím marihuany, 65(71%) mají zkušenost s extází nebo jinou taneční drogou. K ověření této hypotézy se vztahuje otázka č. 4.

Zjištěné výsledky jsou v souladu s touto hypotézou a ta se tudíž potvrdila.

Ověření hypotézy č. 4:

Hypotéza č. 4 (H4): Většina drog je pro mladistvé v případě zájmu snadno dostupná.

6(7%) respondentů si myslí, že sehnat drogu je celkem snadné, 86(93%) je dokonce přesvědčeno, že sehnat drogu je v případě zájmu velmi snadné. K ověření této hypotézy se vztahují otázky 8 a 9.

Zjištěné výsledky jsou v souladu s touto hypotézou a ta se tudíž potvrdila.

Ověření hypotézy č. 5:

Hypotéza č. 5 (H5): Informovanost mladých lidí o škodlivém dopadu experimentování s drogou je dostatečná.

Pouze 14(15%) respondentů si myslí, že je drogové prevenci věnována dostatečná pozornost, 49(54%) dotázaných je přesvědčeno o značných rezervách v této oblasti. K ověření této hypotézy se vztahuje otázka č. 12.

Zjištěné výsledky nejsou v souladu s touto hypotézou a ta se tudíž nepotvrdila.

7.7 Navrhovaná doporučení

Z 92 respondentů ve věku 15 – 20 let je 61% kuřáků cigaret a 29% z nich jsou pravidelnými konzumenty alkoholických nápojů. 85 z nich přiznalo užití nealkoholové drogy a ti všichni jsou uživateli marihuany. Jsou to vysoká čísla vzhledem k věku oslovených. O těchto látkách se mluví jako o „měkkých drogách“. Vzhledem k tomu, že pouze 15% mladých lidí si myslí, že je škodlivosti drog věnována dostatečná pozornost a to ještě většinu těchto informací získali podle průzkumu od kamarádů, jsem přesvědčena, že si důsledky užívání těchto „měkkých“ (zdánlivě neškodných) drog dostatečně neuvědomují. Vysoké je také procento uživatelů extáze nebo jiné taneční drogy a pervitinu.

Nabízí se rezervy v informačních zdrojích. O významu funkce rodiny a školy v této oblasti není pochyb, ale výchovné působení těchto institucí není dostatečné (i za předpokladu, že je kvalitní). Domnívám se, že značnou úlohu na správné formování názorů a postojů mladých lidí by měly plnit i sdělovací prostředky a přinášet korektní

informace o této problematice. Alarmující je také snadná dostupnost (a to zřejmě i finanční) drog pro mladé lidi.

Průzkum není dostatečně reprezentativní vzhledem k tomu, že lze předpokládat obavy mladistvých před uvedením pravdivé odpovědi. Přesto výsledky tohoto průzkumu a doporučení o potřebě vyšší osvěty a informovanosti studentů budou předány škole, ve které dotazníkový průzkum probíhal.

8 KAZUISTIKA - ROZHOVOR

V souvislosti se sběrem dat pomocí dotazníku jsem realizovala několik rozhovorů se studenty. Jeden z nich uvedu jako příklad:

Kateřina, ročník narození 1995

Osobní anamnéza: úplná rodina, matka kosmetička, otec řezník (ve druhém manželství), vlastní bratr Martin - ročník 1993. Rodina má příznivé sociální podmínky, nemá finanční problémy, mezi rodiči nedochází k žádným výrazným neshodám.

Otec před rokem 1998 odsouzen ke dvěma letům odnětí svobody za krádeže aut, poté již problémy se zákonem neměl. Bratr má zkušenost s užíváním drog. Experimentoval s více druhy drog – LSD, houbičky, extáze, pervitin, marihuana. Nyní je pravidelným uživatelem marihuany a příležitostným uživatelem pervitinu (většinou intranasální aplikace, intravenózní aplikace zřídka).

Kateřina na prvním stupni základní školy prospívala s nadprůměrnými výsledky, teprve na druhém stupni při rozdělení žáků ve třídě nastal problém v komunikaci se spolužáky, blízcí kamarádi byli v paralelní třídě a ona měla problém navázat nová přátelství. Začala se více pohybovat v okruhu přátel bratra Martina. V 8. třídě základní školy začala kouřit cigarety a příležitostně pít alkoholické nápoje. Ve stejné době poprvé zkusila marihuanu, tu jí poskytl bratr, který měl v té době již zkušenost s pervitinem. V 9. třídě se přes školu a sociálního pracovníka řešil její problém s alkoholem, matka ji nechala hospitalizovat v zařízení u Milosrdných sester (cca 3 týdny). Základní školu dokončila, nastoupila do prvního ročníku Obchodní akademie, který však z důvodu nadměrné absence nedokončila.

Začala experimentovat s jinými typy drog. Stupňovaly se problémy s rodiči, jejich snaha o to, aby Kateřina pracovala v rodinném řeznictví, byly marné. Docházelo k jejím opakovaným útěkům z domova. Navázala vztah s chlapcem, který byl závislý na pervitinu. Peníze na drogy získávali z prodeje pervitinu. Jejich vztah byl plný hádek, fyzického násilí a drog, ale i patologické vzájemné závislosti. Také vztah s rodiči byl bouřlivý. Bratr v té době nežil doma a s rodiči kontakt neudržoval. Nakonec Kateřina po

jednom zvlášť surovém fyzickém napadení ze strany přítele od něj utekla a vrátila se k rodičům. Za jejich podpory absolvovala léčbu v Bohnicích. Po návratu domů následující rok neprobíhal idylicky. Deprese, scházení a rozchody s bývalým přítelem, zjištění, že nemá v podstatě žádné kamarády. Pokoušela se pracovat (Albert, Kaufland), ale nikde nevydržela déle než dva měsíce. Ve svých sedmnácti letech nastoupila do prvního ročníku střední školy s přesvědčením dodělat si vzdělání a maturitu. Nyní je ve čtvrtém ročníku. Její studijní výsledky nejsou nijak excelentní, v loňském roce úspěšně absolvovala reparát z odborného předmětu, ale doufá, že školu dokončí. Kateřina věří, že se zbavila závislosti na drogách i na svém bývalém příteli. Bydlí u rodičů, kam se vrátil i bratr, mnoho přátel dodnes nemá a s lidmi z její drogové minulosti se nestýká. Kouří cigarety, alkohol pije jen skutečně výjimečně, ale přiznala, že s bratrem občas kouří marihuanu (cca jedenkrát měsíčně).

ZÁVĚR

V průběhu posledních let se postupně mění drogová scéna, zvláště u mládeže. Mění se preference psychotropních látek i další okolnosti. V průzkumné části bakalářské práce byla provedena analýza těchto změn na vybraném souboru.

Drogová scéna měla před rokem 1990 specifický charakter, související se socialistickým režimem, který se vyznačoval silnou sociální kontrolou, omezeným pohybem obyvatel za státní hranice a nekonvertibilní měnou. Klasické drogy byly užívány poměrně ojediněle. Uživatelé byli odkázáni většinou na produkty vlastní výroby a na látky, které pocházely z úniků ze zdravotnické a průmyslové sítě. Mládež používala léky do míchaných drogových směsí a koktejlů. Další skupinou uživatelů byli „čičači“ organických rozpouštědel. Mezi mládeží byli i před rokem 1990 uživatelé marihuany. V 80. letech minulého století byl oblíbenou drogou mezi mládeží pervitin. Skupiny uživatelů byly spíše uzavřené a neexistoval otevřený drogový trh.

Po roce 1990 se drogová scéna otevřela, vznikl nelegální trh s drogami a náhle bylo možné pozorovat pouliční prodej drog, užívání drog na veřejnosti apod. Je patrná narůstající nabídka a dostupnost drog a zvyšující se poptávka po drogách mezi dospívající mládeží. I toto tvrzení potvrdil průzkum na souboru respondentů v této práci.

Nabídku drog lze v současné době v České republice charakterizovat dvěma základními a naprosto odlišnými trhy. Alkohol a tabákové výrobky nabízí trh legální a na trhu nelegálním jsou snadno k sehnání látky psychotropní a omamné, přírodní i syntetické. Ne všechny formy zneužívání drog jsou stejně závažné. Mají rozdílné účinky a dopady na jedince i na společnost. Záleží na každém, zda je návyk na drogu v mezích společenské únosnosti, či tuto hranici překročí. Vnímání drogového problému mladými lidmi souvisí s tím, v jakém žije sociálním prostředí, jestli má s užíváním drog zkušenosti i jestli má dostatek reálných informací. Mladý člověk hodnotí svět kolem sebe nejen na základě osobní zkušenosti, ale do určité míry i podle názorů sociálních skupin, ve kterých se pohybuje. Rizikové scény pro mládež z hlediska užívání drog jsou taneční a noční kluby, taneční akce a hudební festivaly.

Jak vyplývá z průzkumu, vysoké procento mladých lidí jsou konzumenty tzv. „měkkých drog“. Většinu informací o drogové problematice získávají od kamarádů, tak se nabízí otázka, zda si uvědomují důsledky užívání i těchto, zdánlivě méně škodlivých, drog. Vysoké je také procento uživatelů extáze nebo jiné taneční drogy a pervitinu.

Je všeobecně uznávána skutečnost, že existuje i u mládeže určitý vztah mezi užíváním drog a páčáním trestné činnosti. Jsou to trestné činy spáchané pod vlivem psychoaktivní látky, trestné činy spáchané za účelem obstarání prostředků na drogy – i tato skutečnost se odrazila v průzkumné části této práce - 11% oslovených respondentů si obstaralo drogy z nelegálně získaných peněz. Dalšími trestnými činy jsou například nabídka a distribuce drog a trestné činy proti drogovým zákonům.

S nárůstem zneužívání nelegálních drog se naše společnost začala tímto jevem více zabývat, ale informace, které by mohly některé mladé lidi od užívání drog odradit, nejsou dostatečné. Potvrdili to i respondenti mého průzkumu. Ještě více zodpovědnosti v předávání validních informací mladým lidem by měla převzít rodina ve spolupráci se školními pedagogy. Významnou úlohu v oblasti osvěty a vlivu na správné formování názorů a postojů mladých lidí by měly plnit i sdělovací prostředky.

Z rozhovorů s mladými lidmi, které jsem uskutečnila při realizaci průzkumu, vyplývá, že jejich společným rysem je určitý sklon k rebelování, nesouhlas se společností, se zákony i s autoritami. Tvrdí, že zneužívání alkoholových i nealkoholových psychotropních látek jim usnadňuje meziosobní komunikaci, snižuje stres a psychickou bolest, navozuje pozitivnější myšlení, zvyšuje práh frustrační tolerance, přináší jim nové – nepoznané prožitky, odstraňuje nudu a bezradnost.

V mladém věku se však nebezpečná závislost rozvíjí rychleji a rizika jsou závažnější z důvodu nedostatku osobních zkušeností a sociálních dovedností. Mladý organismus neumí potřebně rychle eliminovat návykové látky a hrozí poškození zdraví i otravy.

Styl života současné mládeže charakterizuje relativně vysoká míra individuální svobodné volby, která je ale doprovázena vyšší mírou osobní a sociální nejistoty.

Ohrožení mladých lidí je dáno morálním stavem současné společnosti – komercializace života, materiální zaměření, narůstající egoismus, převládající hodnotová orientace.

Domnívám se, že tato práce naplnila mnou stanovené cíle. V teoretické části práce jsou popsány negativní důsledky zneužívání psychotropních látek u mládeže. Průzkum mapuje na vybraném souboru mladých lidí současnou situaci v užívání návykových látek, míru informovanosti mezi mladými lidmi v oblasti drogové problematiky i jeden z negativních důsledků užívání drog. Z dotazníkového šetření i z rozhovorů se studenty jsem došla k závěru, že je potřeba se skutečně ve větší míře zaměřit na prevenci a erudovanou osvětu.

POUŽITÉ ZDROJE

Monografie

- DRTIL, J. *Aktuální drogové závislosti*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1978. ISBN 08-067-78.
- FISCHER, S. a J. ŠKODA. *Sociální patologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
- JEDLIČKA, R. a kol. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. 1. vyd. Praha: Themis: 2004. ISBN 80-7312-038-0.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. 4. vyd. Praha: UJAK, 2012. ISBN 978-80-7452-024-2.
- LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-2
- MACEK, P. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-7178-747-7.
- NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP, 1997. ISBN 47-1784-5.
- SAK, P. a SAKOVÁ, K. *Mládež na křižovatce: sociologická analýza postavení mládeže ve společnosti a její úlohy v procesech evropeizace a informatizace*. 1.vyd. Praha: Svoboda Servis, 2004. ISBN 80-86320-33-2.
- PRESLOVÁ, I. a HANKOVÁ, O. a kol. *Mladiství – drogy a závislost*. Praha: SANANIM, 2010. ISBN 978-80-904536-0-9.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- ZEMAN, P. a kol. *Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů*. 1. vyd. Praha: KUFR, 2011. ISBN 978-80-7338-112-7.

Periodika

HORYNA, D. Terapeut, který překonal závislost. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 11, s. 38-40. ISSN 1210-0404.

Internetové zdroje

Dotazníkový průzkum. In: vyzkumy.knihovna.cz [online]. [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: <http://vyzkumy.knihovna.cz/ucebnice/dotaznikovy-pruzkum>

HOLÁ, M. Jak poznat, že dítě bere drogy. [online]. [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: <http://drogy.zdrave.cz/jak-poznat-ze-dite-bere-drogy/>

ÚZIS ČR. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. [cit. 2016-2-24]. <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam grafů

Graf č. 1: Podíl kuřáků cigaret mezi respondenty.....	48
Graf č. 2: Konzumace alkoholu.....	49
Graf č. 3: Osobní zkušenost s užitím nealkoholové drogy.....	50
Graf č. 4: Osobní zkušenost s užitím nealkoholové drogy.....	52
Graf č. 5: První užití drogy pod vlivem alkoholu.....	53
Graf č. 6: Prostředí prvního užití drogy.....	54
Graf č. 7: Pravidelnost užívání drog.....	55
Graf č. 8: První setkání s drogou.....	56
Graf č. 9: Možnost sehnat drogu.....	57
Graf č. 10: Zdroje k obstarávání drog.....	58
Graf č. 11: Dluhy uživatelů drog.....	59
Graf č. 12: Dostatečná pozornost drogové prevenci.....	60
Graf č. 13: Zdroj informací.....	61

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů.....	47
Tabulka č. 2: Podíl kuřáků cigaret mezi respondenty.....	48
Tabulka č. 3: Konzumace alkoholu.....	49
Tabulka č. 4: Osobní zkušenost s užitím nealkoholové drogy.....	50
Tabulka č. 5: Osobní zkušenost s užitím nealkoholové drogy.....	51
Tabulka č. 6: První užití drogy pod vlivem alkoholu.....	52
Tabulka č. 7: Prostředí prvního užití drogy.....	53
Tabulka č. 8: Pravidelnost užívání drog.....	54
Tabulka č. 9: První setkání s drogou.....	55
Tabulka č. 10: Možnost sehnat drogu.....	56
Tabulka č. 11: Opatření peněz na drogu.....	57
Tabulka č. 12: Výskyt dluhů v souvislosti s užíváním drog.....	58
Tabulka č. 13: Jak je věnována pozornost drogové prevenci.....	59
Tabulka č. 14: Zdroj informací.....	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I-IV
-----------------------------------	-------------

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Vážení studenti,

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který se týká užívání tabáku, alkoholu a drog mezi studenty střední školy.

Tento průzkum je součástí mé bakalářské práce na téma „Důsledky užívání psychotropních látek u mladistvých“.

Dotazník je anonymní a Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné. Ráda bych Vás proto požádala, abyste odpovídali pravdivě.

U otázek je nabídka odpovědi daná. Pokud mezi nimi nenajdete odpověď, která by vystihovala Váš názor nebo zkušenost přesně, označte odpověď, která je významem nejbližší.

Velice Vám děkuji za spolupráci

Karolina Horáčková

V Praze 20.10.2015

DOTAZNÍK

Pohlaví respondentů: Muž Žena

Otázka č. 1: Kouříte pravidelně tabákové výrobky (cigarety)?

Ano

Ne

Otázka č. 2: Pijete alkoholické nápoje?

Vůbec

Příležitostně

Pravidelně

Otázka č. 3: Máte osobní zkušenost s užitím jiné drogy než je alkohol a cigarety?

Ano

Ne

Otázka č. 4: Jaký typ nealkoholové drogy jste užil(a)?

Marihuana

Hašiš

Halucinogenní houby

LSD

Těkavé látky

Kokain

Extáze (nebo jiná taneční droga)

Pervitin

Heroin

Jiné

Otázka č. 5: Bylo Vaše první užití nealkoholové drogy pod vlivem alkoholu?

Ano

Ne

Otázka č. 6: Při jaké příležitosti k prvnímu užití nealkoholové drogy u Vás došlo?

Ve škole nebo v okolí školy

Na párty v klubu

Na párty doma

Doma v soukromí

Otázka č. 7: Bylo Vaše užití drogy jednorázové nebo jste pravidelným uživatelem?

Jednorázové

Příležitostné

Pravidelné

Otázka č. 8: Opatřili jste si při prvním užití drogu aktivně nebo Vám ji někdo nabídnul?

Opatřil jsem si ji sám

Kamarád (známý)

Sourozenec

Neznámá osoba

Otázka č. 9: Jak je podle Vašeho názoru obtížné žádanou drogu získat?

Nemožné

Velmi obtížné

Celkem snadné

Velmi snadné

Otázka č. 10: Kde získáváte na drogu peníze?

Pouze z legálně získaných zdrojů (kapesné, brigády...)

I z nelegálně získaných zdrojů (krádež peněz nebo peníze z prodeje vlastních i odcizených věcí nebo drog...)

Otázka č. 11: Máte díky užívání drog dluhy?

Ne

Ano – u rodiny, u známých, u přátel

Ano – u bankovních společností (kreditní karty, půjčky...)

Ano – u rodiny, přátel, známých i u bankovních společností

Otázka č. 12: Myslíte si, že je věnována v našem státě dostatečná pozornost drogové prevenci?

Ano

Ne

Nevím

Jsou značné rezervy v této oblasti

Otázka č. 13: Co bylo pro Vás nejvýznamnějším zdrojem informací v oblasti drogové problematiky?

Rodina

Škola

Kamarádi

Média (televize, rozhlas, film...)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Karolina Horáčková

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Důsledky užívání psychotropních látek u mladistvých

Rok: 2016

Počet stran textu bez příloh: 74

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 14

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: PaedDr. Jan Toman