

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ
KOMBINOVANÉ STUDIUM
2011–2014

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Barbora Holková

Vliv užívání stimulačních drog na mezilidské a sociální
vazby mládeže

Praha 2014

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Jana Mottlová Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER

COMBINED (PART TIME) STUDIES

2011-2014

DIPLOMA THESIS

Barbora Holková

The influence of stimulant drugs on interpersonal and
social of youth custody

Prague 2014

The Diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Jana Mottlová Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová 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 použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 21. 02. 2014

Barbora Holková

Poděkování

Ráda bych poděkovala za vedení diplomové práce a odbornou pomoc při jejím zpracování paní PhDr. Janě Mottlové Ph.D.

Anotace:

Tato diplomová práce se zabývá drogovou problematikou mládeže se specializací na stimulační drogy. Jsou zde popsány a objasněny základní pojmy související s mládeží, drogami a drogovou závislostí, způsobu pomoci závislým jedincům a prevenci. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Cílem praktické části je na základě kazuistik a dotazníkového šetření zjistit, jaké skupiny mládeže jsou nejohroženější a co by se dalo zlepšit v protidrogové prevenci.

Klíčové pojmy:

Drogy, legislativa, léčba, mládež, prevence, riziková mládež, sociální faktory závislosti, stimulační drogy, syndrom závislosti

Anotation:

This thesis deals with drug issues of youth, with specializacion on stimulant drugs. There are described and explained basic concepts related to youth, drugs and drug addiction, the way to help addicted individuals and prevention. The work is divided into theoretical and a practical part. The practical part is based on case reports and questionnaire survey to determine which groups of youth are most vulnerable and what could be improved in drug prevention.

Keywords:

Drugs, legislation, treatment, youth, prevention, risk youth, social factors of addiction, stimulant drugs, dependence syndrome

Obsah

Teoretická část.....	10
ÚVOD	10
1. Vymezení základních pojmů vztahujících se k užívání drog.....	11
2. Sociální faktory užívání drog u mládeže.....	17
2.1. Mládež.....	17
2.2. Riziková mládež	18
2.3. Pasivní forma	18
2.4. Agresivní forma	21
2.5. . Kompromisní forma	25
3. ZÁVISLOST, MODEL Y, VZNIK A PŘÍČINY ZÁVISLOSTI.....	26
3.1. Závislost, syndrom závislosti	26
3.2. Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.....	27
3.3. Sociální faktory závislosti k drogám u mládeže.....	29
3.3.1. Rodina.....	29
3.3.2. Vrstevníci, kamarádi, parta	32
4. DROGY OBECNĚ.....	33
5. STIMULAČNÍ DROGY	37
5.1. Amfetaminy	37
5.2. Metamfetamin (pervitin)	39
5.3. Kokain a crack.....	41
5.4. MDMA (EXTÁZE)	45
5.5. Celkové shrnutí příznaků užívání stimulantů.....	47
6. LÉČBA	49
6.1. Lékařská ambulantní péče o závislé	49
6.2. Detoxifikační jednotky.....	50

6.3.	Kontaktní centra	51
6.4.	Denní stacionáře	52
6.5.	Terénní programy (streetwork)	52
6.6.	Ústavní léčba.....	53
6.7.	Terapeutické komunity.....	54
6.8.	Následná péče	56
7.	PREVENCE	58
7.1.	Prevence obecně.....	58
7.2.	Prevence v rodině.....	60
7.3.	Prevence ve školách	61
7.4.	Peer programy.....	66
8.	LEGISLATIVA	71
8.1.	Zákon o soudnictví ve věcech mládeže	71
8.1.1.	Účel zákona.....	71
8.1.2.	Trestní odpovědnost mladistvých	71
8.1.3.	Opatření ukládaná mladistvým	72
8.2.	Legislativa a drogy.....	77
8.3.	Drogová politika.....	79
8.3.1.	Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018	79
8.3.2.	Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013-2015	80
	EMPIRICKÁ ČÁST I.	83
	Případové studie	83
	Cíl výzkumu.....	83
	Metoda výzkumu	83
	Výběr účastníků.....	84
9.	VLASTNÍ ŠETŘENÍ	85
9.1.	Shrnutí kazuistik	93

9.2. Výsledky výzkumu	95
ZÁVĚR.....	96
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	98
SEZNAM PŘÍLOH.....	100
Příloha č1	100
Příloha č.2	103

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

Toto téma jsem si vybrala hned z několika důvodů. Jedním z nich je, že závislost na stimulačních drogách, zvláště pak na metamfetaminu (pervitinu), je v České republice velice závažným zdravotním a sociálním problémem. Metamfetamin je u nás nejvíce rozšířenou drogou mezi problémovými uživateli drog. Výroba pervitinu není nikterak složitá, a tak je tato látka poměrně snadno dostupná. Tato velká dostupnost ohrožuje zejména mládež. Věková hranice závislých se stále snižuje. Dalším důvodem, proč píšu tuto práci je, že jsem se i ve svém blízkém okolí setkala s lidmi, kteří měli s touto drogou problémy, a bohužel na to doplácí často nejvíce jejich rodiny a jejich blízcí.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. Na část teoretickou a na část praktickou. Teoretická část je zaměřena na objasnění pojmů souvisejících s mládeží, drogami, drogovou závislostí a její léčbu. Dále pak na prevenci, a to zejména prevenci v rodině a ve škole a není zde opomenuta ani legislativní stránka věci. Čerpala jsem zejména z knih Doc. MUDr. PhDr. Kamila Kaliny, CSc. a MUDr. Karla Nešpora, CSc., kteří se řadí mezi největší odborníky na tuto problematiku u nás.

V praktické části rozeberu kazuistiky závislých na pervitinu a také vyhodnotím výsledky výzkumné sondy u dětí z několika středních škol a základních škol, která je zaměřena na znalosti a osobní zkušenosti s drogou, ale i na rodinné a sociální podmínky. Cílem výzkumu je zjistit, jaké skupiny mládeže jsou nejohroženější a co by se mělo zlepšit v protidrogové prevenci.

1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ VZTAHUJÍCÍCH SE K UŽÍVÁNÍ DROG

ZNEUŽÍVÁNÍ DROG

je použití jakékoliv drogy pro jiné účely, než pro jaké byla zamýšlena, nebo použití látky z jiných, než léčebných důvodů

TOLERANCE

stav, kdy si naše tělo zvykne na drogu natolik, že musíme brát stále větší dávky k dosažení stejného účinku

ZÁVISLOST

je, zvykneme-li si na drogu, duševně i tělesně tak, že ji musíme brát, jen abychom mohli normálně fungovat, a nemůžeme přestat, aniž bychom trpěli nepříjemnými abstinenčními příznaky

NÁVYK

Nastane, jestliže nemůžeme přestat drogu brát, přestože bychom chtěli

ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY

Způsob, jakým naše tělo reaguje, když je přísun drog zastaven. Tělesné účinky se pohybují od bolení hlavy, pocení, křečí a nekontrolovatelných třesů až po smrt. Psychickým účinkem je neustálá touha po droze, která bývá často dokonce hůře snesitelná než tělesné účinky.

TVRDÉ DROGY

Pojem často používaný k popisu velmi silných a nebezpečných drog, jako jsou například opiáty, kokain, pervitin. Jsou silně návykové a tělu škodlivé. Přerušování či ukončení užívání těchto drog často provázejí silní abstinenční příznaky.

MĚKKÉ DROGY

Bývají často užívány z „rekrečních důvodů“. Tyto drogy nejsou provázeny silnými odvykacími příznaky, ale mohou mít dlouhodobé účinky a jsou psychicky návykové – měkké, ale ne bezpečné.

DEALER

Obchodník, někdy se používá významu obchodník s drogami

DETOXIFIKACE

Cílem detoxifikace je pomoci tělu zbavit se jedovatých látek a překonat obtíže po vysazení drogy. Někdy se „detoxikace“, při níž se používají léky, odlišuje od „detoxifikace“, při níž se léky nepoužívají. Tyto dva výrazy se ale v praxi často používají jako synonyma.

FLASHBACK

Stav jako po požití drogy, i když člověk pod vlivem není. Flashback může nastat i rok nebo dva po poslední dávce. Dochází k němu nejčastěji po halucinogenech, marihuaně nebo pervitinu.

INTOXIKACE

Ovlivnění látkou, otrava. Většinou přechodný stav po alkoholu nebo jiné návykové látce. Vede k poruchám vnímání, myšlení, citění nebo chování.

LEGALIZACE DROG

Znamená povolení prodeje drog. V případě legalizace by poklesla cena drog, takže i velmi silné drogy by byly ještě dostupnější.

MOTIVAČNÍ TRÉNINK

Technika užitečná v prevenci i v léčbě návykových nemocí. Pomáhá uvědomit si výhody zdravého způsobu života a nevýhody zneužívání drog a pití alkoholu

OPL

Omamné a psychotropní látky

ODVYKACÍ SYNDROM

Hovorově „absták“. Nastává po vysazení některých drog. Hlavně alkoholu, opiátů a tlumivých léků. Odvykací syndrom vyvolá obvykle až delší období vyšších dávek. Odvykací příznaky mohou být tělesné (pocení, křeče, bolesti) nebo duševní (např. deprese).

ORDINACE AT

Ambulantní zařízení zabývající se léčením problémů způsobených alkoholem nebo jinými návykovými látkami. Pracují v řadě pražských obvodů a v mnoha okresních městech.

PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ PORADNY

Mohou pomoci dětem a dospívajícím s různými problémy, včetně problémů s užíváním návykových látek.

PEER PROGRAM

Program za aktivní účasti předem připravených vrstevníků (věkový rozdíl mezi peer aktivisty a těmi, s nimiž pracují, bývá 1-2 roky). Je vhodný pro normální děti a dospívající. Chlapci a děvčata, kteří žijí zdravě, pomáhají při peer programu normálním vrstevníkům, aby žili zdravě jako oni.

POŠKOZENÍ PLODU NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI

Alkohol i drogy mohou poškodit dítě ještě před narozením, jestliže je žena přijímá v těhotenství.

PREVENCE

Cílem prevence je předcházet nemoci před jejím vznikem.

PRŮCHOZÍ DROGY

Drogy jako alkohol, tabák a marihuana zvyšují riziko problémů způsobených jinými drogami. Neznamená to, že každý, kdo má zkušenosti s průchozí drogou, stane se později závislý na jiné droze. Setkání s průchozí drogou v mladém věku ale toto riziko zvyšuje.

PŘEDÁVKOVÁNÍ

Otrava návykovou látkou. Předávkování nastává, když si člověk vzal silnější drogu, než si myslel. Může nastat i tehdy, jestliže se změnila odolnost vůči droze, nebo když došlo ke kombinaci s jinou drogou.

RECIDIVA

U léčení závislostí se tím míní návrat k alkoholu nebo k drogám po určité době abstinence. Recidivu je třeba co nejdříve zastavit. Recidiva může posloužit jako zkušenost a vést člověka k větší opatrnosti.

RELAPS

Návrat k pití nebo užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti. Rychlost, se kterou se příznaky závislosti vrátí, se považuje za klíčový indikátor posuzování stupně závislosti. Relaps bývá doprovázen souborem příznaků označovaných jako „syndrom porušení abstinence“ (deprese, rezignace, pocity viny, hněv), které prohloubí a upevní obnovené užívání drogy a mohou vést k dalšímu kolu drogové kariéry. Někteří autoři odlišují relaps a **LAPS** (uklouznutí), označující izolované užití alkoholu nebo drog.

RIZIKOVÉ ČINITELE

Zvyšují nebezpečí problémů s drogami. Patří k nim např. známí, kteří berou drogy, nebo sklon k násilí

RODINNÁ TERAPIE

Při rodinné terapii se pracuje s celou rodinou nebo alespoň s většinou jejích členů. Cílem bývá zlepšit fungování rodiny jako celku nebo pomoci některému jejímu členu. Jedna z velmi užitečných forem léčby.

SNIŽOVÁNÍ DOSTUPNOSTI NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Je účinné v prevenci. Příklady snižování dostupnosti jsou věková omezení pro koupi alkoholických nápojů, zvyšování ceny tabáku a zákaz některých drog. Současně se snižováním dostupnosti je třeba snižovat i poptávku po návykových látkách.

SNIŽOVÁNÍ POPTÁVKY PO NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Poptávku snižuje nabízení lepších možností, peer programy, spolupráce různých složek společnosti při prevenci a léčba.

SVÉPOMOCNÉ PŘÍRUČKY

V zahraničí i nás jsou běžné svépomocné příručky pro lidi, kteří mají problémy s hazardem, drogami, alkoholem.

TOXIKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Vyšetření moči nebo krve na přítomnost jedovatých látek

TOXIKOMANIE

Dříve se tak říkalo závislosti na drogách.

2. SOCIÁLNÍ FAKTORY UŽÍVÁNÍ DROG U MLÁDEŽE

2.1. Mládež

V odborné literatuře se můžeme setkat hned s několika pojmy označujících mládí a dospívání. Nejčastěji se rozděluje na období puberty a adolescence. Označení „adolescent“ je typické hlavně pro psychologii a je spíše označením vývojového období a pojem „mládež“ se používá spíše v sociologii a pedagogice a vztahuje se na označení skupiny.

Období puberty se obvykle ohraničuje časovým intervalem 11-15 let. Období adolescence, které navazuje na pubertu, se pak datuje od 15-20 (22) let. Je charakteristické, že u dívek začíná proces puberty dříve než u chlapců. Horní věková hranice ale není ve společensko-vědních oborech pojímána zcela totožně, např. sociologie míní mládeží osoby až do dovršení věku třiceti let.¹

Macek se ve své knize přiklání k periodizaci, podle které se adolescencí označuje celé období mezi dětstvím a dospělostí. Autor dále uvádí, že koncept adolescence jako dospívání a mládí představuje tuto etapu vnitřně diferenciovanou na tři fáze:

- 1) časnou adolescencí: 10(11)-13 let.
- 2) střední adolescencí: 14 – 16 let.
- 3) pozdní adolescencí: 17- 20 let, někdy i déle.²

¹ CHROMÝ J., *Kriminalita páchaná na mládeži*, Praha, Linde, 2010, S 15, ISBN 978- 80-7201-825-3

² MACEK P., *Adolescence*, Praha, Portál, 2003, S. 9-10, ISBN 80-7178-747-7

2.2. Riziková mládež

Za rizikovou mládež považujeme dospívající, u kterých je následkem spolupůsobení více faktorů zvýšená pravděpodobnost selhání v sociální a psychické oblasti.³ Rizikovost v tomto smyslu znamená vyšší náchylnost, vyšší ohrožení psychosociálního vývinu oproti standardní populaci.

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) dochází kvůli nadměrnému zneužívání návykových látek i k neustálému nárůstu problémové mládeže, která se stále častěji zapojuje do různých podob kriminální činnosti a násilí.

A to ve třech formách:

2.3. Pasivní forma

útěky z domovů, záškoláctví, lhaní, v extrémní podobě až samovražedné jednání

Útěky z domovů mohou být zapříčiněny více faktory. Může to za to např. psychická nemoc, ale to nebývá tak časté. Častěji je to zapříčiněno špatnou adaptací dítěte, nevhodným prostředím, kde vyrůstá, touhou po dobrodružství, zviditelněním se mezi vrstevníky, vlivem špatné party apod. Právě pod vlivem party může jedinec udělat něco, čeho by se sám nedopustil. Může se jednat o krádeže, braní drog, vloupání apod. Z těchto důvodů by měl rodič vždy vědět, s kým se jeho děti stýkají a co dělají ve volných chvílích. Útěk z domova se také může dítě nebo mladiství dopustit i kvůli tomu, že se bojí reakce rodičů, např. když dostane ve škole špatnou známku. Jedná se většinou o zkratovou reakci a neopakují se pravidelně.

Další, v současné době velice vážný problém, je *záškoláctví*. Je to hodně častý důvod nedokončení základní školy. Martínek (2010) záškoláctví rozděluje na dvě skupiny:

- 1) záškoláctví impulzivního charakteru.
- 2) záškoláctví účelové, plánované.

³LABÁTH V. a kol., *Riziková mládež*, Praha, Sociologické nakladatelství, 2001, S 11, ISBN 80-85850-66-4

V prvním případě dítě zpočátku neplánuje, že do školy nepůjde. Rozhodne se náhle, impulzivně. V tom druhém případě, kdy je záškoláctví plánované, se dítě nebo mladiství snaží většinou vyhnout nějakému zkoušení, písemné práci nebo vyučujícímu.

Martínek dále příčiny záškoláctví rozděluje na:

- 1) negativní vztah ke škole.
- 2) vliv rodinného prostředí
- 3) trávení volného času a vliv party.

Negativní vztah ke škole si na jednu stranu mohou vytvořit žáci, kteří nemají velké nadání k učení a ve škole se jim nedaří. Jsou často zesměšňováni nejen spolužáky, ale i pedagogy. Vytvoří si pak pocit méněcennosti, kterého se už těžko zbavují a tento pocit si mohou nést po zbytek života. Na druhou stranu tu jsou i mimořádně nadaní žáci, u kterých nastává odpor ke škole. Velmi chytré děti nebývají mezi kolektivem moc oblíbené a ani pro ně pomalé tempo ve škole jim nevyhovuje a můžou se ve škole začít nudit. Další časté příčiny jsou např. vysoké nároky na žáky. Ti žáci, pro které jsou nároky příliš vysoké, často rezignují a nepokouší se ani o dosažení lepších výsledků. Následkem slabého prospěchu, může docházet i ke změnám v chování, které se může projevit klasickou poruchou chování – např. ho začnou přitahovat party, kde je časté protispolečenské a agresivní chování.

Rodina je nejdůležitějším faktorem působícím na dítě. V dnešní uspěchané době se stává, že jsou rodiče často dlouho v práci a nemají tak na děti čas. Nevšimnou si, že jejich děti něco trápí, a že za jejich neúspěch ve škole může třeba šikana, nezapadly do kolektivu nebo mají jiné psychické potíže. Na druhou stranu i přehnaná péče a velmi vysoké nároky působí na děti negativně.

S tím souvisí i třetí bod. *Trávení volného času a vliv party*. Pro dítě je velice důležité obstát v očích vrstevníků. Patřit do nějaké party znamená přijímat i jejich normy, způsob oblékání, druh hudby, kterou všichni poslouchají a také vztah ke škole, práci, alkoholu a drogám. Nezřídka se stává, že záškoláctví patří mezi podmínky přijetí do party. Je proto velice důležité, aby rodiče věděli, s kým se jejich děti stýkají a co dělají.

Lež rozdělujeme na tři základní kategorie:

- 1) smyšlenku (konfabulaci).
- 2) bájnou lež (pseudologiaphantastica).
- 3) pravou lež.

Smyslenku můžeme vyzorovat u dětí předškolního věku. V tomto případě se ale nejedná o lhaní v pravém slova smyslu, protože dítě si to ještě neuvědomuje.

Bájná lež se projevuje vyprávěním dlouhých neskutečných příběhů, které si dítě vymýšlí většinou proto, aby na sebe upoutalo pozornost. Bájná lež se projevuje u dětí do deseti let až jedenácti let. Poté se to dá považovat za psychickou poruchu.

Pravá lež se projevuje tím, že je vždy vědomá a sleduje nějaký cíl.⁴

Děti se *sebevražednými sklony* v Česku stále více přibývá. „Obecně se mluví o tom, že roste zátěž na děti. Je potřeba se toho víc učit, je potřeba chodit víc do kroužků, být hodně produktivní, být výkonový. Ta stresová nálož může vést k tomu, že to dospívající nebo dítě přestane zvládat. Napadne ho pak, že jediná cesta k úniku je přes sebevraždu.“ uvedl sociální pracovník z linky důvěry v rozhovoru pro Českou televizi v únoru 2013. Dále pan Kaňák uvedl: „Rozhovory se týkají převážně rodinných vztahů, ať už jsou to vyhocené situace, které přecházejí do týrání nebo zneužívání. Dále se také týkají vrstevnických vztahů, vztahů s kamarády nebo i partnerských vztahů. S tím souvisí dotazy týkající se sexuální tematiky, těhotenství a sexuálního styku.“

To, že je dotazů na linku důvěry stále více souvisí také s tím, že lze v dnešní době komunikovat přes emaily a chat, což je ještě více anonymní a děti se tolik nebojí se zeptat nebo svěřit.

⁴MARTÍNEK Z, *Agresivita a kriminalita.školní mládeže*, Praha, Grada Publishing a.s., 2001 S. 93-104, ISBN 978-80-247-2310-5

2.4. Agresivní forma

–delikvence, násilí, terorismus, kriminalita

Agresivita (z lat. *aggressivus* = útočný) – vlastnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresi. V širším smyslu se takto označuje schopnost organismu mobilizovat síly k zápasu o dosažení nějakého cíle a schopnost vzdorovat těžkostem. Někdy se tím míní i celkové úsilí organismu dosáhnout uspokojení vlastních potřeb, zejména výživových a pohlavních.

Agrese (z lat. *aggressio*) je výpad nebo útok proti věci, osobě nebo zvířeti. Je to jednání, jímž se projevuje násilí vůči některému objektu, nebo nepřátelství a útočnost s výrazným záměrem ublížit.

Dělení agrese:

Jsou známa různá dělení agresí. V mé práci uvedu alespoň základní kategorizaci:

Přímá a nepřímá agrese, verbální a fyzická agrese, aktivita a pasivita

1. Fyzická aktivní přímá agrese – bití oběti, fyzické ponižování, nucení k ponižujícím úkonům, využívání fyzické převahy nad obětí.
2. Fyzická aktivní nepřímá agrese – agresor se sám aktivně neúčastní, ale někoho si k ublížení oběti najme.
3. Fyzická pasivní přímá agrese – fyzické bránění někomu v dosahování jeho cílů (ve škole je to např. ničení pomůcek)
4. Fyzická pasivní nepřímá agrese – jedná se odmítnutí splnění některých požadavků (např. odmítnutí pomoci zdravotně postiženému jedinci)

5. Verbální aktivní přímá agrese – nadávky, urážky, slovní ponižování.
6. Verbální aktivní nepřímá agrese – rozšiřování pomluv, které ubližují druhému.
7. Verbální pasivní přímá agrese – naprostá ignorace druhého člověka, odmítání odpovědět na pozdrav nebo na otázku
8. Verbální pasivní nepřímá agrese – nezastat se někoho, kdo je nespravedlivě kritizován či trestán.

Agrese emocionální, frustrační, instrumentální

1. Emocionální – je charakteristická přítomností silné negativní emoce, většinou hněvu. Agrese poté není prostředkem, ale cílem sama o sobě. Pro agresora je charakteristická prchlivost, vznětlivost, rychlý přechod k impulzivní reakci při poměrně slabém vnějším či vnitřním podnětu.
2. Frustrační – původem agrese je frustrace jedince.
3. Instrumentální – jedná se cílenou a promyšlenou agresí. Cílem není ničení jako takové. Agresor se projevuje chladně, emoce jsou u něj vidět především jen v případech, kdy se oběť brání.⁵

Prof. Čermák uvádí Moyerovu klasifikaci agrese, která vychází ze studia zvířat, ale objevuje se i lidí.

1. Predátorská agrese – jde o vztah mezi silnějším a slabším – predátor loví svou kořist.
2. Agrese mezi samci – jde o naprostý jasný projev přirozeného výběru a k nastolení hierarchie ve skupině
3. Agrese vyvolaná strachem – nastává v situaci, kdy není možnost úniku. Pokud je člověk nebo zvíře zahnané do kouta, často zareaguje útokem.

⁵MARTÍNEK Z., *Agresivita a kriminalita. Školní mládeže*, Praha, Grada Publishing a.s., 2001, S. 29-38, ISBN 978-80-247-2310-5

4. Agrese dráždivá – agrese vyvolávaná různými objekty, často jí předchází frustrace, bolest, hlad apod.
5. Rodičovská agrese – je to naprosto přirozená agrese, kdy matka brání své dítě (mládě).
6. Sexuální agrese – tato reakce je vyvolána stejnými podněty, jako sexuální reakce. U lidí je sexuální agrese spojena se sexuálním napadením, s pokusem o znásilnění, dokonalým znásilněním či sexuálním obtěžováním. Extrémními formami agrese jsou sexuální deviace
7. Agrese jako obrana teritoria – reakce na narušení již vymezeného území.⁶

Delikvence označuje činnost, porušující nejen právní, ale i společenské normy.

Kriminalitu můžeme obecně popsat jako veškeré páchaní přestupků a trestných činů. Ale stejně jako u pojmu „mládež“ není rozsah a obsah zcela jednotný. Můžeme rozeznávat dvě pojetí kriminality:

1. Legální pojetí kriminality – pouze trestná činnost
2. Sociologizující pojetí kriminality - sem se řadí jednání, která nejsou trestněprávně postižitelná, ale jsou společensky patologická a trestné činnosti předcházejí nebo ji výrazně podmiňují (např. alkoholismus, extremismus, užívání drog apod.).⁷

Dětská kriminalita (dětská delikvence, predelikvence, prekriminalita) – týká se dětí do 15 let. Jde o činy, které jsou páchany především spontánně, nejsou dobře naplánované ani připravené. Jde převážně o činy proti majetku, nejčastěji jsou spojeny s drogovou závislostí.

⁶ČERMÁK I., *Lidská agrese a její souvislosti*, Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. ISBN 80-902614-1-8.

⁷CHROMÝ J., *Kriminalita páchaná na mládeži*, Praha, Linde, 2010, S 17, ISBN 978-80-7201-825-3

Kriminalita mladistvých (juvenilní delikvence) – týká se věkové kategorie 15-18 let. Mezi nejčastější delikty mladistvých patří:

- násilí proti jednotlivci či skupině
- toxikomanie
- opilství a výtržnictví
- prostituce
- neoprávněné držení motorového vozidla
- gamblerství
- krádeže

Terorismus je plánované, promyšlené a politicky motivované násilí, zaměřené proti nezúčastněným osobám, sloužící k dosažení vytyčených cílů.

Rada EU popisuje definici teroristického skutku ve svém dokumentu nazvaném „Společný postoj Rady EU pro užití zvláštních opatření pro boj s terorismem“

V rámci vnitrostátních právních řádů se jedná o skutky, které byly spáchány s úmyslem:

- vážně zastrašit obyvatelstvo
- nenáležitě přimět vládu nebo mezinárodní organizaci ke konání či nekonání konkrétních kroků
- vážně destabilizovat či zničit základní politické, ústavní, hospodářské nebo sociální struktury země nebo mezinárodní organizace, a to:
 - útokem na lidské životy, který může zapříčinit smrt
 - útoky na psychickou integritu osob
 - únosy nebo braním rukojmí

- zapříčiněním rozsáhlých destrukcí vládních nebo veřejných zařízení, dopravních systémů, pevných platform na kontinentálním šelfu, veřejných míst nebo soukromého vlastnictví, ohrožujícími lidské životy nebo mající za následek vážné ekonomické ztráty
- obsazením letadel, lodí nebo jiných prostředků veřejné dopravy nebo dopravy zboží
- výrobou, držením, obstaráváním, přepravou dodáváním nebo používáním zbraní nebo výbušnin jaderné, chemické nebo biologické povahy, stejně jako práce na výzkumu nebo vývoji těchto zbraní
- pouštěním těchto nebezpečných látek do volného oběhu, zakládáním požárů, výbuchů nebo zapříčiňování povodní, jejichž průběh ohrožuje lidské životy
- přerušováním nebo přerušením dodávek vody, elektřiny nebo jiných základních zdrojů, což může rovněž ohrozit lidské životy
- výhružkami spácháním těchto skutků, zmíněných výše
- vedením teroristické skupiny
- účastí v teroristické skupině, a to i ve funkci informátora, poskytovatele finanční či materiální podpory, s vědomím, že tato pomoc napomůže páčání zločinných aktivit skupiny.

Teroristická skupina je strukturovaná skupina, složená s více než dvou osob, ustavené pro delší časové období a konající v rámci dělby práce kroky nutné ke spáchání teroristických činů. Nejedná se o náhodné či jednorázové spojení.

2.5.. Kompromisní forma

- projevy nestabilního chování, výkyvy v práci a v sociálním životě

Tyto projevy jsou často zapříčiněny užíváním drog, alkoholu a jiných návykových látek. Ale také projevem různých psychických poruch, které jsou klasifikovány v Mezinárodní klasifikaci nemocí.

3. ZÁVISLOST, MODELY, VZNIK A PŘÍČINY ZÁVISLOSTI

3.1. Závislost, syndrom závislosti

Drogová závislost, pokud je již skutečně závislostí, je jednoznačně onemocněním a jako takové je ho třeba chápat. Zároveň jde o určitý společenský fenomén, protože s důsledky tohoto onemocnění se střetává nejen postižený jedinec, ale i okolní společnost.⁸

Podle ICD-10 (MKN – Mezinárodní Klasifikace Nemocí) je syndrom závislosti soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy:

silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving),

potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,

somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro danou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,

průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příznaky lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),

postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo k zotavení z jejího účinku,

pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.

⁸PRESL J., *Drogová závislost*, Praha, Maxdorf, 1994, S. 46, ISBN 80-85800-18-7

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnost minimálně tří z uvedených kritérií.

Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí. (10 Revize, MKN-10)

Psychická a fyzická závislost

a) psychická závislost – duševní stav, který se projevuje:

silnou touhou drogu opět užívat,
veškeré chování se zaměřuje jen na to, jak drogu získat
jedinec ztrácí zájem o vše, co s drogu nesouvisí

Psychická závislost je běžná u stimulačních drog (např. pervitin, kokain)

b) fyzická závislost – definuje se jako stav adaptace organismu na drogu doprovázený zvyšující se tolerancí a projevuje se tělesnými obtížemi při vysazení drogy tzv. abstinenčním syndromem

3.2. Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Přístupy, které se uplatňují při práci se závislými jedinci se neustále vyvíjí. V minulosti dominoval v oblasti závislostí biomedicínský model. V biomedicínském modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu. (v zásadě chorobnou poruchou mozkových funkcí, do jisté míry s dědičnými dispozicemi). Pokládá se za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami, a nejspíše vůbec nevyléčitelnou - v tom se srovnává např. s ischemickou chorobou srdeční a zejména s cukrovkou. I když však není drogová závislost úplně vyléčitelná, je a může dojít k úpravě stavu za podmínky specifické diety, tj. trvalé abstinence. Další užití drogy je vždy recidivou nemoci ("závislý nikdy nepřestane být závislým, ale může abstinovat").⁹

V dnešní době je biomedicínský přístup rozšířen o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického rozvoje a vzájemného podmiňování. Nazýváme ho bio-psycho-sociální model. Léčení závislostí by mělo zahrnout všechny

⁹KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S. 78, ISBN 80-86734-05-6

faktory tohoto modelu. V praxi to znamená, že vedle detoxikace a farmakoterapie je kladen velký důraz také na různé individuální, skupinové a rodinné psychoterapie. Velký úspěch zaznamenávají také terapeutické komunity.

Autorka zde uvede faktory, které v sobě bio-psycho-sociální model zahrnují a jsou ve vzájemné interakci:

Biologická úroveň závislosti

Tato úroveň vychází z představy jakési komplementarity mezi určitou drogou a jedincem. Podle těchto teorií závisí vznik problémů na poměrně jednoduché podmínce vzájemného setkání těchto dvou působení.¹⁰

Do biologických faktorů můžeme zařadit problematické těhotenství matky dítěte (např. jestli v průběhu těhotenství užívala drogy nebo alkohol). Dítě tak přijde do kontaktu s návykovými látkami ještě před narozením. Záleží na tom, zda byly při porodu požívány tlumivé nebo psychotropní látky a vliv mají i různá traumata a nemoci v poporodním období.

Dalším problémem může být dědičnost. U dítěte rodičů závislých na alkoholu nebo drogách je větší šance, že se stane závislým, i když jsou odstraněny jiné působící faktory. Prokazují to studie u jednovaječných dvojčat, které žili odděleně.¹¹

Psychologická úroveň závislosti

Jsou to tzv. psychogenní vlivy a faktory pro vznik a rozvoj závislosti. Tyto faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a porodu. Např. pokud matka užívá alkohol nebo léky, když je ve stresu nebo v těžké životní situaci, přenesou se tyto informace na plod. V pozdějším věku, když si její potomek vezme tyto léky či alkohol při stejné situaci, zažije již poznatý efekt. Tato pozitivní vazba může zapříčinit rychlejší vznik závislosti.

Určitě ale také záleží na celkové psychické rovnováze jedince.

¹⁰PRESL J., *Drogová závislost*, Praha, Maxdorf, 1994, S. 47, ISBN 80-85800-18-7

¹¹PRESL J., *Drogová závislost*, Praha, Maxdorf, 1994, S. 49, ISBN 80-85800-18-7

3.3. Sociální faktory závislosti k drogám u mládeže

3.3.1. Rodina

Sociální faktory hrají podle názoru autorky nejvýznamnější roli, a proto je zde popíše nejpodrobněji. Můžeme sem zařadit vše, co na nás obklopuje a co na nás působí. V dospívání a v procesu sociálního učení na nás asi nejvíce působí rodina a prostředí, ve kterém žijeme. Rodiče poskytují základní identifikační vzory. Vznikají zde modelové situace a na základě jejich řešení dochází k posilování vhodných či nevhodných reakcí.¹² Pro příklad uvede několik faktorů, které jsou pro rodiny závislých charakteristické.

- Nedostatečná pozornost nebo špatná reakce ze strany rodičů na chování dítěte

Chování dítěte se utváří do značné míry v souladu s očekáváním rodičů. Rodiče, kteří nevěnují dostatečnou pozornost k pozitivnímu chování dítěte a naopak jsou příliš kritičtí k jeho chybám a selháním, nemohou u dítěte vyvolat jistotu a zdravé sebehodnocení. Také pokud se výchovné postupy dějí nedůsledně, prostřednictvím výčitek nebo skrytě vynucovacích pocitů viny, vede to ke špatnému vývoji vztahů v rodině a k nezdravému rodinnému prostředí.

- Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem

Podle Martina Hajného¹³ je opakující se strukturou rodinných vztahů závislých: nadměrně ochraňující a pečující matka a chladný, slabý či nepřítomný otec. Závislý, který se při svém chování setkává jen s nedůslednou a přitom milující matkou, nezískává dostatečný kontakt s realitou. J. Presl tento prototyp matky- tedy jejího chování, které je pro vznik drogového problému vysoce rizikové, popsal jako hyperprotektivní model. Matka svého potomka vidí stále jako malé dítě a není schopna přijmout jeho rostoucí potřeby a sebeprosazení a identifikace. Také pokud chybí disciplína, jakou by měl vždy otec představovat, může to být faktorem, který vede ke vzniku závislosti. Závislé ženy a dívky často popisují vztah s úzkostnou matkou nebo s jejím chladným

¹² PRESL J., *Drogová závislost*, Praha, Maxdorf, 1994, S. 51, ISBN 80-85800-18-7

¹³.KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S. 140, ISBN 80-86734-05-6

přístupem. Rovněž je tu riziko, když je závislá matka, která pro dcery představuje vzor.

- Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi

Zde by autorka uvedla jen ten nejvíce závažný problém, a to je sexuální zneužívání či incest. Následky vedou k doživotním traumatům. Oběti často neumějí navazovat vztahy, jak v partnerském životě, tak mezi vrstevníky, v práci, ve škole apod., mají nízké sebevědomí, problémy se sebeúctou apod.

- Nedostatečný nebo přílišný zájem v rodině

V každé rodině je důležitá komunikace. Umět si společně sednout a vyříkat si vše, co nás trápí nebo naopak těší, udržuje klidnou atmosféru. Pokud komunikace nefunguje, vede to ke zvýšenému napětí v domácnosti. Taková situace je nepříjemná pro každého člena. Pro uživatele drog je to udržujícím faktorem.

- Jeden či více závislých členů v rodině

Podle M. Hajného je míra rizika narušení dítěte úměrná tomu, jak závislost rodiče ovlivňuje chod rodiny, rodinné rituály a společně trávený čas.¹⁴

Jelikož je rodič pro dítě vzorem, může se stát, že začne brát drogy či požívat alkohol, když vidí, že to matku nebo otce uklidňuje, navozuje příjemné stavy apod. Často se také stává, že např. otec alkoholik je agresivní a hrubý, ale matka je vůči tomuto problému slepá a nechce nebo má strach vůči agresivnímu otci zasáhnout. Dítě je zklamané a uchyluje se k rezignovanému životnímu postoji.

Co se týká rodiny, tak by zde ještě autorka zmínila klasifikaci závislosti ve vztahu k rodinnému prostředí podle Cancrinioho (1985)

Závislost traumatického typu – je obvykle náhlou reakcí na trauma, ztrátu, konflikt a pocity úzkosti, zlosti či paniky, které s ní souvisí. Rodinnými faktory v tomto případě jsou: zneužití, úmrtí, nezvládnutý odchod jednoho z rodičů, násilí, onemocnění, psychická porucha v rodině apod.

¹⁴KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S. 141, ISBN 80-86734-05-6

Neurotická závislost - vyvíjí se v rodině s nahromaděným napětím, neřešenými vztahovými problémy, špatně či slabě vymezenými hranicemi mezi generacemi, zdůrazňováním rozdílů mezi "dobrým" a "špatným" dítětem a partnerskými obtížemi. Tento typ se vyskytuje nejčastěji.

Přechodová závislost - odpovídá těm osobnostním rysům závislých, které jsou popisovány jako hraniční. Patří k nim nestálost v osobních vztazích, epizodické úniky do fantazijního či zcela psychotického prožívání a myšlení, jiné vážné aspekty psychiatrické povahy apod. V rodinách se může vyskytovat také psychiatrická zátěž nebo těžké trauma, které nebylo dostatečně otevřeně a emočně zvládnuto. Jak závislí, tak někdy i jejich rodiče, mohou tíhnout k podivným životním zájmům či aktivitám (sekty, esoterické vědy, holotropní dýchání a podobně)

Sociopatická závislost - závislý obvykle prošel rodinou, kde figurovala lhostejnost, fyzické násilí, kriminalita či zneužívání, nebo vyrůstal v instituci. Závislý vykazuje vysokou míru asociálního jednání a nemívá jasné chvíle, kdy by připouštěl vlastní vinu nebo odpovědnost. Užívání drog není primárním zdrojem jeho dalších obtíží – spíše tvoří další část nebo jen doplněk jeho celkového problémového chování.

3.3.2. Vrstevníci, kamarádi, parta

Dalším významným faktorem zvyšujícím riziko drogového problému je vliv vrstevníků, kamarádů a různých part. Mládež často začne experimentovat s drogou z nudy, ze zvědavosti, neumějí si najít vlastní program aj. Pro mladého člověka je důležité někam patřit a někam se začlenit a vrstevnické prostředí je pro to ideální. Příslušnost ke skupině je pro jedince buď dobrovolná (neformální skupina), nebo je podmíněna vnějšími okolnostmi (formální skupina).

Mezi formální skupinu můžeme zařadit např. školu, širší rodinu apod.¹⁵ Ale stejně jako rodina i tento faktor působí oběma směry – může riziko zneužívání snížit nebo naopak zvýšit. Pokud má skupina negativní vztah k drogám, pak je členství v ní tou nejlepší prevencí. V opačném případě je to ta nejlepší cesta k drogové závislosti.¹⁶ Na této skutečnosti je založena jedna z metod protidrogové prevence. Jsou to tzv. Peer programy, o kterých se ještě zmíním.

¹⁵MARTÍNEK Z., *Agresivita a kriminalita.školní mládeže*, Praha, Grada Publishing a.s., 2001, S 72, ISBN 978-80-247-2310-5

¹⁶KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S. 308, ISBN 80-86734-05-6

4. DROGY OBECNĚ

Co jsou drogy?

Jednoduchá léčivá látka, organická nebo anorganická, užívaná samostatně, nebo jako přísada (slovníková definice drog)

Pojem droga vznikl z francouzského slova „drogue“ vyskytujícího se ve 14. století a obecně označuje sušené, tedy živočišné nebo rostlinné suroviny. U tohoto pojmu došlo ke změně významu. Jednak se jím označují léčivé rostliny, jednak také ve speciálním významu psychoaktivní přirozené, polysyntetické a syntetické substance s potencionálem závislosti. (*Od návyku k závislosti*)

Droga je obvykle popisována jako chemická látka, která působí na naše tělo a může změnit naši náladu, naše chování, co vidíme, co slyšíme, a jak a co cítíme. Látka může být jednoduchá, ale její účinky rozhodně jednoduché nejsou.¹⁷

Stručné rozdělení drog

Tvrdé a měkké drogy

Asi nejznámější dělení na drogy tvrdé a měkké se vztahuje k riziku, které se pojí s jejich užíváním. Někdy se také mluví o drogách s akceptovatelným rizikem, a drogách, u kterých je jejich riziko spojené s jejich užíváním příliš velké, tedy neakceptovatelné. Zjednodušeně lze říci, že čím je droga „tvrdší“, tím větší poškození je schopna vyvolat.

K měkkým drogám můžeme zařadit kofein, marihuanu, kokový čaj, tabák, alkohol. U alkoholu je již ale hranice sporná. Nadměrné užívání alkoholu má velmi negativní dopad na tělesné a duševní zdraví, a proto by se dal zařadit na rozhraní měkkých a tvrdých drog. K tvrdým drogám patří např. heroin, pervitin, kokain, různá organická rozpouštědla.

¹⁷GANERI, A., *Od extáze k agonii*, Praha, Amulet, 2001, S 5-6, ISBN 80-86299-70-8

Dělení podle převládajícího účinku

1. tlumivé (narkotické) látky

Tyto drogy navozují pocit euforie, mizí nepříjemné emoce, bolest, strach. Svým centrálním účinkem zpomalují dechovou frekvenci a snižují dechový objem.¹⁸ Při předávkování často dochází k zástavě dechu a následné smrti. Mezi nejznámější látky, které se řadí do této skupiny, patří ty, které jsou odvozeny od morfia, tzv. opioidy. Mají silný analgetický a euforizující účinek. Můžeme sem zařadit heroin, metadon, kodein, subutex.

Další skupinou jsou benzodiazepiny. Tyto léky jsou v lékařství většinou předepisovány na odstranění strachu, úzkosti, psychického napětí, poruchy spánku a na utišení bolesti. Řadíme sem např. Diazepam, Rohypnol, Lexaurin, Tramal aj.

2. Stimulační látky

Tyto drogy vyvolávají pocit síly a energie, způsobují nespavost a ztrátu chuti k jídlu. Po odeznění účinku se dostavuje vyčerpání, únava, hlad, deprese. Na tyto drogy vzniká velmi rychle závislost. Nikoliv však závislost fyzická, ale „jen“ psychická. Užívání stimulačních drog představuje zátěž pro celý organismus, především pro kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod.¹⁹ Díky ztrátě chuti k jídlu, dochází velmi rychle ke ztrátě hmotnosti. Dlouhodobé užívání může vést k toxické psychóze. Může jí však vyvolat i jednorázová vysoká dávka. Stav se většinou objevuje pod obrazem paranoidního či paranoidně-halucinatorního syndromu („stíha“) Nejznámějšími zástupci jsou pervitin, kokain, MDMA (extáze). Stimulačním drogám se autorka bude ještě věnovat v další kapitole podrobněji.

¹⁸KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S. 160, ISBN 80-86734-05-6

¹⁹KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S. 164, ISBN 80-86734-05-6

3. Halucinogeny, nebo psychadelika

Jedná se v zásadě o skupinu látek jednak přírodních, jednak syntetických, jejichž základním efektem při požití je změna vnímání.²⁰ Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek. Obecně je lze rozdělit do tří základních skupin:

1. Přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. mezkalin, durman, psylocybin atd.).
2. Přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. Bufetenin).
3. Semisyntetické a syntetické halucinogenní drogy (např. LSD a PCP – „andělský prach“).²¹

Při užívání těchto drog velmi záleží na okolnostech užití. V přátelském prostředí a v dobrém duševním rozpoložení bývá intoxikace velmi příjemná. Vyšší dávky mohou navodit velmi intenzivní halucinatorní stav bez možnosti ovlivnění vůlí, což osoby se silnou potřebou kontroly a sebekontroly mohou vnímat velmi negativně a může dojít k trvalému psychickému poškození. K relativně slabším drogám, které můžeme ještě zařadit do této skupiny a které je možné považovat za poměrně bezpečné, jsou produkty z konopí (marihuana a hašiš).

Rozdělení uživatelů drog:

Experimentátoři

Experimentátor je osoba, která drogy jen takzvaně zkouší. Občas a nepravidelně zkouší různé typy drog.

Příležitostní a rekreační uživatelé

Někdy se jim také říká víkendoví uživatelé. U této cílové skupiny se užívání drog již stalo součástí životního stylu, ale není častější než jednou za týden a jeho důsledkem není vznik závislosti. Nejčastěji se jedná o LSD nebo extázi na různých „parties“ nebo hudebních festivalech.

²⁰ PRESL J., *Drogová závislost*, Praha, Maxdorf, 1994, S 39, ISBN 80-85800-18-7

²¹ KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S. 169, ISBN 80-86734-05-6

Pravidelní uživatelé

Jedinci užívají drogu častěji než 1x týdně. Pravidelní uživatelé už jsou nebo začínají být na droze závislí.

Problémoví uživatelé

Podle EMCDDA jsou to jedinci, kteří užívají heroin a další opiáty, kokain, amfetamin, pervitin či injekční uživatel jakékoliv jiné drogy.

5. STIMULAČNÍ DROGY

Stimulační drogy jsou drogy, které působením na centrální nervový systém vyvolávají u uživatele pocit pohody, síly, energie, sebevědomí, snižují chuť k jídlu, oddalují spánek. Mezi hlavní představitelé stimulantů můžeme zařadit pervitin, speed, extáze, kokain a crack.

5.1. Amfetaminy

Historie

Amfetamin je relativně mladá droga. První zástupce byl syntetizován až v roce 1887. Jeho účinky na lidech byly prozkoumány až počátkem 20. století a ještě v roce 1939 byl považován návyk za vyloučený. Nejdříve se prodával jako prostředek proti rýmě, astmatu, obezitě, patologické ospalosti (narkopesii) a depresi. Dále se také předepisoval i na diagnózy Parkinsonovi nemoci, migrény, závislosti, mořskou nemoc, mánií, schizofrenii, impotenci a apatii ve stáří.

Nemedicínské užívání amfetaminu začalo za Občanské války ve Španělsku, kde byl amfetamin podáván vojákům, aby měli větší výdrž a menší potřebu spát. Za 2. světové války byl již používán takřka ve všech armádách.

Existuje několik druhů amfetaminů - samotný amfetamin, metamfetamin, dextrometamfetamin. Účinky bývají podobné, ale liší se způsob výroby.

Způsob použití

Na ulicích se droga nabízí uživatelům v podobě šedého nebo růžového prášku. V práškové formě se může polykat (většinou s alkoholem, šňupat nosem nebo rozpustit do injekce). Amfetamin se velmi často falšuje a dealři prodávají uživatelům látky podobného vzhledu jako fenylpropanolamin (je spojován se zvýšeným výskytem mrtvičných záchvatů, vyvolaných krvácením do mozku), efedrin nebo kofein v práškové podobě.

Účinky

Amfetaminy navozují pocity veselí, velké energie, zvětšují sebevědomí, lepší schopnosti soustředění, potlačují potřebu spánku a snižují pocit hladu. Získali si proto oblibu u studentů, sportovců, velmi vyčerpaných manažerů a mezi mladými, co chtějí zůstat bdělí při tanci a zábavě v různých hudebních klubech aj.

Doba účinku

Při podání ústy nastupuje účinek obvykle během půl hodiny a trvá kolem čtyř hodin (záleží na množství). Vdechnutý amfetamin působí do dvaceti minut a účinek může vydržet až šest hodin. Po injekční aplikaci se dostaví silnější účinek, který nastupuje prakticky okamžitě.

Zdravotní rizika

Tělesný účinek se projeví zrychleným dýcháním a zrychlenou srdeční frekvencí, sníží se chuť k jídlu, může dojít k průjmům a zvýšenému množství moči. Vyšší dávky způsobují návaly, pocení, bolesti hlavy, skřípění a zatínání zubů a pocit bušení srdce.

Intoxikovaného jedince poznáme podle rozšířených zornic, má rychlé až těkavé pohyby a jsou mnohomluvní. Často se také objevují výkyvy nálad, neklid a podrážděnost. Po odeznění účinku nastává vyčerpání, deprese, únava a hlad.

Velkým rizikem je injekční užívání. Hrozí riziko předávkování, poškození žil, zánětu jater a přenosu nemocí jako je HIV nebo žloutenka. U osob s latentní schizofrenií hrozí spuštění psychózy. Amfetamin vyplavuje z těla vápník, a proto mívají pravidelní uživatelé zkažené zuby. U žen může pravidelné užívání vést k vymizení menstruace a ztrátě plodnosti. U osob s latentní schizofrenií hrozí spuštění psychózy.

Předávkování

K příznakům předávkování patří svalové křeče, pádící puls a horečka.²²

²²HARRY S., *Drogy, obrázkový průvodce*, Praha, Svojtka a Co, s.r.o., 2005, S 170-178, ISBN 80-7352-295-0

Závislost

Tolerance na amfetaminy se vyvíjí velmi rychle. Závislost není somatická ale „jen“ psychická. Což bývá mnohdy horší, protože fyzické závislosti je možné se zbavit relativně krátkým pobytem na detoxikační jednotce, psychická závislost se léčí dlouhodobě.

5.2. Metamfetamin (pervitin)

Pervitin, genericky metamfetamin, chemicky pravotočivý fenylmethylaminopropan je účinnější než amfetamin. Čistý má formu mikrokystalického prášku bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu je často zbarven do žluta či do fialova, protože obsahuje zbytky látek používaných při domácí výrobě („varu“). Základní látkou je efedrin, k výrobě se používá louh, červený fosfor, jód aj.²³

Historie

Metamfetamin byl poprvé syntetizován v Japonsku v roce 1893. V roce 1919 byl krystalický metamfetamin syntetizován Akirou Ogatou. Nejvíce se ale začal užívat ve druhé světové válce. Německá armáda ho předávala pod obchodním názvem pervitin. Za celou válku bylo rozdáno několik miliónů tablet pervitinu.

Po skončení druhé světové války byli obrovské zásoby metamfetaminu známého pod obchodní značkou Philopon , které vlastnila japonská armáda, vyexpedovány na trh. Japonské ministerstvo zdravotnictví ho zakázalo až v roce 1951. Od té doby byl ve stále větším množství vyráběn mafiánskou organizací Yakuzy. Na ulici je nyní také kromě svého původního názvu Philopon znám jako S, Shabu a Speed.

V padesátých letech došlo k nárůstu legálního předepisování metamfetaminu pro Americkou veřejnost. V roce 1954 vydala Farmakologická společnost indikace pro využití metamfetaminu v léčbě narkolepsie, Parkinsonovi choroby, alkoholismu, některých depresivních stavů a v léčení obezity. V šedesátá léta byla ve znamení tajné výroby metamfetaminu, stejně tak jako si ho uživatelé vyráběly u sebe doma pro osobní a rekreační užívání. Tento trend pokračuje až do dnešního dne.

²³ MINAŘÍK J., cit. KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S 166, ISBN 80-86734-05-6

U nás se podařilo v sedmdesátých letech Jiřímu Glossovi, přezdívanému Freud, objevit jednoduchý způsob výroby metamfetaminu. Zdokonalil a zjednodušil již vlastně existující postup výroby metamfetaminu redukcí kyseliny jodovodíkové za přítomnosti fosforu. V osmdesátých letech se začal pervitin rozšiřovat po Praze a zbytku republiky a přibývalo nelegálních varen. Dnes je v ČR pervitin nejrozšířenější tvrdou drogou, neboli drogou s „neakceptovatelným společenským rizikem“.

Způsob použití

Pervitin se nejčastěji aplikuje ústy, šňupáním nebo nitrožilně, což je nejčastěji používaný způsob. Dávky se pohybují od 50 do 250 mg. Pro léčebné účely jsou dávky asi 3x menší.

Účinky

V centrální nervové soustavě zvyšuje koncentraci dopaminu, noradrenalinu a serotoninu. Po odeznění efektu dochází k nedostatku neuromediátorů, což je příčinou nepříjemného stavu, kterému se říká „dojezd“

Pervitin neovlivňuje motoriku, ale psychické funkce. Po užití nastane stav euforie, snižuje únavu a pocit hladu. Uvolňuje v těle zásoby energie, zvyšuje tak výkonnost celého organismu. Urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid, zvyšuje se krevní tlak a tep, stoupá dechová frekvence. Pervitin také zvyšuje pozornost a soustředěnost, zlepšuje schopnost empatie, odstraňuje zábrany, zornice jsou rozšířené (odborně mydriáza).

Po odeznění účinku se dostavuje deprese, naprosté vyčerpání a „dojezd“.

doba účinku

Při podání ústy účinek nastupuje do 1 hodiny, při šňupání za 5-10 minut a při nitrožilním užití ihned. Hlavní příznaky intoxikace zmizí za 8 -24 hodin. Z těla se vylučuje převážně močí.

Zdravotní rizika

U dlouhodobých uživatelů pervitinu mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí. Závislý má poruchy spánku, pociťuje napětí, úzkost, neklid, panikaření, nevolnost, zvracení, třes, bolesti srdce a kloubů, zdravotní problémy z podvýživy, halucinace, stavy zmatenosti, deprese aj.

Další komplikace mohou nastat z nitrožilního užívání stejně, jak bylo popsáno u amfetaminů.

Předávkování

Při předávkování může dojít k tachykardii s aritmii, heperreflexii, vzestup tělesné teploty, křeče a delirium. Předávkovaný pociťuje těžkou bolest na hrudi a může upadnout do bezvědomí. U sportovců může dojít i k smrti, kvůli naprostému fyzickému vyčerpání.

Závislost

Na pervitinu rychle vzniká psychický návyk, má rychlý vzestup tolerance.²⁴

5.3. Kokain a crack

Kokain je silná stimulační droga, která se vyskytuje v horských oblastech Jižní Ameriky, převážně v Peru, Kolumbii a Bolívii. Vyrábí se z listů keře koky (Erythoxilon koka LAM – koka pravá). V lékařství se kokain používá jako lokální anestetikum, je součástí přípravku proti bolesti (Brompton´s Cocktail) a také k podpoření mentálních pochodů pacientů. Podle některých autorů je psychická závislost na kokainu vůbec nejsilnější.

Crack je volná báze kokainu, který vzniká smícháním s alkalickým činidlem (nejčastěji sodou, vápnem nebo i práškem do pečiva), dále pak s éterem, čpavkem a následnou tepelnou úpravou. Jeho název je odvozen od zvuku, který vydává při hoření.

²⁴MINAŘÍK J., cit. KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S 166-167, ISBN 80-86734-05-6

Historie

Listy koky žvýkali jihoameričtí domorodci už v roce 2500 př.n.l. jako pomoc při práci. Kokain v listech snižuje únavu a potlačuje pocit hladu. Původní obyvatelé Peru žvýkali listy koky během náboženských rituálů. Z listů koky byl kokain chemicky izolován v roce 1859 německým chemikem Albertem Neimannem a začal být používán v medicíně pro místní znecitlivění při drobnějších operacích.²⁵ Velkým zastáncem kokainu byl i Sigmund Freud, který doporučoval kokain i k léčbě drogové závislosti na morfinu. Změnil názor až poté, když viděl na lidech výsledky dlouhodobého užívání. V roce 1919 nejvyšší soud USA zakázal předepisovat kokain jako substituční lék pro závislé a postupně se užívání kokainu stávalo méně rozšířené. Velký rozmach užívání kokainu nastal opět v 70. letech, kde ho ve velkém užívali hvězdy zábavního průmyslu. Kokain si vysloužil nálepku „zlaté drogy“. S příchodem cracku se však image kokainu změnila od bílého bohatství k černé chudobě a násilí.²⁶ Kokain je kromě heroinu hlavní mafiánskou drogou. Kolumbijské drogové kartely si na dovozu kokainu do USA a Evropy vydělávají miliardy dolarů ročně.

U nás je kokain jen okrajovou drogou spíše vyšších vrstev.

Způsob použití

Kokain se nejčastěji užívá šňupáním. Injekční aplikace je méně častá. Crack se nejčastěji kouří v dýmkách nebo skleněných trubicích.

Účinky

Účinky jsou podobné jako u jiných stimulačních drog. Navozuje pocit pohody, mizí únavu a pocit hladu, zmizí zábrany. Intoxikovaný jedinec je veselý, družný, mnohomluvný. Zvyšuje se také sexuální pud. Tělesně se nástup účinku projeví zvýšením krevního tlaku, zrychlením pulsu, rozšířením zornic, pocením, bledostí. Když účinek vymizí, dostávají se stavy deprese, pocitu úzkosti a paniky, únavu.

²⁵ KUNDRLE S., cit. cit. KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S 85, ISBN 80-86734-05-6

²⁶ HARRY S., *Drogy, obrázkový průvodce*, Praha, Svojtka a Co, s.r.o., 2005, S 190-191, ISBN 80-7352-295-0

doba účinku

Rychlost nástupu závisí na formě podání. Účinky vrcholí v intervalu od patnácti do čtyřiceti minut a pak se vytrácejí. U cracku se účinky dostavují téměř okamžitě a jsou velmi intenzivní, odezní do patnácti minut. Jelikož jsou účinky krátkodobé, je potřeba k udržení dlouhodobější euforie velké zásoby.

Zdravotní rizika

Mezi nejčastější somatické účinky patří při užívání kokainu a cracku sucho v ústech, pocení, ztráta chuti k jídlu a zvýšený srdeční tep. Šňupání kokainu stahuje krevní cévy v nose. Když účinky zmizí, obnovuje se normální průtok krve a lidé tak prožívají příznaky těžkého nachlazení, rýmy, zánětů nosní dutiny a celkového podráždění horních cest dýchacích. Šňupání také vede k poškození sliznice a ztrátě čichu. Kuřáci cracku trpí chronickým kašlem, sípavým dechem a částečnou ztrátou hlasu.²⁷ Užívání kokainu je také velká zátěž pro kardiovaskulární systém. Může dojít k srdečním a mozgovým příhodám. Velké riziko také spočívá v kombinování kokainu s jinými drogami. Častá kombinace je „speedball“, kdy se kokain míchá s heroinem. Tato kombinace zvyšuje euforii a tak může snadno dojít k předávkování, dalším rizikem je míchání kokainu s drogami, které zvyšují krevní tlak nebo s antidepresivy.

Předávkování

Při předávkování se objevují záškuby a křeče, stoupá teplota a slábne krevní oběh. Úmrtí většinou nastává v důsledku ochrnutí dýchacího centra.

Odvýkací syndrom

Jakub Minařík²⁸ uvádí tři fáze odvykacího syndromu:

1) Bezprostředně po vysazení se dostavuje únava, dlouhý spánek, který může trvat i několik dní s krátkými přestávkami, kdy má jedinec silný pocit hladu. Dostavují se deprese a pocity úzkosti.

2) Poté, co se abstinující dostatečně vyspal a najedl a má dost sil, dostavuje se opět velmi silná touha po droze. Depresivní a úzkostné stavy stále přetrvávají. V této části odvykání dochází nejčastěji k relapsům.

3) V této fázi jsou již obtíže mírnější, odeznívají depresivní stavy. Tato fáze trvá obvykle několik týdnů až měsíců.

²⁷HARRY S., *Drogy, obrázkový průvodce*, Praha, Svojtka a Co, s.r.o., 2005, S 196, ISBN 80-7352-295-0

²⁸MINAŘÍK J., cit. KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České republiky, 2003, S 166, ISBN 80-86734-05-6

TOXICKÁ PSYCHÓZA

Dlouhodobé užívání výše zmiňovaných drog může vést k toxické psychóze. Stává se, že i po jedné vysoké dávce, se tento stav může dostavit. Nejčastěji jde o paranoidní syndrom („stíha“). Psychóza se rozvíjí většinou pozvolna. Hlavní rysy rozvinuté psychózy u uživatelů stimulačních drog jsou:

- paranoidní myšlenky, že jedince někdo pronásleduje, chce mu ublížit aj.
- zřetelné postižení nálady
- zrakové, sluchové, taktilní (hmatové) halucinace

Klinický obraz toxické psychózy je takřka shodný se schizofrenií. Jedinci s rozvinutou toxickou psychózou musejí být hospitalizováni. Mohou být nebezpeční sobě i jiným. Chybí jim kontakt s realitou. Uživatelé stimulancí velmi dobře reagují na antipsychotickou léčbu psychofarmaky a po léčbě odezní bez následků.²⁹

5.4. MDMA (EXTÁZE)

Extáze spadá do skupiny halucinogenních amfetaminů, protože vedle jejího stimulačního účinku navozuje i mírnější halucinace. Extáze se hojně užívá v různých hudebních klubech a na „parties“. Vysloužila si tak přezdívku „taneční droga“ nebo „droga technoscény“.

Chemicky je látka odvozena od amfetaminu, patří mezi fenyletylaminy a chemický název je 3,4-metylendioxy-N-metylmefetamin (MDMA). V čisté formě je to bílá, krystalická a velmi hořká látka. Na trhu se nejčastěji prodává ve formě tablet. Tablety mají různou barvu i tvar. Obsah MDMA v tabletách je různý. Mnohé z nich jsou bez této účinné látky, která je nahrazena např. amfetaminy, efedriny, kofeinem či ketaminem. Velké nebezpečí tkví v tom, že mohou obsahovat různé nebezpečné látky nebo jejich kombinace.

²⁹MINAŘÍK J., cit. KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České republiky, 2003, S 164-165, ISBN 80-86734-05-6

Historie

MDMA byla jako účinná látka patentována poprvé německou firmou Merck v roce 1912 jako lék na hubnutí. O tuto drogu však nebyl projevován žádný zájem. Moderní historie MDMA je spojena hlavně se jménem Alexandra Shulgina, který látku nasyntetizoval v 50-tých letech. V následujících letech se prováděli s touto látkou pokusy v psychoterapii. Zvláště pozitivně byla hodnocena schopnost introspekce a zlepšení schopnosti komunikace mezi lidmi se vzájemným silným citovým vztahem. Mezi indikační skupiny patřila posttraumatická stresová porucha (v této indikaci se nyní experimentálně zkouší), partnerská terapie a péče o smrtelně nemocné. MDMA se experimentálně používala také jako prostředek, který posiloval terapeutický účinek dynamické psychoterapie a prohluboval vztah pacient – terapeut.³⁰ Na ulici se droga dostala až v 70. letech v USA a dostala přezdívku „droga lásky“. Postupně se šířila přes Velkou Británii do ostatních států Evropy. Od té doby byla a stále je masově užívána mladými lidmi na tanečních parties všude na světě.

Způsob použití

MDMA se většinou vyskytuje ve formě tablet různých barev a tvarů, které se polykají. Může se vyskytovat i jako prášek v krystalické formě, který se nadrtí a dá se šňupat nebo se nechá rozpustit v pití.

Účinky

Mezi příznaky intoxikace patří pocity klidu a pohody, mizí stres, zlepší se nálada. Zároveň mizí pocity zloby, droga podporuje pocity empatie, lásky, zvyšuje se potřeba komunikace. I normálně plachý člověk nemá problémy se např. na taneční párty seznámit. Co se týká halucinogenních účinků, tak se dostavuje jen mírné rozostřené vnímání a celková fyzická a psychická stimulace. Mezi somatické účinky patří zvýšené napětí kosterního svalstva, někteří jedinci mohou cítit nevolnost, potí se,

³⁰MINAŘÍK J., cit. KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České republiky, 2003, S 200, ISBN 80-86734-05-6

stoupá jim krevní tlak a srdce bije rychleji, rozšíří se zornice. Ztrácí se chuť k jídlu a potřeba spánku.

Po odeznění účinku se mohou dostavit podobné stavy jako u amfetaminů. Klesá hladina serotoninu a jiných mozkových přenašečů, které způsobují příjemné pocity a dostávají se pocity úzkosti, deprese a jiné nepříjemné pocity, které trvají až tři dny.

doba účinku

Při ústním podání nastupují účinky v rozmezí dvacet minut až hodina. Při vdechování je to pět až deset minut. Doba účinku může trvat i několik hodin.

Zdravotní rizika

Mezi nejzávažnější komplikace MDMA patří hypertemie neboli přehřátí organismu. To se často stává na tanečních parties, kde jedinec tančí bez přestávky a zapomíná pít. MDMA poškozuje ledviny, játra a v podstatě celý kardiovaskulární systém. Velice nebezpečné je také kombinování extáze s jinými drogami. Dlouhodobé užívání extáze, může mít za následek trvalé snížení hladiny serotoninu.

Závislost

Nevyskytuje se žádná tělesná závislost nebo abstinenční příznaky. Někteří se však mohou stát psychicky závislí na celkovém životním stylu jezdit z párty na párty a užívat si tanec a zábavu pod vlivem extáze.

5.5. Celkové shrnutí příznaků užívání stimulantů

Rozšíření zornic, zrychlený tep, bdělost, neposednost, pocení, agresivita, záchvaty vzteku, podezíravost, třes, mnohomluvnost

Po odeznění účinku drogy

útlum, deprese, úzkost, únava, dlouhý spánek

Dlouhodobé užívání

nespavost, pocity pronásledování, toxická psychóza, pocení, vyrážky na kůži, oslabená imunita, větší náchylnost k nemocem, poruchy vidění, agrese, poškození jater, ledvin, úbytek hmotnosti, deprese

Další příznaky

problémy ve škole, ztráta původních zájmů, změna přátel, ztráta cenných věcí a peněz v domácnosti, celková změna chování

6. LÉČBA

Předávkování stimulanty

Při předávkování dochází k masivní úzkosti, psychotickým stavům nebo k deliriu, je přítomna hypertemie a hrozí srdeční selhání. Doporučuje se pacienta ochlazovat, nitrožilně podávat diazepam. Pokud se předávkuje ústním podáním drogy, tak je vhodné vypláchnout žaludek. Doporučuje se také acidifikovat moč kyselinou askorbovou a léčit hypertenzi např. Fentolaminem. Tachykardii a hypertenzi lze léčit beta blokátory.³¹

Léčba odvykacího syndromu

Jelikož při odvykacím syndromu nejsou přítomny těžší tělesné odvykací příznaky, není nutné nasazovat specifickou farmakologickou léčbu. Vhodná je psychoterapie a někdy lze podávat krátkodobě antidepresiva na léčení deprese a úzkosti po vysazení. Antidepresiva se volí tak, aby byla co nejméně toxická, snížila riziko předávkování a riziko interakce s dalšími látkami.³²

6.1. Lékařská ambulantní péče o závislé

Zařízení vede kvalifikovaný lékař s praxí v oboru a s atestací z oboru AT (alkoholismus a toxikomanie). Terapeutický tým se skládá z vedoucího lékaře, sekundárního lékaře, klinického psychologa, zdravotních sester, sociální pracovnice, a pokud je třeba, tak i administrativního pracovníka.

Přístup do ordinací AT mají všichni, kteří mají co dočinění s drogami nebo alkoholem. Nejedná se jen o závislé a problémové uživatele, ale i o ty, kteří drogy jen zkouší nebo jejich rodiče, příbuzní, spolužáci, kteří jsou ve styku s člověkem, který drogy užívá, a chtějí mu pomoci.

³¹NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislostí*, Praha, Psychiatrické centrum Praha, 1996, S. 46, ISBN 80-85121-52-2

³². NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislostí*, Praha, Psychiatrické centrum Praha, 1996, S. 47, ISBN 80-85121-52-2

Lékařské vyšetření

Lékař nejdříve pacienta komplexně vyšetří. Vyšetření se zabývá somatickým a psychickým stavem pacienta. Poté provede anamnézu. Ta se skládá z anamnézy objektivní, kterou uvádí doprovázející osoba (rodič, partner, škola) a z anamnézy subjektivní, kde pacient uvádí proč a za jakých okolností začal užívat drogy, jaký má názor na případné předcházející léčby, pokusy o abstinenci apod.

Klinické vyšetření

Klinické vyšetření stanovuje klinický psycholog. Vyšetření se týká osobnosti pacienta a jeho somatického a psychického stavu.

Laboratorní a pomocná vyšetření

Z laboratorních vyšetření se provádí vyšetření moči, vyšetření krevního obrazu a serologické vyšetření na virové hepatitidy A, B, C, vyšetření HIV a STD (sexuálně přenosné choroby).³³

6.2. Detoxifikační jednotky

Detoxifikací se rozumí zbavení organismu návykové látky a pomoci pacientovi překonat odvykací příznaky. Detoxifikační jednotky jsou určeny především těm klientům, u nichž by nebyla bezpečná detoxifikace v domácí prostředí. Detoxifikace má také připravit klienta na další léčbu.

Rozlišujeme medikované detoxifikace (využívající léky) a nemedikované detoxifikace, které se praktikují v zařízeních typu terapeutických komunit, které to považují za jakýsi test a motivaci k zájmu o léčbu.

Detoxifikační jednotky také zahrnují do svého denního programu strukturované aktivity s cílem ovlivnit postoje pacienta ke změně životního stylu a zvýšit jeho motivaci

³³HAMPL K., KALINA K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S 172-173, ISBN 80-86734-05-6

k dalšímu léčení. Obsahují edukační terapii, motivační trénink a jiné indikované formy intervence.³⁴

Prvky detoxifikace

- Toxikologické, somatické a psychiatrické vyšetření
- Zajistit bezpečnost pacienta
- Psychoterapie a léčba prostředím
- Farmakoterapie
- Prostředí, kde nejsou volně dostupné návykové látky
- Rodinná terapie
- Vnitřní diferenciací detoxifikačních jednotek
- Akupunktura³⁵

Detoxifikační jednotky nejsou u těžších forem závislostí dostačující intervencí. Zásadní význam má proto navazující péče.

6.3. Kontaktní centra

Kontaktní centra (K centra, „Káčka“) jsou nízkoprahová zařízení, která se orientují na první kontaktování a anonymní poskytování pomoci klientele s minimální motivací pro léčbu. Hlavním cílem je snižování zdravotních a sociálních rizik uživatelů drog („harmreduction“).³⁶ Tato centra poskytují výměnu injekčních stříkaček nebo zadarmo dávají kondomy (snaží se tím zamezit přenosu HIV, žloutenky a pohlavně přenosných chorob), často je také součástí provoz krizové telefonní linky.

³⁴ NEŠPOR K., cit. KALINA K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S 191, ISBN 80-86734-05-6

³⁵ NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislostí*, Praha, Psychiatrické centrum Praha, 1996, S. 40-41, ISBN 80-85121-52-2

³⁶ BEDNÁŘOVÁ Z., PELECH L., *Sociální práce na ulici*, Brno, Doplněk, 1999, S. 57, ISBN 80-7239-048-1

6.4. Denní stacionáře

Denní stacionáře poskytují péči zdravotní, sociální, psychoterapeutickou, ošetrovatelskou, výchovnou, rehabilitační apod.

Podstatou je strukturovaný program, který v sobě zahrnuje:

- přesný časový rozvrh
- soubor pravidel, která stanoví podmínky léčby
- vyvážená skladba programu (skupinové a individuální aktivity terapeutické, sportovní, pracovní, kulturní apod.)
- rozsah léčby minimálně 20 hodin týdně po dobu 3 až 6 měsíců³⁷

6.5. Terénní programy (streetwork)

Terénní práce je specifická forma sociální služby, poskytovaná přímo na ulici. Provádí jí sociální asistent a streetworker. Práce se zaměřuje především na:

tzv. *experimentátory*, to jsou většinou mladí lidé, kteří s drogami zatím „jen“ experimentují.

„děti ulice“

pravidelní uživatelé drog, kteří ještě nejsou v tíživé životní situaci, a proto nemají motivaci vyhledat sami pomoc

problémové uživatele v rozvinutém stupni závislosti

³⁷. KALINA K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S 179-180, ISBN 80-86734-05-6

Složky terénní práce

1. Výměna injekčního materiálu a jiných hygienických pomůcek. Slouží nejen jako prevence zdravotních rizik spojených s injekční aplikací, ale také k navázání kontaktu se streetworkerem.

2. Informace

Poskytování informací o účinku drog, jejich působení, důsledcích a rizicích. Důležité jsou také informace o dostupných formách pomoci.

3. Sociální a zdravotní poradenství

Je to velice důležitá složka terénní práce, protože mnoho klientů má zdravotní nebo právní potíže.

Terénní programy také provádějí monitoring drogové scény a sběr dat.³⁸

6.6. Ústavní léčba

Ústavní léčba má oproti té ambulantní výhodu v tom, že vytváří bezpečné prostředí, nepřetržitý dohled a odbornou pomoc a není zde dostupnost návykových látek. Klienti mají přesně strukturovaný program, jasný režim a pravidla a využívá různých terapeutických metod, které mají klientovi pomoci ujasnit si své postoje vůči drogám, získat sociální a komunikační dovednosti. Využívá se také skupinová, komunitní a individuální terapie, pracovní terapie a podílení se na chodu oddělení a zařízení a volnočasové aktivity.

Doba léčení:

krátkodobá – do 2 měsíců

střednědobá – 3-6 měsíců

³⁸HRDINA, KORČIŠOVÁ, cit. KALINA K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*, Praha, Úřad vlády České republiky, 2003, S 159-162, ISBN 80-86734-05-6

dlouhodobá – více jak 6 měsíců (ta probíhá převážně v terapeutických komunitách)

6.7. Terapeutické komunity

Terapeutická komunita je specializované pobytové zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci.³⁹

Základní principy terapeutických komunit podle Kratochvíla:

- aktivní podíl pacientů na léčení
- vytvoření dobré oboustranné komunikace na všech úrovních
- zvýšená rovnoprávnost v rozhodování
- kolektivnost
- sociální učení, při kterém dostává člen komunity rychlou zpětnou vazbu o tom, jak jeho chování působí na druhé
- vnitřní diferenciací komunity, tzn. členové, kteří jsou v ní déle a osvědčili se, získávají nad nováčky řadu výhod (návštěvy, propustky, soukromí)⁴⁰

Prvky terapeutického programu

Režim tvoří soubor pravidel programu terapeutické komunity. Časová struktura týdne se snaží co nejvíce blížit běžnému životu, tj. v pracovních dnech se uskutečňují jednotlivé aktivity v rozsahu 8 hodin denně. Dále se klienti účastní strukturovaných aktivit, které mají rozsah alespoň 20 hodin týdně. Během víkendu je více volna.

Každá komunita má svá pravidla a jejich porušení vede k různým sankcím nebo dokonce i vyloučením. Mezi ty základní patří: zákaz užívání drog a manipulace s nimi, zákaz násilného chování, závazek podřídit se rozhodnutí komunity, zákaz sexuálních vztahů.

³⁹ADAMEČEK, RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, cit. KALINA K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S 201, ISBN 80-86734-05-6

⁴⁰NEŠPOR K., cit. KALINA K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S 96, ISBN 80-85121-52-2

K aktivitám komunity patří skupinová sezení, individuální terapie, rodinná terapie, pracovní terapie, vzdělávání, volnočasové, sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity, sociální práce.⁴¹

Fáze léčby

1. Fáze – trvá do šedesáti dní. Během nich se posoudí, jestli je klient pro léčbu v komunitě vhodný. Klient se také během této doby seznamuje s pravidly komunity a jejím chodem. Poté se rozhodne, jestli chce vstoupit do další fáze.

2. Fáze – trvá zpravidla šest měsíců. Během této fáze by mělo dojít k socializaci, rozvoji osobnosti a lepšímu sebeuvědomování a sebepoznání. O vstup třetí fáze musí klient opět požádat a komunita jeho žádost zhodnotí.

3. Fáze – tato fáze klade důraz na praktické dovednosti potřebné v normálním životě. Účastníci se učí hospodařit s financemi, hledají si práci, shání bydlení

Dospívající v terapeutických komunitách

Dospívající závislí na návykových látkách jsou často vývojově opoždění, labilnější, nevyzrálí, citově deprimovaní a s nedostatkem sociálních dovedností. Peníze na drogy si pořizují výhradně jen kriminální činností. Mají nedokončenou základní školu, nemají žádné zájmy, záliby a cíle atd.

Proto práce s nimi vyžaduje značnou dávku trpělivosti, více emoční podpory a individuální péče než u dospělých závislých.⁴²

⁴¹ ADAMEČEK, RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, cit. KALINA K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, S 203-205, ISBN 80-86734-05-6

⁴² NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislosti*, Praha, Psychiatrické centrum Praha, 1996, S.. 104, ISBN 80-85121-52-2

6.8. Následná péče

Psychotherapie

Klienti, kteří jsou v následné péči, mají často různé traumatické zážitky, poruchy osobnosti, psychické problémy aj., se kterými se v normálním životě bez drog neumějí správně vypořádat. Následná péče by měla zahrnovat především podporu a motivaci ke spořádanému životu.

Psychotherapie může být individuální nebo skupinová a podle doby trvání rozlišujeme psychotherapii na krátkodobou (15 sezení v rozmezí 3 měsíců), střednědobou (3-6 měsíců s frekvencí 1-2 sezení týdně) a dlouhodobou (déle než 6 měsíců)⁴³

Prevence relapsu

Prevence relapsu hraje klíčovou složku následné péče. Je důležité dát klientovi podporu, pomoci mu získat náhled, naučit ho zvládat rizikové nebo psychicky náročné situace a celkově mu pomoci se začlenit do normálního života.

Sociální práce

Sociální pracovník pomáhá především klientům s dluhy, sociálními dávkami, se záležitostmi v trestním řízení, trestním rejstříku apod.

Chráněná pracovní místa a rekvalifikace

Najít si práci a mít normální režim je pro integraci do normálního života nezbytné. Pro některé závislé, kteří se vrací z léčby, to však není vůbec jednoduché. Nemají vzdělání, kvalifikaci ani pracovní návyky (výjimku tvoří jedinci, kteří přišli z terapeutických komunit). Jednou z forem pomoci jsou chráněné dílny a pracoviště, které nabízejí kromě základních pracovních návyků i možnost získat potřebnou kvalifikaci.

⁴³MIOVSKÝ, BARTOŠÍKOVÁ, cit, KALINA K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, s 36, ISBN 80-86734-05-6

Chráněné bydlení

Podle akreditačních standardů je chráněné bydlení prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování. Doba bydlení je poskytována jen na určitou dobu, která se stanoví předem. Podmínkou ubytování je účast klienta v doléčovacím programu podle individuálního terapeutického plánu.⁴⁴

⁴⁴www.vlada.cz/assetst/ppov/protidorgova-politika/certifikace/STANDARDY_SPECIÁLNÍ

7. PREVENCE

primární prevence, prevence v rodině, prevence ve škole, peer programy

7.1. Prevence obecně

Slovo prevence pochází z latinského *praeventus* a znamená zákrok předem, včasnou ochranu nebo obranu.

Cílem prevence je snížit škody způsobené návykovými látkami. Cílem není předat maximální počet informací bez ohledu na to, jak budou použity. Účinná prevence má ovlivnit chování ve smyslu podpory zdraví.

Preventivní strategie se dělí do dvou skupin:

1. snižování nabídky – menší dostupnost návykových látek
2. snižování poptávky – menší zájem o návykové látky

Obě tyto skupiny se navzájem prolínají a podporují.⁴⁵

Prevenci dělíme do tří skupin, a to na primární, sekundární a terciární.

primární prevence - primární prevencí se rozumí veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojených s rizikovými projevy chování, případně minimalizovat jejich negativní dopad, včetně dalšího šíření, nebo tyto problémy oddálit do co nejpozdějšího věku.

sekundární prevence - předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování. V tomto pojetí je sekundární prevence název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. Má za cíl podporu a pomoc vést smysluplný a spokojený život.

⁴⁵ NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislosti*, Praha, Psychiatrické centrum Praha, 1996, S.. 20, ISBN 80-85121-52-2

Terciární prevence - je zaměřena na osoby, které nejsou schopny či ochotny se rizikového chování vzdát. Cílem je tedy realizace specifické intervence a opatření vedoucích ke změně rizikového chování, jež by mohlo mít za následek poškození zdravotního stavu nebo jejich sociální situace. Jedná se o předcházení následků, dalším škodám rizikového chování. Patří sem např. nabídka čistých injekčních stříkaček, nabídka léčby, detoxikace a sociální pomoc.

Pavel Bém a Kamil Kalina spatřují vlastní smysl primární prevence v následujícím:

„ Užívání drog by nemělo být společensky akceptovatelnou formou chování mladých lidí“

V dnešní době je zcela normální, že mládež má vlastně za to, že normální je žít s drogou než bez ní. Proto je velmi důležité nabízet mladým lidem různé aktivity, které budou pro ně atraktivnější a zábavnější než drogy.⁴⁶

Zásady efektivní primární prevence

1) Kombinace mnohočetných strategií působících na různou cílovou skupinu (škola, rodina, vrstevníci, masmédia). Jde o to, že příčiny zneužívání návykových látek jsou značně různorodé, a proto je nutné preventivní programy koncipovat komplexně jako souhrn více faktorů a jako koordinovanou spolupráci různých institucí.

2) Kontinuita působení a systematickosti plánování. Jednorázové aktivity, jako jsou např. přednášky nebo celostátní protidrogové kampaně nejsou příliš efektivní. Jednostranné a zjednodušující informace mohou být i škodlivé.

3) Cílenost a adekvátnost informací a forem působení vzhledem k cílové populaci (demografické, sociokulturní charakteristiky). Každý preventivní program by měl být určen pro danou cílovou skupinu. Jiný bude program pro žáky páté třídy základní školy a pro žáky ze středních škol.

⁴⁶BÉM P., cit, KALINA K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*, Praha, Úřad vlády České republiky, 2003, S. 275, ISBN 80-86734-05-6

4) Propojenost prevence zneužívání nelegálních drog a prevencí problémů způsobených alkoholem a tabákem, jelikož i tyto dvě položky jsou drogy.

5) Včasný začátek preventivních aktivit. Ideální doba je už v předškolním věku. Čím dříve budeme na děti v tomto ohledu působit, tím více to budou mít vsugerované v pozdějším rizikovém období věku.

6) Pozitivní orientace primární prevence a ukázky konkrétních alternativ. Zde je důležité umět prodat zdravý životní styl a pozitivní alternativy.⁴⁷

7.2. Prevence v rodině

Nešpor a Scémy (1992) shrnuli hlavní zásady prevence v rodině takto:

1. Získat důvěru dítěte a umět mu naslouchat.
2. Umět s dítětem o návykových látkách mluvit.
3. Předcházet nudě.
4. Pomáhat dítěti přijmout hodnoty, které mu usnadní návykové látky odmítat.
5. Vytvořit zdravá rodinná pravidla.
6. Pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti.
7. Posílit sebevědomí dítěte.
8. Spolupracovat s dalšími dospělými.

Ze všech těchto bodů je jasné, že i přes dnešní uspěchanou dobu je nezbytné udělat si čas. Umět vypnout televizi nebo odložit noviny, když vám začne dítě něco vyprávět, zajímat se o to, co ho baví a snažit se ho v tom, co nejvíce podporovat a celkově být pozitivním vzorem.

⁴⁷. BÉM P., cit, KALINA K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, s 280, ISBN 80-86734-05-6

Je určitě také vhodné, aby si rodiče vyhledali informace o prevenci, drogách a jejich účincích a také seznámit se s mýty a omyly provázejícími zneužívání návykových látek. Jako zdroj informací mohou posloužit různé publikace, knihy, internetové zdroje, ale také například výchovný poradce nebo metodik prevence ve škole.

7.3. Prevence ve školách

Vedle rodiny je škola jednou z nejdůležitějších socializačních činitelů. Rodiče jsou už většinou v plném pracovním procesu a tak kromě výuky tráví děti svůj volný čas ve školních družinách a na různých zájmových kroužcích, které škola pořádá. Výchova se tak z větší části přesouvá na školu a školská zařízení. I ve své praxi ve škole se autorka často setkává s tím, že rodiče se snaží předat odpovědnost ve výchově svých dětí na školu.

Základním nástrojem prevence v resortu školství je *minimální preventivní program*, který je komplexním a systémovým v realizaci preventivních. Minimální preventivní program vypracovává školní metodik prevence ve spolupráci se všemi pedagogy, vedením školy a ostatními nepedagogickými pracovníky. Součástí MPP je i řád školy, ve kterém je jasně vyjádřen postoj zařízení k drogám legálním i nelegálním a následné kroky a opatření při jeho porušení.

Nejčastějšími formami preventivních programů ve školách byly informativní přednášky a besedy. Ukázalo se však, že nejsou moc efektivní. Naopak jako efektivní jsou hodnoceny interaktivní programy pro žáky vedené peer aktivisty, odborníky a proškolenými samostatnými pedagogy. Dále to jsou vrstevnické programy s využitím jejich pozitivního vzoru na cílovou skupinu.

Ministr školství, mládeže a tělovýchovy vypracoval metodický pokyn k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. Jsou zde uvedené body, představující hlavní činnosti, které mají vybrané instituce, které níže uvedu představovat.

1. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy

inovuje Koncepti prevence v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy,

Vytváří podmínky pro realizaci resortního systému prevence na národní úrovni v oblasti metodické a legislativní

koordinuje činnost přímo řízených organizací v oblasti prevence a efektivně využívá jejich odborného potenciálu v oblasti metodické, vzdělávací, výzkumu a metodologie, v oblasti kontrolní využívá odborný potenciál České školní inspekce.

2. Odbor školství, mládeže a tělovýchovy krajského úřadu

koordinuje činnosti jednotlivých institucí systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy na krajské úrovni,

soustavně vytváří podmínky pro realizaci Minimálních preventivních programů ve školách a školských zařízeních na úrovni kraje a kontroluje jejich plnění,

zabezpečuje vzdělávání pedagogů a dalších pracovníků školství

spolupracuje s institucemi dalších resortů, které realizují prevenci na krajské úrovni (krajský protidrogový koordinátor, popř. okresní protidrogový koordinátor, manager Komplexních součinnostních programů prevence kriminality, Policie ČR, Okresní hygienická stanice, zdravotnická zařízení atd.), a také s nevládními organizacemi,

jmenuje krajského odborníka prevence

2.1 Krajský školský koordinátor prevence

spolupracuje s krajským protidrogovým koordinátorem, okresním protidrogovým koordinátorem, krajskou (okresní) protidrogovou komisí, aj.,

monitoruje situaci ve školách a školských zařízeních v okrese z hlediska podmínek pro realizaci Minimálních preventivních programů a navazujících aktivit v oblasti prevence ve spolupráci s okresními metodiky preventivních aktivit zajišťuje pravidelné pracovní porady (semináře) školních metodiků prevence ze škol a školských zařízení, provádí kontrolu,

3. Okresní metodik prevence

Pracuje v pedagogicko psychologické poradně nebo středisku výchovné péče,
spolupracuje s krajským školským koordinátorem při organizaci pravidelných
porad školních metodiků prevence jednotlivých škol,

formou osobních návštěv ve školách a školských zařízeních pomáhá řešit
aktuální problémy související s výskytem drogového experimentu, hry na výherních
automatech, šikanování, šíření návykových látek, drobné trestné činnosti apod.,

průběžně mapuje situaci v oblasti výskytu sociálně patologických jevů v
jednotlivých školách a školských zařízeních v okrese,

spolupracuje s pedagogickými fakultami v oblasti vzdělávání školních metodiků
prevence v rámci Národní vzdělávacích osnov.

4. Ředitel školy a školského zařízení

vytváří podmínky pro poskytování poradenských služeb specializovaných
poradenských a preventivních zařízení pro žáky, rodiče a učitele,

při výskytu sociálně patologických jevů ve škole nebo ve školském zařízení
uvědomí o této skutečnosti krajského školského koordinátora prevence nebo jiného
odpovědného pracovníka krajského nebo obecního úřadu,

nese odpovědnost za Minimální preventivní program ve škole,

pověřuje do funkce školního metodika prevence a vytváří mu podmínky pro
další vzdělávání

zajišťuje vzdělávání pracovníků školy

vytváří podmínky pro poskytování poradenských služeb specializovaných
poradenských a preventivních zařízení pro žáky, rodiče a učitele

5. Školní metodik prevence

koordinuje přípravu Minimálního preventivního programu a jeho zavádění ve škole nebo školském zařízení,

odborně a metodicky pomáhá především učitelům odpovídajícím za výchovně vzdělávací předměty, ve kterých je možné vhodnou formou zavádět do výuky etickou a právní výchovu, výchovu ke zdravému životnímu stylu aj. oblasti preventivní výchovy,

poskytuje učitelům a ostatním pracovníkům školy nebo školského zařízení odborné informace z oblasti prevence,

sleduje ve spolupráci s dalšími pracovníky školy nebo školského zařízení rizika vzniku a projevy sociálně patologických jevů a navrhuje cílená opatření k včasnému odhalování těchto rizik a k řešení vzniklých problémů, informuje pracovníky školy nebo školského zařízení o způsobech řešení krizových situací v případech výskytu sociálně patologických jevů ve škole nebo školském zařízení,

zpracovává podklady pro informaci o Minimálním preventivním programu školy nebo školského zařízení pro okresního metodika prevence, popř. krajského školského koordinátora prevence.

6. Ředitel pedagogicko-psychologické poradny a ředitel střediska výchovné péče pro děti a mládež

vytváří podmínky pro realizaci prevence a plnění úkolů obsažených v "Koncepti prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy

zajistí v zařízení podmínky pro činnost okresního metodika preventivních aktivit, který je v pracovním poměru pedagogicko-psychologické poradny nebo střediska výchovné péče,

zajistí odbornou přípravu svých pracovníků pro práci v oblasti sekundární prevence a jejich proškolení v technikách odborné pomoci při řešení akutních osobních, školních, rodinných, a dalších problémů dětí a mladistvých,

věnuje pozornost vybavení pedagogicko psychologické poradny nebo střediska výchovné péče dostatečným množstvím odborných, osvětových a metodických materiálů pro primární i sekundární prevenci,

7. Ředitel diagnostického ústavu

zajistí metodické vedení a koordinaci činnosti metodika prevence v zařízeních pro ústavní a ochrannou péči.

vytváří podmínky pro realizaci prevence a plnění úkolů obsažených v "Koncepti prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy."⁴⁸

Školení pedagogů

Aby mohli učitelé a pedagogové včas rozpoznat nebezpečné rizikové chování u svých žáků a riziko sociálně patologických jevů, je důležité, aby byli řádně proškoleni.

Preventivním programům pro pedagogy se věnuje Institut Filia v roce 1994 a později se přidala řada dalších institucí a vzdělávacích agentur. Pedagogové se v rámci programu seznamují s historií a vývojem drogové problematiky, prevencí, legislativou, s druhy drog a jejich účinky a následnou léčbou a péčí o drogově závislé. Mají také k dispozici různé materiály a publikace.

Dobrý pedagog by se měl podle mého názoru o tuto problematiku opravdu zajímat a pokud možno účastnit se dobrovolně různých seminářů a přednášek. V dnešní době je to velice závažný fenomén, s drogou experimentují stále mladší děti a včasné odhalení problému může být zásadní.

⁴⁸ Mgr. ZEMAN E., v. r. ministr školství, mládeže a tělovýchovy, *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Praha, 2000, Čj.: 14514/2000 – 51, S 4-11

7.4. Peer programy

Principem peer programů je aktivní zapojení předem připravených vrstevníků. Význam anglického slova „peer“ je ovšem širší nežli jen vrstevník. Je to někdo, s nímž se cílová populace může ztotožnit.⁴⁹ Svou roli hraje tedy nejen věk, ale například i sociální situace, společné zájmy a zaměstnání.

Do vrstevnického programu jsou zapojeni studenti a žáci ve věku od 14 do 20 let, přičemž věkový průměr skupiny se pohybuje kolem 17 let. Převážná část propagace probíhá v průběhu samotných preventivních programů se třídami, které navštěvují Poradenské centrum v rámci dopoledních primárně-preventivních programů. Dále jsou to samotní peer aktivisté, kteří předávají a rozšiřují svoje zkušenosti z programu mezi své vrstevníky. Rovněž se osvědčila spolupráce se školními metodiky prevence.

Výběr dobrovolníků z řad žáků

Hlavním kritériem pro zařazení dobrovolníků (peer aktivistů) je to, že nesmí užívat drogy, kouřit a pít alkohol. Je také vhodné, aby uchazeči vedli zdravý životní styl (např. různé sportovní aktivity) neměli ve škole špatné známky. Při výběru se také prověří komunikační dovednosti a motivace.

motivace k účasti

Studenti jsou motivováni například tím, že získají mnoho cenných rad a zkušeností v oblasti mezilidských vztahů a komunikace, což se jim bude hodit v budoucím povolání, osvojí si dovednosti k ochraně svého zdraví a zdravého životního stylu, mohou pomoci jiným a být tak užiteční, dostanou osvědčení, program bude probíhat během vyučování.

Výcvik peer aktivistů

Ideální doba výcviku je 4x1 jedna hodina po dobu 4 týdnů nebo 2x2 hodiny během čtrnácti dnů.

⁴⁹NEŠPOR K., *Metodika prevence ve školním prostředí*, Praha, Frontis, 2003 S 3

Klasický peer program:

Před zahájením programu si je potřeba ujasnit pravidla komunikace!!!!

hodina

Motivovat ke zdravému životnímu stylu a odmítání návykových látek, zdůraznit výhody zdrženlivosti, nikoli rizik návykových látek.

Úkol: během 2 min. napsat co nejvíc nápadů proč je výhodné nekouřit.

Vyhodnocení: spočítejte, kolik máte nápadů, zvolte si mluvčího - ten, kdo má nejméně, přečte, ostatní si značí, co mají společného. Další už přečte jen ty, které ještě nezazněly. Pak další skupina. Ostatní se mohou k námětům vyjadřovat. Postupně je potřeba dbát na správnost vyjadřování.

Úkol. Během 2 minut napište co nejvíc nápadů na téma:

Proč je výhodné být zdrav?

Proč je dobré nadměrně nepít alkohol a nebrat drogy?

Mluvčí předstoupí a provede ucelený výklad, ostatní ho mohou doplňovat.

Závěr: Vypočítat, kolik ušetří za deset let ten, který nekouří (krabička cigaret stojí 80,-Kč).

Pak aktivisté odpovídají na písemné dotazy ostatních - mohou se aktivisté před odpovědí spolu poradit.

hodina

Úkol: Vyjmenuj co nejvíce lepších možností, než je kouření (alkohol, drogy, jak zahnat nudu)

Vyhodnocení stejně jako v první hodině.

Úkol: Co může člověk udělat, když má trápení? Upozornit, že je nutné, aby spolu členové skupiny téma rozdiskutovali a mluvčí se o tématu rozhovořil.

Druhá část hodiny - vhodná relaxace - vysvětlit smysl a správné provádění.

hodina

Tato hodina se týká způsobů, jak odmítat alkohol, tabák, drogy. Zdůraznit, že umět odmítnout je dobré i v jiných situacích, než jsou návykové látky.

Způsobů je hodně:

Odmítnutí vyhnutím se (kvalitní využití volného času, správná životospráva)

Rychlé způsoby - souvisí s neverbální komunikací

ignorování - nevidím, neslyším

odmítnutím gestem

jasné ne, nechci

Zdvořilé způsoby - spojené s uměním konverzace

odmítnutí s vysvětlením

nabídnutí lepší možnosti

převedení řeči jinam

odmítnutí s odložením (ne děkuji, dám si později) – toto není vhodné, protože dealeři si pamatují

Důrazné způsoby - předvádí aktivista vůči někomu sociálně zdatnému

porouchaná gramofonová deska- odpovídá stále to samé „já nechci“ bez ohledu na to, co nabízející říká

odmítnutí protiútokem - vybrat si na nabízejícím něco, co se mi nelíbí a zdůraznit to – nenacvičovat, jen říct, pozor na fyzický útok nabízejícího

Královské způsoby odmítnutí - důležité pro lidi, se kterými se setkáváme pravidelně - spolužáci, sousedé apod.

odmítnutí jednou pro vždy - ze zásady nekouřím, nepiji apod.

odmítnutí jako pomoc - já nekouřím a ty s tím taky raději přestaň, není to moderní

Na závěr udělat diskusi o tom, který způsob jim nejvíce vyhovoval, co šlo špatně, co by mohli kombinovat.

hodina

Utvrzovací hodina - v první části se zaměřit na zdravý způsob života

V čem je na tom lépe společnost, ve které se nekouří (nepije alkohol, neberou drogy).

Rozbor reklam na návykové látky - v čem jsou nepravdivé

Vyrobít reklamu na zdravý způsob života. Slogan nebo scénář na TV šot

Cvičení na rozvoj tvořivosti, relaxace, tělesná cvičení apod.

Zásady:

Při realizaci programu by dospělý neměl dělat to, co zvládnou děti (mládež).

Zaměstnat aktivisty, když žáci pracují.

Aktivisté stopují čas, dávají signály k ukončení aktivity.

Optimální počet peer spolupracovníků je 8-10.

Pokud některý z aktivistů zjistí, že mu tato práce nevyhovuje, má právo kdykoliv odejít.

Krátká schůzka před a po hodině - povzbuzení a zhodnocení.

Ideální také je, když je peer aktivista alespoň o jeden nebo dva roky starší, než žáci, s nimiž pracuje. Přece jen vzbuzuje větší respekt, ale na druhou stranu se s ním mohou žáci ztotožnit.

8. LEGISLATIVA

8.1. Zákon o soudnictví ve věcech mládeže

Zákon č. 218/2003 Sb.

Odpovědnost mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže

8.1.1. Účel zákona

(1) „Tento zákon upravuje podmínky odpovědnosti mládeže za protiprávní činy uvedené v trestním zákoníku, opatření ukládaná za takové protiprávní činy, postup rozhodování a výkon soudnictví ve věcech mládeže.“

(2) „Projednáváním protiprávních činů, kterých se dopustili děti mladší patnácti let a mladiství, se sleduje, aby se na toho, kdo se takového činu dopustil, užilo opatření, které účinně přispěje k tomu, aby se nadále páčání protiprávního činu zdržel a našel si společenské uplatnění odpovídající jeho schopnostem a rozumovému vývoji a podle svých sil a schopností přispěl k odčinění újmy vzniklé jeho protiprávním činem; řízení musí být vedeno tak, aby přispívalo k předcházení a zamezování páčání protiprávních činů.“

(3) „Pokud tento zákon nestanoví jinak, užije se na toho, kdo v době spáčení činu nepřekročil osmnáctý rok věku, obecných právních předpisů.“

8.1.2. Trestní odpovědnost mladistvých

(1) „Mladistvý, který v době spáčení činu nedosáhl takové rozumové a mravní vyspělosti, aby mohl rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný.“

(2) „Dopustí-li se mladistvý uvedený v odstavci 1 činu jinak trestného nebo není-li z jiných zákonných důvodů trestně odpovědný, lze vůči němu použít vedle

ochranných opatření (§ 21) obdobně postupů a opatření a opatření uplatňovaných podle tohoto zákona u dětí mladších patnácti let. „

Zánik trestnosti – účinná lítost a promlčení trestného stíhání

Trestnost činu spáchaného mladistvým zaniká, jestliže mladistvý po spáchání činu projevil snahu následek dobrovolně napravit nebo se o to pokusil a také pokud čin neměl trvale nepříznivé následky pro poškozeného nebo pro společnost.

Další podmínkou zániku je, že trestnost činu nesmí být vyšší, než za kterou by trestní zákoník určil horní hranici pět let odnětí svobody.

Trestnost činu zaniká uplynutím promlčecí doby, jež činí:

- a) deset let, jde-li o provinění, na které trestní zákoník stanoví výjimečný trest,
- b) pět let, činí-li horní hranice trestní sazby odnětí svobody nejméně deset let,
- c) tři léta u ostatních provinění

8.1.3. Opatření ukládaná mladistvým

- a) Výchovná opatření
- b) ochranná opatření
- c) trestní opatření

Výchovná opatření

Nejmírnější druh opatření ukládaných mladistvým. Lze je uložit nejdéle na dobu tří let. Výchovnými opatřeními jsou:

1. Dohled probačního úředníka

„Dohledem probačního úředníka se rozumí pravidelné sledování chování mladistvého v jeho rodině a způsobu výchovného působení rodičů na něj, kontrola dodržování uloženého probačního programu a výchovných povinností a omezení uložených mladistvému soudem pro mládež a v přípravném řízení státním zástupcem

nebo vyplývajících ze zákona a jeho pozitivní vedení probačním úředníkem k životu v souladu se zákonem.“

Probační úředník by měl mladistvému pomoci s nastávající situací a pokusit se, aby v budoucnu vedl řádný život. Kontroluje jeho chování a snaží se zajistit, aby se trestná činnost mladistvého už neopakovala. Probační pracovník pracuje ve spolupráci se sociálním pracovníkem, kurátorem pro mládež, sociální kurátorem a samozřejmě policií.

Mladistvý má za povinnost s probačním úředníkem spolupracovat dle probačního plánu, který mu byl stanoven, informovat ho o svém pobytu, zaměstnání, dodržování výchovných omezení a povinnostech.

2. Probační program

„Probačním programem se rozumí zejména program sociálního výcviku, psychologického poradenství, terapeutický program, program zahrnující obecně prospěšnou činnost, vzdělávací, doškolovací, rekvalifikační nebo jiný vhodný program k rozvíjení sociálních dovedností a osobnosti mladistvého, a to s různým režimem omezení v běžném způsobu života, který směřuje k tomu, aby se mladistvý vyhnul chování, které by bylo v rozporu se zákonem, a k podpoře jeho vhodného sociálního zázemí a k urovnání vztahů mezi ním a poškozeným.“

Tento program schvaluje ministr spravedlnosti. V tomto programu je mladistvému většinou uloženo, aby se dle svých možností pokusil o náhradu svého činu.

3. Výchovné povinnosti

Výchovné povinnosti ukládá soud pro mládež a v přípravném řízení státní zástupce. Tyto povinnosti směřují k zajištění řádného života mladistvého. Mezi tyto povinnosti patří např.: bydlet s rodiči nebo jiným dospělým, který má za něho odpovědnost, nahradit způsobenou škodu, podrobit se léčení závislosti, vykonávat ve svém volném čase společensky prospěšnou činnost atp.

4. *Výchovná omezení*

Výchovná omezení ukládá soud pro mládež a v přípravném řízení státní zástupce. Tato omezení jsou ukládána proto, aby zabránila mladistvému v konání další trestné činnosti. Výchovná omezení nesmí narušit přípravu mladistvého na jeho budoucí povolání a plnění školních povinností. Můžeme sem zařadit zejména to, aby:

nenavštěvoval určité akce a místa, která nejsou pro mladistvého vhodná, nestýkal se s určitými osobami, nežíval návykové látky, neměl zaměstnání bez udání důvodu a ohlášení to probačnímu úředníkovi.

5. *Napomenutí s výstrahou*

Soud pro mládež a v přípravném řízení státní zástupce důrazně vytkne mladistvému protiprávnost jeho činu a upozorní ho na konkrétní důsledky, jenž mu hrozí, pokud by se v budoucnu dopouštěl další trestné činnosti.

Ochranná opatření

1. *Ochranné léčení*

Ochranné léčení ukládá soud. Můžeme sem zařadit léčení protialkoholní, psychiatrické, protitoxikomanické, sexuologické apod.

2. *Zabezpečovací detence*

Zabezpečovací detence, je v podstatě ochranné léčení, které je vykonáváno v ústavu pro výkon zabezpečovací detence se zvláštní ostrahou a s léčebnými, psychologickými, vzdělávacími, pedagogickými, rehabilitačními a činnostními programy.

3. *Ochranná výchova*

Soud pro mládež může mladistvému uložit ochrannou výchovu, pokud o výchovu mladistvého není náležitě postaráno, dosavadní výchova byla zanedbána

nebo prostředí, ve kterém mladistvý žije, neposkytuje záruku jeho náležité výchovy a nestačí uložit výchovná opatření.

Ochranná výchova může trvat nejdéle do dovršení devatenáctého roku.

Trestní opatření

1. *Obecně prospěšné práce*

Horní hranice je poloviční oproti trestu obecně prospěšných prací ukládanému dospělým pachatelům, obecně prospěšné práce nesmí ohrožovat zdraví, bezpečnost nebo mravní vývoj mladistvých.

2. *Zákaz vstupu na kulturní, sportovní a jiné společenské akce*

Mladistvému může být tento trest uložen nejdéle na dobu pět let.

3. *Zákaz činnosti*

Tento trest může soud mladistvému uložit, není-li to na překážku přípravě na jeho povolání. Tento trest nesmí převyšovat pět let

4. *Vyhoštění*

Lze uložit jen cizincům, kteří v České republice nemají rodinu a nemají zde ani azyl.

5. *Peněžité opatření*

Toto opatření se ukládá, jen pokud je mladistvý výdělečně činný nebo jeho majetkové poměry uložení takového trestního opatření umožňují. Soud pro mládež uloží peněžité opatření od deseti do třistašedesátipěti denních sazeb, přičemž jedna denní sazba činí nejméně 100 Kč a nejvíce 5 000 Kč.

6. Peněžité opatření s podmíněným odkladem výkonu

Soud v podstatě pohrozí mladistvému peněžitým opatřením. Mladistvému se stanoví zkušební doba na jeden rok až tři léta. Po tuto dobu musí odsouzený vést řádný život.

7. Odnětí svobody

Lze uložit jen tehdy, když by žádná jiná opatření nepostačovala k dosažení účelu tohoto zákona. V případech, kdy by dospělému pachateli mohl být uložen výjimečný trest, může být opatření odnětí svobody uloženo mladistvému až na 10 let. Toto trestní opatření se vykonává odděleně od dospělých odsouzených ve zvláštních věznicích pro mladistvé nebo alespoň ve zvláštním oddělení věznice.

8. Podmíněné odsouzení a podmíněné odsouzení s dohledem

Mladistvému se stanoví zkušební doba, a pokud v ní nepovede řádný život, bude muset vykonat odnětí svobody v příslušné věznici pro mladistvé.

Řízení ve věcech dětí mladších patnácti let

Děti do patnácti let nejsou trestně odpovědné, tj. nemohou být stíhány za spáchání trestného činu. Pokud se dopustí jednání, které jinak nese znaky trestného činu, koná se řízení podle občanského soudního řádu (tedy nikoliv podle trestního řádu). V tomto řízení musí mít dítě opatrovníka (zpravidla jím je advokát). Pokud soud neupustí od uložení opatření, může dítěti uložit:

1. dohled probačního úředníka,
2. zařazení do terapeutického, psychologického nebo jiného vhodného výchovného programu ve středisku výchovné péče,
3. ochrannou výchovu

8.2. Legislativa a drogy

Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami

Trestní zákoník zákon č. 40/2009 Sb. pak ve znění zákona č. 306/2009 Sb. § 283-289

Nedovolená výroba OPL

Pachatel může být potrestán odnětím svobody na jeden až pět let či peněžitým trestem. Pokud pachatel způsobí vážnou újmu na zdraví či smrt, spáchá tento čin ve spojení s organizovanou skupinou nebo ve velkém rozsahu, zvýší se trest odnětí svobody až na osmnáct let.

Přechovávání OPL

Na jeden rok odnětím svobody, zákazem činnosti nebo peněžitým trestem, bude potrestán ten, kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává ve větším než malém množství omamnou látku obsahující THC. Pokud se jedná o jinou omamnou nebo psychotropní látku je trest navýšen až na dva roky a až na osm let pokud je tento čin páčán ve velkém rozsahu

Pěstování rostlin a hub obsahující OPL

Až na šest měsíců odnětím svobody, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo majetku bude potrestán ten, kdo pěstuje rostlinu konopí v množství větším než malém. Až na jeden rok ten, kdo pěstuje jinou rostlinu nebo houbu obsahující OPL. A až na pět let ten, kdo tento čin spáchá ve značném rozsahu.

Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL

Za tento čin, může být pachatel potrestán odnětím svobody na dva roky až pět let, peněžitým trestem, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo majetku.

Šíření toxikomanie

Odnětím svobody na jeden rok až pět let, zákazem činnosti nebo peněžitým trestem bude potrestán ten, kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než je

alkohol nebo ho v tom podporuje anebo ho ke zneužívání takové látky podněcuje nebo šíří. Pokud se tento čin páchá na dítěti mladší patnáct let, může být pachatel potrestán až na osm let odnětí svobody.

Nařízení vlády č. 467/2009 Sb.

V tomto nařízení se pro účely trestního zákoníku stanoví, kdy se v souvislosti s drogou jedná o přestupek a kdy už jde o trestný čin a také jaké množství je větší než malé u OPL viz příloha č.

Zákon č. 273/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách

Tento zákon upravuje zacházení s návykovými látkami, jejich vývoz, dovoz a tranzitní operace s nimi, zacházení s přípravky obsahujícími návykovou látku, pěstování konopí, máku a koky a vývoz, dovoz a zneškodňování makoviny.

Zákon č. 305/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami

Tento zákon stanoví opatření směřující k ochraně před škodami na zdraví způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a opatřeními omezující dostupnost tabákových výrobků a alkoholu.⁵⁰⁵¹⁵²

⁵⁰ www.mvcr.cz

⁵¹ www.prevence-praha.cz

⁵² JELÍNEK, J., *Trestní zákoník a trestní řád*, Praha, Leges, 2011, ISBN 978-80-87212-99-8

8.3. Drogová politika

Úvod do drogové politiky

Do roku 1960 jsou drogy pokládány za globální problém, kterým se zabývali kriminalisté, lékaři a psychiatři.

1960-1990 drogy se stávají společenským problémem.

Od roku 1990 se v Globálním akčním plánu OSN z roku 1991, charakterizují drogy jako problém globální.⁵³

8.3.1. Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018

Vláda ČR se svojí protidrogovou politikou hlásí k mezinárodním úmluvám OSN o drogách, k Politické deklaraci o základních principech snižování poptávky po drogách. Zvláštního zasedání Valného shromáždění OSN z června 1988, Politické deklaraci a Akčnímu plánu o mezinárodní spolupráci, k závěrům Dublinské konference a o podobě budoucí protidrogové strategie Evropské unie – Cesta vpřed z května 2004 a k Programu Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny v 21. století.

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018 navazuje na cíle opatření Protidrogové strategie EU (2005-2012) a Protidrogového akčního plánu EU na období 2009-2012⁵⁴

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018

Národní strategie 2010-2018 je klíčovým koncepčním dokumentem Vlády ČR a zároveň programovým vyjádřením postupů a záměrů vlády při řešení problémů užívání drog.⁵⁵

⁵³KALINA, K a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6

⁵⁴*Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018*, Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, úřad vlády České Republiky, 2011. S 9, ISBN 978-80-7440-045-2,

Hlavní funkce jsou:

1. vytyčit základní přístupy a cíle, stanovit priority národní protidrogové politiky jak pro všechny články veřejné správy, tak pro širokou veřejnost,
2. vymezit organizační rámec protidrogové politiky, odpovědnost a kompetence veřejné správy v protidrogové politice,
3. připojit veřejnou správu a nestátní i svépomocné organizace,
4. nabídnout institucím, organizacím a společnosti možnost aktivně se zapojit do realizace národní protidrogové politiky a přispět k naplňování jejich cílů,
5. informovat laickou i odbornou veřejnost o podobě Národní protidrogové politiky ČR

8.3.2. Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013-2015

ze dne 27. března 2013

Funkce akčního plánu

Akční plán je nástrojem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018), kterou vláda České republiky schválila svým usnesením č. 340 ze dne 10. května 2010.

4 hlavní cíle Národní strategie 2010-2018:

1. snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi,

⁵⁵Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018, Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, úřad vlády České republiky, 2011. S 12, ISBN 978-80-7440-045-2,

2. snížit míru problémového a intenzivního užívání drog,
3. snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost,
4. snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi.

Priority akčního plánu

- 1) snížit míru nadměrného užívání alkoholu a míru (intenzivního) užívání konopí mladými lidmi

Česká Republika se objevuje v různých srovnávacích žebříčcích v pití alkoholu a užívání konopí na prvních místech. Aktivity protidrogové politiky by se měly zaměřit na různé protidrogové programy ve školách. Důraz by měl být kladen na metody screeningu (metoda vyhledávání časných forem nemocí nebo odchylek od normy formou testů) a včasné intervence do praxe v různých systémech a prostředích (školy, lékaři, sociální služby) a zavedení specifických intervencí pro cílovou skupinu intenzivních uživatelů konopí. Také se uplatňují jak různá regulační a legislativní opatření, tak různé cílené kampaně.

- 2) zaměřit se na vysokou míru problémového užívání pervitinu (metamfetaminu) a opiátů

Nejvíce se na nárůstu podílejí uživatelé pervitinu, zatímco počet uživatelů opiátů je stabilizovaný. Akční plán se zaměřil na omezení dostupnosti prekursorů na výrobu pervitinu. Tato opatření byla účinná na území našeho státu, ale zato se podpořil dovoz těchto léků ze zahraničí, a proto se chce akční plán zaměřit na mezinárodní spolupráci při omezení dostupnosti prekursorů. Dále se chce tento akční plán zaměřit na hledání nástrojů k přenesení vědeckých poznatků a možné dobré praxe v oblasti farmakologické léčby uživatelů pervitinu, stejně jako je u opiátů farmakologická substituční léčba.

- 3) Zefektivnit financování protidrogové politiky

V rámci této priority jde zejména o změnu stávajícího způsobu financování preventivních, léčebných, poradenských, harm reduction služeb pro uživatele návykových látek a jejich blízké.

Integrovaná protidrogová politika

– aktivity snižující nadměrné užívání alkoholu a reflektující jeho dopady

Nedostatky přetrvávají zejména v koordinaci a implementaci problematiky kontroly v oblastech výroby, distribuce a užívání alkoholu, nedostatky se také projevují v nižší dostupnosti dat o rozsahu a důsledcích užívání alkoholu a tabáku, o realizovaných opatřeních, nebo se jedná o nedostatečně realizovaných opatřeních, nebo o nedostatečně definovanou síť a spektrum specializovaných adiktologických služeb určených uživatelům legálních drog nebo integraci uživatelů alkoholu – pro něž řada srovnatelných služeb v ČR stále chybí.

Podle Světové zdravotnické organizace jsou metody pro omezování škodlivého užívání alkoholu nejúčinnější ty, které jsou postavené na regulaci a kontrole. Jde o balík opatření jako je např. regulace prostředí/trhu s alkoholem, snížení fyzické dostupnosti alkoholu - regulace počtu prodejních míst, hodin prodeje, omezení nebo zákaz reklamy na alkohol a propagování alkoholu, striktní vymáhání propagace alkoholu, striktní vymáhání práva ve vztahu k řízení pod vlivem alkoholu, k podávání alkoholu nezletilým a podávání alkoholu podnapilým osobám.⁵⁶

⁵⁶ *Akční plán realizace protidrogové politiky na období 2015-2018*, Úřad vlády České republiky, Praha, 2013, S 9-11

EMPIRICKÁ ČÁST I.

PŘÍPADOVÉ STUDIE

Cíl výzkumu

V této části diplomové práce se autorka bude podrobněji zabývat případy tří klientů terapeutické komunity. Cílem práce je podrobně popsat životní příběh lidí, jež se stali závislými na drogách, poukázat na podobnosti nebo rozdíly začátku a průběhu jejich drogové kariéry a poukázat v závěru na možnosti a nápravu z pohledu speciální pedagogiky.

Případová studie – „výzkumná metoda v empirickém pedagogickém výkonu, při níž je zkoumání podroben jednotlivý případ (např. žák, jednotlivá třída, učitel apod.). Ten je detailně popsán a vysvětlován, takže se dochází k takovému typu objasnění, jehož při zkoumání týchž objektů v hromadném souboru nelze dosáhnout. Výhodou metody je možnost hlubokého poznání podstaty případu, nevýhodou omezenost a zobecnitelnost výsledků.⁵⁷

Dotazník – výzkumný a diagnostický prostředek ke shromažďování informací prostřednictvím dotazování osob. Podstatou je soubor otázek zkonstruovaný podle kritérií vědecké metodologie, předkládaný v písemné formě.⁵⁸

Metoda výzkumu

Při výzkumu bylo použito kvalitativních metod (osobní a rodinná anamnéza, rozhovor a hodnocení a psychologa a terapeuta) a pro doplnění také kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření, které je uvedeno v příloze.

⁵⁷ PRŮCHA J., WALTEROVÁ E., MAREŠ J., *Pedagogický slovník*, Praha, Portál, 2003, S 188 ISBN 80-7178-722-8

⁵⁸ PRŮCHA J., WALTEROVÁ E., MAREŠ J., *Pedagogický slovník*, Praha, Portál, 2003, S 49 ISBN 80-7178-722-8

Výběr účastníků

U kvalitativního výběru jde o výběr záměrný. Záměrný výběr je potřebný proto, aby vybrané osoby byly vhodné, tj. jinak, aby měli potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí.⁵⁹ Hlavní podmínkou pro výběr účastníků k této diplomové práci, byla závislost na stimulačních látkách.

Při dotazníkovém šetření byli respondenti vybíráni z osmých a devátých tříd několika základních škol a také žáci středních škol.

⁵⁹ GAVORA, P.: *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, S 200 ISBN 80-85931-79-6

9. VLASTNÍ ŠETŘENÍ

KATKA

Věk: 22 let

Katce je diagnostikován syndrom závislosti na pervitinu. Katka je lucidní, plně se orientuje, spolupracuje, odpovědi adekvátní, řeč plynulá, intelektuální a kognitivní funkce v normě, bez poruch vnímání, bez sebevražedných úvah, závislost bez odvykacích potíží a bez intoxikace. Léčebný plán určený Katce je standardní komunitní terapie a rodinná terapie. Katka uvádí, že nejdůležitější pro ni v léčbě je ustát svůj názor. Katka měla velmi tragické vztahy s partnery, má nízké sebevědomí a chtěla by na tom pracovat, aby měla schopnost najít si v budoucnu partnera bez drog.

Rodinná, osobní a sociální anamnéza

Matka Katky je podnikatelka, je zdravá, pije příležitostně, je kuřačka. Otec je manažer, pije příležitostně, kuřák. Bratr studuje na vysoké škole, je kuřák. Je o 2 roky starší. Byl vždy průbojnější a silnější. Měla s ním velmi dobré vztahy. Jako jediný věděl, že znovu začala brát drogy po prvním odchodu z terapeutické komunity. V rodině se nevyskytují žádné psychické nemoci ani závislosti. Většinu dětství pobývala Katka u prarodičů, protože rodiče trávili spoustu času v zaměstnání. Dětství měla harmonické, bez problémů. S rodiči měla také velmi dobrý vztah.

Katka nenavštěvovala jesle. V mateřské škole se jí vždy stýskalo a hodně plakala. Do první třídy nastoupila v sedmi letech, odložený nástup měla pro nedostatečnou školní zralost. Ve škole se jí dařilo, mívala vyznamenání. Asi do páté třídy měla nadváhu a spolužáci se jí posmívali. Poté zhubla, ale od šesté třídy začala nosit brýle a rovnátka, což jí opět velmi snížilo sebevědomí. Během celé základní školy nekouřila ani nepila. Na střední školu nastoupila na obor cestovní ruch. Začala bydlet na internátě. V 15 letech začala kouřit, chodit na diskotéky a do hudebních klubů. Na internátě se jí nelíbilo a tak přešla po půl roce do školy do Prahy, aby mohla bydlet zase doma u rodičů. Na škole v Praze se jí rapidně zhoršil prospěch a školu přerušila.

Později se ale do školy vrátila a po maturitě nastoupila na VŠ na obor ekonomie. Po půl roce přešla na FF UK.

V 15 letech začala kouřit a pít alkohol, v 16 letech začala kouřit marihuanu. V 17 letech vyzkoušela extázi, LSD, pervitin. V tu dobu začala navazovat vztahy s partnery. V 18 letech odjela s kamarádkami o prázdninách do Francie, kde hodně kouřila hašiš. Po návratu začala víkendově užívat pervitin. Po krátké době, ho s kamarádkou zkusila nitrožilně. Den poté její nejlepší kamarádka zemřela při autonehodě. Od toho dne začala užívat pervitin denně a od přítele dostávala i heroin. Za drogy platila z kapesného od rodičů. Když jí kapesné přestalo stačit, začala doma krást peníze a cennosti. Za rok jí rodiče odvezli do rezidentní léčebné komunity, kde jí po měsíci vyloučili za vztah. Během učení na maturitu začala opět brát pervitin. Během studií na vysoké škole začala navštěvovat psychiatrii.

Podle výsledků psychotestů jí byla indikována paranoia, psychastenie, velká úzkost, strach, nutkavost, deprese, nízká sebeúcta, submisiva, neschopnost pozitivní sebe-instrukce a používání únikové strategie z obtížných situací.

Problémové rysy klientky, získané pozorováním z jednotlivých sezení terapeutické komunity

Při spolupráci s rodinou Katky se řeší obvykle její dluhy a rodina má především zájem, aby byla Katka spokojená a šťastná, zejména prostřednictvím peněz. Katka má stále tendence vzdávat se zodpovědnosti. V programu komunitní léčby je pracovitá, bere si úkoly i za druhé. Vidí-li chyby druhých a vnímá, že jim chyby prochází jinak než u ní, pocituje sebelítost. Snaží se o vnitřní proměnu, aby když řekne ne, tak aby svůj postoj obhájila. Má pocit, že je méně milována, než ostatní. Plán léčby se zatím Katce daří. Mění se k lepšímu, více si dokáže stát za svým. Zlepšuje se i její vztah k matce. Problematické jsou stále některé vztahy ke klientům – mužům, kdy se projevuje její submisivita a snižování sebehodnocení. Vytváří spíše koalice s klienty a klientkami, kteří mají nekonfliktní a menší nároky ve vztazích.

PETR

věk: 23 let

Petr má diagnostikovaný syndrom závislosti v užívání látek pervitin a heroin. Petr je lucidní, plně se orientuje, spolupracuje, odpovídá adekvátně, řeč má plynulou, intelektuální a kognitivní funkce má v normě, bez poruch vnímání a bez suicidních úvah, má polymorfní závislost, je bez odvykacích obtíží a bez intoxikace. Léčebný plán je standardní komunitní terapie a rodinná terapie. Petr jako nejdůležitější v léčbě vidí urovnání vztahů s rodinou, hlavně se strýcem. Chtěl by umět srozumitelněji mluvit o svých problémech. Po dokončení léčby v terapeutické komunitě chce pokračovat v následné péči s chráněným bydlením. Nechce se vracet do svého rodného města, chce začít žít jinak a jinde.

Rodinná, osobní a sociální anamnéza

Otec pracuje jako zedník, Petr s ním neudrhuje vztah. Otec je alkoholik, který často bil matku. Rodiče se rozvedli, když bylo Petrovi půl roku. Otec neprojevoval snahu o navázání kontaktu. Matka pracuje v sociálních službách. Petr vyrůstal hlavně u rodičů matky. Otčím je s matkou v manželství 20 let, je manuálně pracující. Je zdravý, nekuřák, alkohol užívá jen příležitostně. Sourozenci jsou bez závislosti na návykových látkách. Petr nebyl v dětství nikdy vážně nemocný, až v průběhu drogové kariéry se nakazil hepatitidou typu C a B. Pokusil se dvakrát o sebevraždu předávkováním Rivotriem a Neurolem. Petr je vyučen řezníkem. Ale vždy pracoval jen příležitostně na různých brigádách. Petr hodnotí dětství jako dobré. Po smrti prarodičů vedla domácnost matka.

Petr má negativní vztah k nevlastnímu otci od dětství a jak on, tak i jeho bratr, ho v dětství nepřijali. Vztahy se ještě více zhoršili po narození nevlastního bratra. To si ho otčím přestal všimnout úplně a lásku, kterou i tak dává málo najevo, projevuje již jen vlastnímu synovi. Důležitý je pro Petra jeho strýc. Záleží mu na něm, je spolehlivý, pracovitý a vždy pro něj představoval vzor. Mrzí ho, že mu nejvíce ublížil, protože ho okradl o peníze. Rád by s ním vztah napravil. S oběma bratry má vztah dobrý. Na základní škole byl průměrný, s nástupem puberty začal mít problémy s chováním. Na

učilišti mimo domov byl první půl rok bez problémů, poté se seznámil s kamarádem, který ho přivedl k drogám. První partnerské vztahy měl nestále pro jeho nevěru, poté už měl jen vztahy s drogově závislými partnerkami.

V průběhu onemocnění byl Petr závislý na různých návykových látkách. Alkohol užíval od 13 let. Petr dospěl k poznání, že alkohol u něho působí jako spouštěč užívání drog. Marihuanu poprvé vyzkoušel ve 14 letech. Pervitin užíval od 15 let. Heroin začal užívat od 17 let. V 18 letech skončil na dvou gramech denně. Léčil si v několika psychiatrických léčebnách, ale léčba byla vždy přerušena buď na základě reversu, nebo vyloučením z léčby pro porušení řádu.

Problémové rysy klienta, získané pozorováním z jednotlivých sezení terapeutické komunity

Jeden z problémů Petra, který se projevuje během léčby v komunitě, je jeho nízká orientace v mužských rolích. Nejspíš je to pro neurčitost mužů, kteří hráli roli otce v rodině, kde vyrůstal. Jednalo se o biologického otce, otčíma a strýce. Z nich uznával jen strýce, který občas výchovně intervenoval, biologického otce nikdy pořádně nepoznal a otčíma nikdy nerespektoval, protože prý stranil jeho nevlastnímu bratrovi. Vychovávaly ho tak ženy, tedy máma a babička, s nimiž se Petr rychle naučil manipulovat, a ony ho nechávaly na pokoji. Mohl si proto bezstarostně dělat, co chtěl. V rodině existovala silná koalice se starším bratrem proti mladšímu bratrovi. Petr se postupně dostává k tomu, že se neznal jako muž, co se dovede postavit k věci a chtěl by vlastně vědět jaký je, tím, že se nárokům světa nebude vyhýbat. Terapeuty je klient vybízen, aby se jako muž hledal i mezi muži v komunitě – a to jak klienty, tak i terapeuty. Jeho vyhýbavost se projevuje během sezení komunity v situacích, kdy má jako „vedoucí domu“ vést ranní skupinu a nesoulad mezi klienty řeší slovním utlumováním sporných stran, aniž by vyjádřil svůj postoj

JAROSLAV

Věk: 30 let

Jaroslav má diagnostikovanou polymorfní závislost na psychoaktivních látkách. Je lucidní, plně spolupracuje, odpovědi má adekvátní, řeč je plynulá, kognitivní funkce má bez problému. Léčebný plán je standardní komunitní terapie a rodinná terapie. Pro Jaroslava je důležitá nejenom změna v chování, ale i ve způsobu léčby, která doposud probíhala jen v psychiatrických léčebnách. Jaroslav podle svého vyjádření potřebuje chráněné prostředí delší dobu - tak, aby byl v bezpečí, chce si osvojit pracovní návyky, najít si svůj řád v životě, plánování, hospodaření s penězi. Chtěl by využít komunitní terapie k tomu, aby se lépe poznal, chce se učit řešit problémy přímo, těžko se mu říká pravda, spíš ji obchází, překrucuje ji, chce se vyznat více ve své závislosti. Myslí si, že má vztahy s rodinou dobré. Chtěl by se naučit se svěřovat s problémy a říkat si bez výčitek o pomoc. Chtěl by se naučit problémy neodkládat a nepotlačovat, ale řešit je, tak aby mu bylo lépe.

Rodinná, osobní a sociální anamnéza

Matka má středoškolské vzdělání, nyní je již v důchodu, dříve pracovala jako účetní. Se závislostí prý neměla problém, psychiatricky se léčila ambulantně, užívala Rivotril na uklidnění, nikdy nebyla léčena na psychiatrické léčebně. Matka byla často nemocná a hospitalizovaná. Alkohol užívala v běžné míře. Otec zemřel před třemi lety - v době, kdy byl Jaroslav ve výkonu trestu, měl středoškolské vzdělání, pracoval na železnici jako traťový mistr, měl problémy s alkoholem, pil pět dní v týdnu, tvrdý alkohol a pivo. Otec se ze závislostí nikdy neléčil. Bratr má středoškolské vzdělání, pracuje s počítači. Bratr dříve užíval THC a pervitin. Dnes někdy ještě látky užívá v periodě zhruba jednou za měsíc, či dva. Podle Jaroslava tím řeší problémy v manželství a utíká tím od reality. Psychiatricky se nikdy neléčil. Obě sestry jsou vdané a bez závislosti na návykových látkách, bez psychiatrické léčby. V širší rodině se závislost prý neobjevila, ani závažná psychiatrická onemocnění, ani suicidia.

V raném dětství specifické narušení vývoje řeči, projevující se sníženou schopností vyslovovat R, kocktavostí a dysgrafií. Porucha se upravila po intervenci

logopeda na začátku prvního stupně základní školy. V 18 letech byla Jaroslavovi diagnostikována epilepsie v důsledku užívání návykových látek. Vyléčena Hepatitida B, léčena Hepatitida C. Léčbu interferonem tišil drogami, měl špatné psychické stavy a výčitky, které si Jaroslav mírnil užíváním drog. Nebyl žádný pokus o suicidu, jen občas myšlenky na sebevraždu. Několikrát měl otřes mozku, který si způsobil při rvačkách. Jaroslav má několik bodných ran různě po těle. Jednou byl po rvačce kvůli drogám zraněn a málem umrzl. Zachránili ho kamarádi, kteří přivolali pomoc.

Jaroslav pochází z rozvedené rodiny. Na prvním stupni měl prospěch průměrný, na druhém stupni došlo ke zlepšení výsledku učení za pomoci doučování, které organizovala a pro které ho motivovala matka. Musel se doma učit, aby mohl jít ven. Po ZŠ studoval SŠ. Kvůli léčbě závislosti na pervitinu a heroinu v psychiatrické léčebně studium přerušil. Školu ale později dokončil maturitou. Užíval THC a alkohol. Po maturitě začal studovat VOŠ, tu ale nedodělal pro nekontrolovaný relaps.

Po léčbě začal pracovat v různých horských hotelech, ale kvůli velkému počtu dealerů to bylo vysoce rizikové prostředí. Později pracoval jako kuchař v menším městě, ale s prací byl nespokojen a začal pracovat jako dělník. Tato práce ho bavila a pracoval s lidmi, které měl rád. Po náhodném setkání s dealerem, kterého znal z dřívější doby, se spustil nekontrolovatelný relaps a Jaroslav okradl své spolupracovníky o peníze. Od té doby přestal pracovat a začal vyrábět drogy. Byl zadržen a odsouzen k výkonu trestu ve vazební věznici. To se stalo několikrát i za trestné činy, jako například krádeže a násilná přepadení.

Jaroslav měl jeden vážnější partnerský vztah, který trval 7 let. Rodina ho ve vztahu nepodporovala. Partnerka byla starší o 14 let. Partnerka Jaroslavem prý manipulovala a popouzela ho proti rodině. Před rozpadem vztahu Jaroslav ještě zintenzivnil užívání drog. Zpětně na vztah dívá, jako na svojí nezdravou závislost na partnerce. Jako záliby Jaroslav uvádí sport a přírodu.

S drogami Jaroslav začal přibližně v 15 letech, kdy užíval marihuanu. V 16 letech začal užívat pervitin, v 17 letech zkusil heroin. V 18 letech absolvoval svůj první detox v psychiatrické léčebně. Po maturitě už užíval drogy denně. Střídal heroin a pervitin. V průběhu tříleté vazby měl nucený detox a po odchodu z vazby vydržel bez drog ještě půl roku. Při léčbě interferonem se objevily deprese a výčitky a spustil se opět nekontrolovatelný relaps užíváním Subutexu. Heroin neužíval, protože jeho nejlepší kamarád zemřel na předávkování touto drogou a bál se, že by mohl dopadnout

stejně. Po relapsu užíval pervitin a Rivotril. Alkohol neužíval ze strachu z ukončení léčby interferonem. Po poradě s rodinou se rozhodl nastoupit do psychiatrické léčebny. Režim v léčebně mu ale nevyhovoval a chtěl získat chráněné bydlení. Nakonec se po poradě rozhodl nastoupit do terapeutické komunity.

Problémové rysy klienta, získané pozorováním z jednotlivých sezení terapeutické komunity

Klient vždy vyhledával starší partnerky, protože mohl být jimi ve vztahu veden. Možná to souvisí s tím, že jeho matka bývala často po nemocnicích a chyběla mu žena, která by se o něj starala. Jediný dlouhodobější vztah měl s partnerkou o 14 let starší. Mladší ženy považuje spíše za sexuální objekty. Ví sice, že to neodpovídá sociálně-kulturní normě společnosti, ale nedaří se mu tento postoj měnit. Je si vědom problému v chování projevujícího se v častých verbálních narážkách se sexuálním kontextem a fyzicky dotěrným způsobem chování k mladším ženám. V terapeutické komunitě si tento problém začíná uvědomovat, ale zatím není schopen svoje jednání efektivněji usměrňovat. Problém v chování vůči ženám má od puberty a napětí, které tím vznikalo, řeší podobně jako impulzivnost a agresivitu užíváním drog. Vědomí malé sebeúčinnosti v této oblasti ho stresuje a naplňuje strachem, bojí se hrozby vyloučení z léčby pro porušení kardinálního pravidla terapeutické komunity – pokus o navázání partnerského nebo sexuálního vztahu. V průběhu léčby v terapeutické komunitě dochází díky zpětným vazbám od klientek, které mu pomáhají uvědomit si porušování sociálních norem, k určitému zlepšení.

Druhým problémem klienta je jeho malá schopnost ovládat projevy emocí a agresivity. Z historie jeho impulzivního chování plyne, že se od dětství nenaučil zacházet s emocemi. Klient býval od dětství často sám a emoce neprojevoval, ale jen hromadil, čímž začal trvale žít s pocitem velkého napětí v sobě. Časem se naučil ulevit si nahromaděným emocím násilným způsobem, který byl za hranicí sociální normy. Později přišla úleva prostřednictvím užívání opiátů a alkoholu, protože snižovaly napětí a eliminovaly sociálně nepřipustnou agresi, u které si uvědomoval, že je hlavním zdrojem sankcí, které mu společnost uděluje. Zároveň si uvědomuje, že řešení užíváním drog není správné a je motivován spolupracovat s terapeutky na změně. K medikaci měl spíše negativní vztah, má pochybnosti o její účinnosti. Tento postoj se

v průběhu léčby mění díky efektivnímu zkoušení různých dávek předepisovaných psychiatrem rezidenční léčby.

Třetím problémem klienta je pocit viny, u které není schopen zpracování a určení, jakým způsobem by jí odčinil – vina vůči kamarádovi, který zemřel po předávkování, a kterému nepomohl. Cítí provinění vůči prarodičům a otci, kteří zemřeli, když byl ve výkonu trestu a on se s nimi nestačil smířit a rozloučit, poté, co si uvědomil, jak jim v minulosti ublížil. Jedním z problémů je i motivace ke změně, která byla dříve spíše dána nároky ostatních osob, v současné době však dochází ke změně a klient chce změnu více za sebe, klient k tomu při rozhovoru říká: *„Člověk si k tomu musí přijít sám, byl jsem hrozně lehkomyšlný, pořád jsem si říkal, že si můžu jednou za čas dát“*.

9.1. SHRNU TÍ KAZUISTIK

V této části se autorka zaměřila na podobnost nebo naopak rozdílnost zlomových bodů v životech všech tří klientů. Pro lepší přehlednost jsou kazuistiky shrnuty do jednotlivých bodů.

Katka:

- Vyrůstala převážně u prarodičů, protože její rodiče neměli čas
- Od mala nízké sebevědomí
- Drogy začala brát v 15 letech na diskotékách a hudebních klubech
- Střední školu kvůli závislosti přerušila, ale později jí dokončila
- Úmrtí kamarádky spustilo užívání pervitinu denně
- Za drogy platila z kapesného, později kradla příbuzným a rodičům

Petr:

- otec alkoholik, otčíma nepřijímá
- vyrůstal u prarodičů
- po smrti prarodičů byla hlavou rodiny matka, ale mohl si dělat, co chtěl, neměl žádné výchovné meze
- chyběl mu mužský vzor
- v partnerských vztazích byl často nevěrný
- dvakrát se pokusil o sebevraždu
- alkohol pije od 13 let, drogy bere od 15
- k drogám ho přivedl kamarád
- z psychiatrické léčebny vždy vyloučen za porušení řádu nebo podepsáním reversu

Jaroslav:

- z rozvedené rodiny
- matka užívala Rivotril, léčila se psychiatricky ambulantně
- matka byla často nemocná a musela být hospitalizována, možná proto později vyhledával starší partnerky, které by ho vedly
- otec alkoholik
- v dětství byl Jaroslav často sám
- bratr dříve užíval marihuanu a pervitin, nyní občas drogy ještě užívá zhruba jednou za měsíc až dva
- v 18 letech diagnostikována epilepsie v důsledku užívání drog
- léčí Interferonem Hepatitidu C
- špatné psychické stavy a výčitky, občas i myšlenky na sebevraždu
- drogy bere od 15 let
- střední školu kvůli závislosti přerušil, ale později ji dokončil
- vystřídal několik psychiatrických léčeben, ale pobyt v nich mu nevyhovoval
- má problém s chováním vůči ženám
- malá schopnost ovládat projevy emocí a agresivity, která pramení už od dětství

9.2. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Ze všech tří kazuistik jasně vyplývá, že ani jeden z účastníků nepocházel z dobrého výchovného prostředí. Vyrůstali buď u prarodičů, kteří už na výchovu často nestačí, nebo byli často sami. Problémy, které si sebou nesou až do dospělosti, by se za dobrého výchovného působení rodičů i školy daly podchytit už od začátku. U Katky je to malé sebevědomí, Petrovi chyběl mužský vzor a Jaroslavovi zase máma. I Jaroslavova malá schopnost zvládat své emoce a projevy agresivity by se dala včasnou intervencí psychologa nebo speciálního pedagoga včas napravit, stejně tak u Katky pocity méněcennosti a malého sebevědomí způsobené nadváhou a nošením rovnátek. Je zde také patrné, že navazovat normální partnerské vztahy je pro ně velice složité. Z výzkumu také vyplývá, že s drogami se začíná experimentovat zhruba ve věku od třinácti až patnácti let (to se mi potvrdilo i v dotazníku), tedy v době, kdy se mladý člověk hledá a chce někam patřit. Může za to nuda, nedostatek zájmů, chuť experimentovat nebo prostě nechtějí „trhat“ partu, kde se drogy užívají.

Závislému člověku se po nějaké době rozpadají životní hodnoty, jako je rodina, pracovní návyky, přátelství a partnerské vztahy. Droga je vždy na prvním místě. V tomto ohledu velice dobře fungují terapeutické komunity, kde se pod vedením zkušených terapeutů klienti znovu začínají těmto hodnotám učit. Jsou tam mimo drogové nebezpečí a mohou začít zase hledat správnou cestu životem.

ZÁVĚR

Z pohledu speciální pedagogiky

Jak již zde bylo uvedeno, rodina a dobré výchovné prostředí hraje velice důležitou roli v životě dětí a mládeže. V dnešní době se lidé často zabývají jen prací, honí za kariérou a na děti nemají čas. To je ale špatně. Zvláště v období puberty, kdy jsou děti nejvíce ohrožené sociálně patologickými jevy, by rodiče měli být nablízku a pomáhat jim najít správnou cestu, i když to bývá velice složité. Rodiče si často myslí, že za změnou chování dítěte je jen puberta, a že to časem přejde samo. Nemají čas s nimi mluvit nebo neposlouchají. Nevidí tak, že jejich dítě má nějaký problém. Děti se jim už ani nesvěřují, protože nejsou zvyklé s rodiči mluvit na rovinu. K drogám je tak může přivést například pocit méněcennosti, když nezapadnou do kolektivu, šikana, špatné známky ve škole nebo se chytanou špatné party. Z dotazníkového šetření také vyšlo, že rodiče často ani nevědí, co jejich děti dělají ve volném čase, s kým se scházejí, kdo jsou jejich kamarádi.

Hned po rodině je důležitou součástí výchovy dětí škola. Autorka by zde chtěla vyzvednout důležitost výchovných poradců, školních psychologů, školních metodiků prevence, ale i samotných pedagogů. Problém spatřuje v tom, že se děti nechtějí svěřovat školním pracovníkům. Často vidí pedagogy jako své „nepřátele“, a to je důležité změnit. Myslí si, že výchovní poradci i školní psychologové by měli s dětmi více mluvit individuálně, a navazovat tak intimnější vztahy. Čím více své žáky znají, tím lépe mohou pomoci jim najít ten správný životní směr. Je spousta dospívajících, kteří své problémy neumí sami řešit, nevědí, jak naložit se svým volným časem, nevědí, co by chtěli v životě dělat, a své zázemí v rodině často nevidí, nebo dokonce jejich problémy přímo z rodinného prostředí pocházejí. Poté už stačí málo, aby útěk od reality všedních věcí řešili právě drogami. Funkce školních pracovníků by tedy neměla být jen výchovná či nápravná, ale měli by znamenat pro žáky někoho, za kým mohou přijít, když je něco trápí nebo mají problém. Kdyby se Katka tenkrát svěřila se svým problémem, jak se cítí a co jí trápí, mohlo by vše dopadnout jinak. I včasná intervence neschopnosti zvládat své emoce a projevy agresivity u Jaroslava by určitě přispěla k jeho kvalitnějšímu životu.

V neposlední řadě by do minimálních preventivních programů a besídek, které pořádají školní metodici prevence, zařadila kromě dětí a pedagogů také rodiče. Nejen, že by se rodiče dověděli něco víc o drogové problematice a jiných sociálně patologických jevech v dnešní společnosti, ale mohli by své návrhy řešit spolu s dětmi a pedagogy společně, což by bylo určitě velice prospěšné pro všechny zúčastněné strany

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. BEDNÁŘOVÁ Z., PELECH L., *Sociální práce na ulici*, Brno, Doplněk, 1999, ISBN 80-7239-048-1
2. ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*, Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. ISBN 80-902614-1-8.
3. GANERI, A., *Od extáze k agonii*, Praha, Amulet, 2001, ISBN 80-86299-70-8
4. GAVORA, P.: *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, ISBN 80-85931-79-6
5. GÖHLERT, Fr.-Christoph, KUHN, Frank, *Od návyku k závislosti*, Praha, Euromedia group, 2001, ISBN 80-7202-950-9
6. HARRY S., *Drogy, obrázkový průvodce*, Praha, Svojtka a Co, s.r.o., 2005, ISBN 80-7352-295-0
7. CHROMÝ, J., *Kriminalita páchaná na mládeži*, Praha, Linde, 2010, ISBN 978-80-7201-825-3
8. Prof. JUDr. JELÍNEK, J. a kol., *Trestní zákoník a trestní řád*, Praha, Leges, 2011, ISBN 978-80-87212-99-8
9. KALINA, K a kol., *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6
10. KALINA K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*, Praha, Úřad vlády České Republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6
11. KALINA K. a kol., *Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, Praha, Úřad vlády České republiky, 2001
12. LABÁTH, V. a kol., *Riziková mládež*, Praha, Sociologické nakladatelství, 2001, ISBN 80-85850-66-4
13. MARTÍNEK, Z. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*, Praha, Grada Publishing a. s., ISBN 978-80-247-2310-5

14. MACEK, P., *Adolescence*, Praha, Portál, 2003, ISBN 80-7178-747-7
15. NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislostí*, Praha, Psychiatrické centrum Praha, 1996, ISBN 80-85121-52-2
16. NEŠPOR K., CSÉMY L., *Alkohol, drogy a vaše děti*, Praha, Sportpropag, 1993
17. NEŠPOR K., *Metodika prevence ve školním prostředí*, Praha, Frontis, 2003
18. PRESL, J., *Drogová závislost*, Praha, Maxdorf, 1994, ISBN 80-85800-18-7
19. PRŮCHA J., WALTEROVÁ E., MAREŠ J., *Pedagogický slovník*, Praha, Portál, 2003, ISBN 80-7178-722-8
20. *Akční plán realizace protidrogové politiky na období 2015-2018*, Úřad vlády České republiky, Praha, 2013
21. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018*, Úřad vlády České Republiky, Praha, 2011, ISBN 978-80-7440-045-2
22. Mgr. ZEMAN E., v. r. ministr školství, mládeže a tělovýchovy, *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Praha, 2000, Čj.: 14514/2000 – 51

Internetové zdroje

www.mvcr.cz

<http://exitrc.webnode.cz>

<http://www.drogovaporadna.cz>

<http://www.dropin.cz>

<http://www.vlada.cz>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č1

Dotazníkové šetření

V dotazníkovém šetření bylo vybráno 60 respondentů ve věku od třinácti do sedmnácti let.

1. Užívání drogy

Nikdy	50%
Jednou	30%
Vícekrát	28%
Pravidelně užívá	2%

3. Typ drogy

Marihuana	90%
Extáze	8%
Pervitin	2%
Heroin	0%

4. důvody užití drogy

Z nudy	40%
Ze zvědavosti	32%
V partě	28%

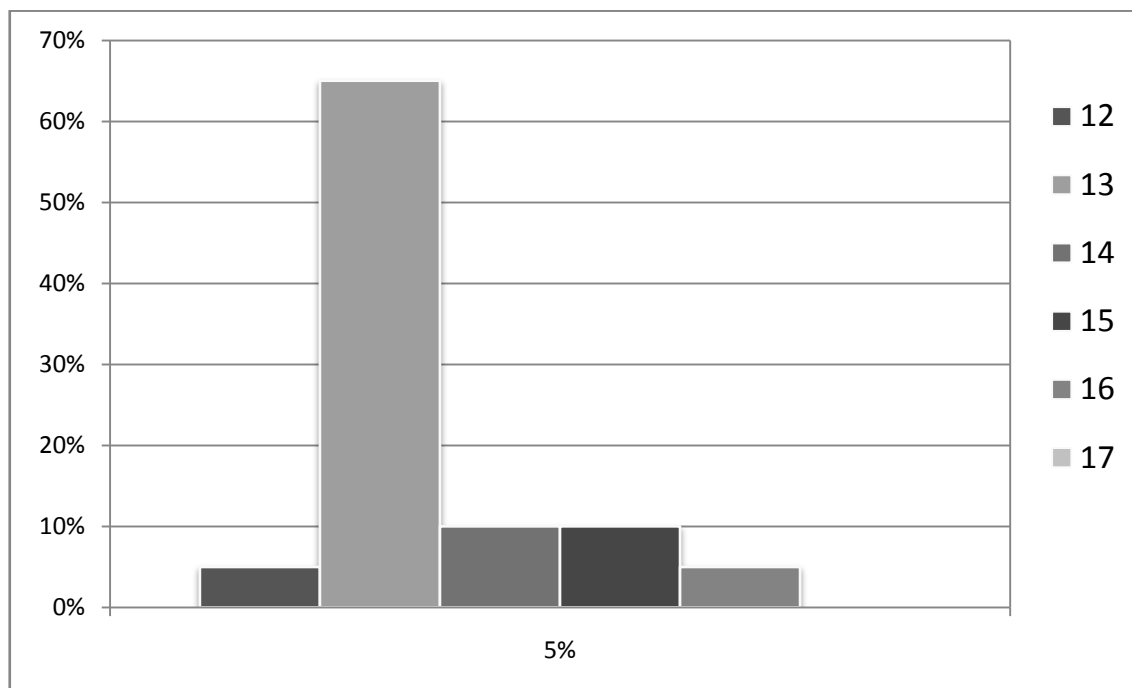
5. získání drogy

Od kamaráda	90%
V klubu	10%
Na ulici	0%

6. komu by se svěřili, pokud by jim někdo nabízel drogy

Kamarádovi	85%
Sourozenci	5%
Rodičům	5%
Učiteli	0%
Někomu jinému	5%

7. alkohol a věk



Vědí rodiče, co děláte ve volném čase?

Většinou	40%
Občas	50%
Nevědí	10%

Mluví s vámi rodiče o drogách

Ano, dostatečně	60%
Jednou	30%
Nikdy	10%

Příloha č. 2

Výňatek z nařízení vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů

Typ látky/obecně vžitý název (účinná látka)	Množství větší než malé	Nejmenší množství účinné psychotropní látky, jež musí obsahovat látka, označená jako droga, aby bylo její zkoumané množství považováno za větší než malé
Pervitin (metamfetamin)	více než 2 g	0,6 g báze 0,72 g (hydrochlorid)
Heroin (diacetylmorfin)	více než 1,5 g	0,2 g báze 0,22 g (hydrochlorid)
Kokain (benzoylgoninmetylester)	více než 1 g	0,54 g báze 0,6 g (hydrochlorid)
Extáze (MDMA/MDA/MDEA)	více než 4 tablety/kapsle nebo více než 0,4 g práškovité či krystalické substance	0,34 g báze 0,40 g (hydrochlorid)
LSD (LSD-25, (+) Lysergid)	5 papírků, tablet, želatinových kapslí nebo „krystalů“ impregnované účinnou látkou	0,000134 g báze 0,000250 g (tartarát)
Marihuana (delta-9-THC)	více než 15 gramů sušiny	1,5 g delta-9-THC
Hašiš (delta-9-THC)	více než 5 gramů	1 g delta-9-THC
Lysohlávky a další houby obsahující psilocin a/nebo psilocybin (psilocin; psilocybin)	více než 40 plodnic houby	0,05 g báze (psilocinu) nebo odpovídající množství psilocybinu (fosfátového esteru psilocinu)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Barbora Holková

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinované

Název práce: Vliv užívání stimulačních drog na mezilidské a sociální vazby mládeže

Rok: 2014

Počet stran: 86

Celkový počet příloh: 2

Počet titulů české literatury a pramenů: 22

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Mottlová Ph.D.