

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

bakalářské studium
2009 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Marek Kanevský

Drogy a drogová závislost u mládeže

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Eleonóra Strapcová

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Full-Time Studies
2009 - 2012

BACHELOR THESIS

Marek Kanevský

Drogy a drogová závislost u mládeže

Prague 2012

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Eleonóra Strapcová

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Marek Kanevský

Poděkování

Chtěl bych poděkovat paní PhDr. Eleonóre Strapcové za užitečnou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Anotace

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části a to teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje teorii drogové problematiky, historii drog, jejich dělení, účinky, příčiny užívání a prevenci. Součástí praktické části je anonymní dotazník, jehož cílem je srovnání zkušeností s užíváním nelegálních drog u mládeže na středních odborných školách v Brně a Koryčanech.

Klíčové pojmy

droga

drogová závislost

marihuana

mládež

prevence

riziko

užívání

Annotation

This bachelor's work is divided in two parts- theoretic and practical ones.

Theoretical part contains the theory about drug problems, the history, sorting, effects, reasons of taking drugs and a prevention.

Practical part includes an anonymous questionnaire. Its goal is to compare teenagers' experience with using illegal drugs in vocational schools in Brno and Koryčany.

Key words

Drug, drug addiction, marijuana, prevention, risk, taking, youth

OBSAH

ÚVOD	8
1 DROGY.....	10
2 DĚLENÍ DROG.....	11
2.1 Stimulancia	12
2.2 Konopné drogy	13
2.2.1 Hašiš	15
2.2.2 Nežádoucí účinky užívání THC.....	16
2.2.3 Jak to zvládnout bez kouření.....	18
2.2.4 Historie konopných drog.....	18
2.3 Pervitin a skupina budivých aminů	19
2.4 Halucinogenní drogy	20
2.4.1 Psilocybin.....	21
2.4.2 LSD	22
2.4.3 Kokain	23
2.4.4 Historie kokainu	24
2.5 Sedativa.....	25
2.5.1 Opioidy a opiáty	25
2.5.2 Heroin.....	27
2.5.3 Historie heroinu.....	28
2.5.4 Braun	30
2.5.5 Metadon.....	30
2.6 Analgetika, sedativa a trankvilizéry	31
3 ZÁVISLOST	32
3.1 Příčiny užívání.....	37
3.2 Účinky drog	41
3.2.1 Drogy a kriminalita	44
4 PREVENCE	46
4.1 Rodina.....	52
4.2 Řešení problémů	53
4.3 Vliv party a vrstevníků	54
4.4 Jak mluvit s dětmi o drogách.....	54
4.5 Škola a její vliv	55
5 CÍL PRŮZKUMU	57
5.1 Pracovní hypotézy	57
5.2 Použité metody	57
5.3 Harmonogram postupu	58
5.4 Charakteristika souboru	59
5.5 Analýza dat	59
ZÁVĚR.....	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76
SEZNAM TABULEK.....	78
SEZNAM PŘÍLOH.....	79

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na drogovou závislost u mládeže, protože drogy představují velkou hrozbu a významnou zátěž pro celou společnost. Problematika drogových závislostí je velice aktuální a zajímavé téma. Skupinou, která, je drogou ohrožována nejvíce je bezesporu mládež, protože u dětí vzniká závislost výrazně rychleji než u dospělých uživatelů a dětský organismus je také mnohem citlivější na poškození předávkováním vlivem nižší tolerance vůči droze. Lidé znali a využívali sílu přírody odjakživa. Drogy jsou staré jako lidstvo samo. Lidé už od pradávna hledali způsoby, jak si ulevit od tíhy všedních dnů únikem do jiného, lepšího světa prostřednictvím změněného stavu vědomí, či se pokoušeli předpovídat budoucnost pomocí halucinací. Zpočátku k tomu využívali látky čistě přírodní a později za pomoci nabytých zkušeností i látky uměle získané. Legální drogy jako káva, tabák a alkohol jsou součástí našeho každodenního života. Jsou společností nejen tolerované, ale spousta důležitých událostí se bez nich neobejde. Na druhé straně jsou drogy tzv. nelegální, které jsou společensky méně přijatelné a na jejich uživatele se společnost dívá s despektem a opovržením. I přes zákaz prodeje tabákových a alkoholických výrobků mladistvým a nezletilým se mládež k těmto legálním drogám dostane poměrně snadno. Ať už přes starší spolužáky, v domácnosti nebo díky nedbalosti prodávajících. Ve své práci bych se rád zaměřil na drogy nelegální, jejich dostupnost a užívání mezi mladými.

Na začátku 90 let došlo k dramatickým politickým změnám, které otevřely hranice a umožnily rychlejší šíření nelegálních drog. První zkušenosti s nelegální drogou mají stále mladší děti.

I když je tato práce zaměřená na drogy nelegální, je nutné se krátce zmínit i o drogách legálních jako jsou např. alkohol, nikotin či kofein, protože právě tyto legální drogy většinou bývají první drogy, se kterými se mládež setká. Proto jsou také tyto legální drogy označovány za tzv. drogy vstupní. Dítě se s nimi setkává již od nejútlejšího věku v rodině a ve svém blízkém okolí a začne je vnímat jako něco naprosto přirozeného. Právě v jejich legálnosti paradoxně spočívá nebezpečnost těchto společensky tolerovaných látek. Dítě přirozeně kopíruje chování svých blízkých, a pokud např. rodiče pijí nebo kouří, akceptuje dítě užívání těchto látek jako něco

naprosto normálního a samo začne s těmito látkami experimentovat. V pozdějším věku se mu do cesty postaví např. marihuana, nebo jiná nelegální droga a cesta na šikmou plochu se otevírá. Z toho tedy jasně vyplývá, že s drogou přišel do blízkého kontaktu prakticky každý z nás a že nejnebezpečnější drogou je tedy ta droga, která je zrovna po ruce.

Na téma drogy a drogové závislosti bylo napsáno již mnoho bakalářských prací, každá byla ale zaměřená trochu jiným směrem. Tato bakalářská práce se zaměřuje především na historii nelegálních drog, jejich dělení, účinky a příčiny užívání. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na ucelenou problematiku drogové závislosti, na hlavní příčiny užívání a na výchovu a informovanost mládeže, protože právě informovanost a výchova v bezpečném a milujícím prostředí je nejlepší možnou prevencí. Čerpáno bude z odborné literatury a internetu. Praktická část má za úkol porovnat zkušenosti s nelegálními drogami mezi mládeží ve velkoměstě a maloměstě. Bude obsahovat anonymní dotazník zaměřený na zkušenosti s užíváním a distribucí nelegálních drog mezi mládeží a výsledky výzkumu budou pro větší přehlednost zpracovány do tabulek. Byly stanoveny tři hypotézy, které budou dále vyhodnoceny.

1 DROGY

Co je to vlastně droga? V širším kontextu by mohla být droga vnímána jako vše, co už člověk k uspokojení svých základních potřeb nepotřebuje. Může jít např. o závislosti na jídle, sexu ale i o závislosti na vztazích mezi lidmi (matka na dítěti, manžel na manželce, apod.). Výjimkou není ani závislost na práci tzv. workoholismus. Vše je pouze otázkou míry. V užším kontextu můžeme za drogu označit vše, co má rychlý a výrazný účinek na lidskou psychiku. Mezi nejčastěji užívané drogy můžeme zařadit alkohol, nikotin a kofein (Marhounová, Nešpor, 1995).

„Pojem droga je výpůjčkou z francouzského slova „drogue“ vyskytujícího se ve 14. století a obecně označuje sušené, tedy živočišné nebo rostlinné suroviny“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 18).

„Již tisíce let dokazuje člověk ohromnou vynalézavost nacházet stále nové přírodní nebo uměle vyrobené substance, které uspokojí potřebu překročit meze a dosáhnout tak neznámých zážitků a stavů“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 50).

Toxické látky rostlinného a živočišného původu lidé využívají již mnoho tisíc let. K objevování jedlých ale i těch jedovatých rostlin a živočichů docházelo pravděpodobně metodou pokusu a omylu. Nabyté zkušenosti poté uplatňovali především při lovu zvěře, kdy si jedovatými výtažky potíraly svoje šípy či kopí. Častý nedostatek potravy a tíživé životní podmínky vedly k tomu, že většina kultur objevené látky začala využívat k ulehčení svého údělu a později i k magickým obřadům a komunikací s bohy. Tyto látky povzbuzovaly organismus, potlačovali chuť k jídlu nebo vyvolávaly přeludy (např. účinky opia, jenž jsou využívány více jak pět tisíc let a kokainu více jak dva tisíce let). Již staří Egypťané např. na koliku u svých dětí využívali produkty z máku setého, jehož hlavní složka morfin měl tisící účinky na dětské zažívání. Nejstarší dochované zmínky o využívání jedů k potírání šípů a kopí pocházejí z básnického díla RgVéda z védského období v Indii (kolem r. 1200 př. Kr.) (Mann, 1996).

2 DĚLENÍ DROG

Návykové látky je možné dělit do několika základních skupin např. podle vzniku a jejich výroby na přírodní, polysyntetické a syntetické, podle právní legislativy na legální tzn. společensky tolerované a nelegální, podle míry rizika užívání na tvrdé a měkké nebo podle jejich účinků na látky tlumivé (sedativní drogy), stimulační (aktivní drogy) a halucinogenní, apod. (Miovský in Kalina, 2003).

Podle Fr. - Ch. Göhlerta, F. Kühnta (2001) není kategorizování drog např. na legální a ilegální nebo „tvrdé“ a „měkké“ vhodné. Tvrdí, že každá droga může být „tvrdá“, pokud vyvolá závislost a celkově přispívá k destrukci života. Při použití pojmu „měkká“ droga může zase snadno dojít k jejímu podcenění.

„Rozlišování na legální a ilegální substance je výlučně politické a nikoli lékařské“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 19).

Ze zkušeností vyplývá, že kdo si svoji drogu hledá, ji také najde, a to bez ohledu na její kategorizaci. Rozhodujícím faktorem je tedy její účinek na uživatele.

Světová zdravotnická organizace rozděluje typy závislostí na „excitační“, tedy aktivující, které také nazýváme stimulantia a na uklidňující, sedativa.

Stimulantia

- konopný typ
- amfetaminový typ
- halucinogenní typ
- kokainový typ

Sedativa

- opiátový typ
- benzodiazepinový typ

- barbiturátový/alkoholový typ
- nikotinový typ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 24)

2.1 Stimulancia

„Psychostimulancia (psychoanalytika, psychomimetika) jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervový systém“ (Minařík in Kalina, 2003, s. 164).

Mezi typické zástupce patří pervitin (metamfetamin), amfetamin a kokain. Patří sem i extáze, ale ta může mít krom stimulačních účinků i účinky psychedelické.

Účinky těchto látek obecně, zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, zrychlují myšlení a zlepšují vybavování paměti, potlačují únavu, snižují chuť k jídlu, vyvolávají euforii a velice příjemný pocit síly a energie. Na druhé straně způsobuje pocity úzkosti, zvyšují krevní tlak, tep, agresivitu a mohou vést až k přecenění psychosomatických možností. Po odeznění účinků přichází stav podobný kocovině tzv. dojezd, jenž se projevuje celkovým vyčerpáním, únavou, bolestí kloubů, apod. Po několikadenním opakovaném užívání, typickém pro začátečníky, přichází několikadenní spánek prokládaný přímo vlčím hladem (Minařík in Kalina, 2003).

Užívání stimulancí extrémním způsobem zatěžuje celý organismus a hrozí riziko srdečních a mozkových příhod. Tato extrémní zátěž spolu se sníženou chutí k jídlu vede k velmi rychlému vyhubnutí (více jak 10kg/měsíc). Dlouhodobé užívání těchto látek, stejně jako i jednorázová vysoká dávka, může spustit toxickou psychózu, jež se projevuje tzv. stíhou tj. paranoidním či paranoidně-halucinatorním syndromem, který je velmi podobný schizofrenii. Rozvíjí se pomalu a projevuje se nepříjemnými vtíravými pocity stálého ohrožení, změnami nálad, zrakovými, sluchovými a taktilními (dotykovými, hmatovými) halucinacemi. Pro rozvinutou toxickou psychózu je nezbytná hospitalizace (Minařík in Kalina, 2003).

Dlouhodobým užíváním stimulancí také vzniká psychická závislost, pro kterou je charakteristický craving tj. bažení, touha, dychtění po účincích drogy. Tělesnou

závislost sice nevyvolávají, ale psychická závislost je v konečném důsledku závislost mnohem závažnější a oproti tělesné závislosti také vyžaduje relativně dlouhou a náročnou léčbu (Minařík in Kalina, 2003).

2.2 Konopné drogy

Konopné drogy jsou v České republice třetí nejrozšířenější drogou hned po alkoholu a tabáku. Na černém trhu se objevují tři formy této drogy a to marihuana, hašiš a hašišový olej.

Konopí můžeme rozdělit do tří druhů: na *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* a *Cannabis ruderalis*) (Miovský in Kalina, 2003).

„Všechny druhy konopí jsou dvoudomé, tedy mají jak samčí, tak samičí rostliny. Samičí rostliny jsou jak z hospodářského hlediska, tak z hlediska obsahu psychoaktivních látek významnější. Nejbližším příbuzným konopí je chmel (*Humulus lupulus*) patřící také do řádu *Cannabaceae* (konopné)“ (Miovský in Kalina, 2003, s. 174).

Marihuana je mexický název pro konopí a na trhu má velkou řadu synonym jako např. tráva, zelí, maruška, hulení, skunk, gandža, apod. Obsahuje více než 400 účinných látek (cannabinidy), jež byly identifikovány až v roce 1964. Hlavní účinná látka konopí je THC neboli delta-9-tetrahydrokanabinol (Miovský in Kalina, 2003).

Jedná se o sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny. Barva je závislá na kvalitě zpracování a pohybuje se od tmavě zelené (známka toho, že byl dodržen správný způsob sušení) až po černo-zelenou, jež je výsledkem vlhkého sběru, rychlého sušení a vůbec nekvalitní přípravy. Účinné látky v marihuaně se výrazně liší podle oblasti jejího pěstování, jejího druhu a způsobu pěstění. U nás množství účinné látky osciluje mezi 2 – 8%, v zahraničí pak mezi 6 – 18%. Při použití vysoce potentních odrůd a speciálních technologií pro hydroponii a pěstování při umělém osvětlení mohou tyto hodnoty přesahovat i 20% (Miovský in Kalina, 2003).

Množství účinné látky v konopí závisí na podmínkách, v jakých se pěstuje a liší se i koncentrace těchto látek v jednotlivých částech rostliny (např. v listech 0,5% THC, v palicích a květech 20% THC). To platí i pro různé konopné produkty, jako je hašiš nebo hašišový olej. „Obecně platí, že hašiš a hašišový olej mají vyšší koncentraci THC než rostlinná surovina“ (Engelander, et al., 2010, s. 68)

Důsledkem stále dokonalejšího způsobu pěstování se od šedesátých let 20. století koncentrace účinné látky stále zvyšuje.

„THC a jeho metabolity jsou rozpustné v tucích a mohou v tělesných tukových tkáních zůstat po dlouhou dobu, během níž se postupně uvolňují zpět do krevního oběhu a vylučují v moči. V důsledku jeho pomalého uvolňování je možné stopy THC detekovat až několik hodin po užití konopí“ (Engelander, et al., 2010, s. 68).

Při pravidelném a intenzivním užívání se dají metabolity THC detekovat v moči i několik týdnů po posledním užití.

Způsobů užívání marihuany je hned několik. Nejčastější způsob je kouření např. pomocí papírku, vodnice nebo dýmky, kdy se THC uvolňuje hořením. Tyto způsoby jsou nejvíce škodlivé, protože se do plic dostává nejvíce škodlivých látek. Šetrnější způsob je užívání marihuany přes vaporizér. Vaporizér je přístroj, ve kterém se rostlinný materiál zahřeje na teplotu maximálně 200 stupňů Celsia, to je bod, při kterém marihuana nedýmí, ale odpařuje se THC, uvolňuje se tak z bylinných látek jen ta nejjistější esence a aktivní složky, není třeba tabák. Tento způsob užívání je nejméně rizikovým, bohužel kvalitní vaporizér se pohybuje v cenách nad 10 tisíc což si zvláště mladí lidé málokdy mohou dovolit. Navíc pokud je člověk každodenním uživatelem, zpravidla většinu peněz dává do nákupu marihuany (Miovský in Kalina, 2003).

Hlavní psychoaktivní složkou rostliny *Cannabis sativa* je tetrahydrokannabinol (THC). K vyvolání euforie je třeba plicemi přijat 25-50 mikrogramů THC na kilogram tělesné váhy. V případě, že je látka užívána perorálně, musí být množství přijaté látky větší 50-200 mikrogramů na kilogram tělesné váhy. K vyvolání halucinogenních účinků je potřeba plicemi přijat 200-250 mikrogramů na kilogram a perorálně 300-500 mikrogramů na kilogram (Mann, 1996).

Stejně, jako u všech psychotropních látek, nelze ani u konopných drog nikdy přesně předvídat průběh intoxikace, protože kromě samotného vlivu látky se na charakteru stavu podílí i momentální psychické rozpoložení uživatele tzn. jeho očekávání, únava, individuální citlivost a také prostředí, ve kterém je droga užívána (Miovský in Kalina, 2003).

Psychicky nejaktivnější látky obsažené v marihuaně a hašiši jsou: 8 – trans – tetrahydrocannabinol a delta – 9 – trans – tetrahydrocannabinol. THC působí na kanabinoidní receptory v mozku, na které za normálních okolností působí endogenní látky s podobným účinkem zvané anandamidy, které způsobují euforii a uvolnění. Dlouhodobé užívání THC způsobuje útlum produkce těchto přirozených látek. Mimo psychotropního účinku mají kanabinoidy využití např. jako analgetikum s účinným potlačením pocitů nevolnosti a zvracení u nemocných s AIDS, nebo po chemoterapii, při klinickém zkoumání a terapii Alzheimerovy choroby, roztroušené sklerozy, migrén, Parkinsonově chorobě, v očním lékařství (THC snižuje nitrooční tlak), léčba afektivních poruch, v dermatologii, atd. (Miovský in Kalina, 2003).

Při aplikaci drogy vykouřením, se její účinek, v závislosti na obsahu aktivních látek, dostaví během několika sekund až minut a trvá cca 3 – 6 hodin. Při užití drogy perorálně se účinky dostaví pomaleji a později ale trvají výrazně delší dobu (Kalina, 2003).

2.2.1 Hašiš

„Hašiš je přípravek vytvořený z pryskyřice kvetoucích vrcholků *Cannabis sativa* a je také jedním ze silnějších preparátů z konopí“ (Mann, 1999, s. 70).

Zbarvení této konopné pryskyřice, s malým obsahem květenství a drobných nečistot, přechází z tmavě zelené do tmavě hnědé a je výrazně ovlivněno vlastní čistotou látky. Obsah těchto aktivních látek může dosahovat až 40% (Miovský in Kalina, 2003).

„Pryskyřice obsahuje čtyři základní látky: D1 – tetrahydrocannabinol se třemi variantami, ze kterých dvě vznikají teprve ukládáním pryskyřice jako artefaktu: cannabibiol (CBD) a cannabinol (CBN)“ (Miovský in Kalina, 2003, s. 174).

Užívání konopných látek provází sucho v ústech, zarudlé tzv. králičí oči, jemný pocit chladu a intenzivní pocit vlčího hladu, pro který bylo s konopím experimentováno při léčbě nechutenství. Dochází k deformaci ve vnímání času a prostoru, objevují se sluchové, hmatové a zrakové iluze, euforie a dlouhý nezadržitelný smích. Celkový stav intoxikace má charakter meditace, ponoření se do vlastního světa, svých myšlenek a pocitů. Agresivní, depresivní, panický či úzkostný stavy tzv. bad trip se objevuje zcela ojediněle a většinou u predisponovaných osob. Při nadměrném a dlouhodobém užívání konopných drog může dojít ke zhoršení krátkodobé paměti a soustředění (Miovský in Kalina, 2003).

Užívání hašiše je velice podobné užívání marihuany. Smíchaný společně s tabákem nebo i s marihuanou se kouří pomocí jointů nebo dýmek, nebo se přidává do jídla s vyšším obsahem tuku, neboť právě tuk napomáhá k uvolnění účinných látek. Hašiš se dá kouřit i samotný pomocí vodní dýmky.

Konopné drogy obecně nevyvolávají tělesnou závislost a psychická závislost vzniká jen u malého procenta dlouhodobých uživatelů, jenž se může projevovat psychomotorickým neklidem, podrážděností, nervozitou, úzkostí, depresivní náladou, bolestí hlavy, apod. Většinou se však jedná o jedince s výrazným sklonem k somatizaci psychických potíží (Miovský in Kalina, 2003).

2.2.2 Nežádoucí účinky užívání THC

Dlouhodobé a intenzivní užívání konopí působí škodlivě zejména na respirační systém. Poškození způsobuje vdechování kouře a dehtu. Výsledkem může být dušnost, chronický kašel a zvýšené riziko rakoviny jazyku, ústní dutiny, hrtanu, plic. Riziko těchto komplikací se zvyšuje v kombinaci s užíváním tabákových výrobků (Miovský in Kalina, 2003).

„Chemické složení tabákového kouře a konopného kouře je velmi podobné, nicméně ve srovnání s průmyslově vyráběnými cigaretami je množství dehtu vdechovaného při kouření konopí čtyřikrát větší“ (Engelander, et al., 2010, s. 69).

Užíváním konopí zvláště riskují ženy v těhotenství. Dítě se může narodit předčasně, nebo s nízkou porodní váhou. Důvod je stejný jako u kouření tabáku - plod je nedostatečně okysličován. Výskyt jiných nežádoucích účinků THC na dítě dosud nebyl prokazatelně potvrzen (Mioviský in Kalina, 2003).

Z dosavadních výzkumů vyplývá, že užívání konopí snižuje sexuální touhu a u mužů počet spermií. U žen může docházet k menstruačním problémům a nepravidelnosti period (Mioviský in Kalina, 2003).

Při dlouhodobém a intenzivním užívání si může, stejně jako u jiných drog, uživatel vytvořit na THC toleranci, tzn., že k dosažení stejného účinku je zapotřebí stále většího množství látky (Mioviský in Kalina, 2003).

„Závislost na konopí je obvykle charakterizována neschopností kontrolovat jeho užívání bez ohledu na pocíťování negativních důsledků v každodenním životě a výskytem množství odvykacích symptomů, pokud člověk přestane konopí užívat“ (Engelander, et al., 2010, s. 70).

Vzhledem k faktu, že užívání konopí navozuje změnu nálady a duševního rozpoložení, její dlouhodobé intenzivní užívání může mít negativní dopad i na duševní zdraví. Zvláště ohroženy jsou osoby, které nebyly zcela v pořádku již před vlastním užíváním a marihuanou regulují své nálady a emoce (Mioviský in Kalina, 2003).

Vlivem dlouhodobého intenzivního užívání může dojít i k úbytku energie/motivace a zhoršení schopnosti soustředit se. Tento jev bývá označován jako „amotivační syndrom“. (Mioviský in Kalina, 2003)

2.2.3 Jak to zvládnout bez kouření

Zde můžeme použít preventivní metody a dopředu se připravit na situace, v nichž může být droga nabízena a naplánovat si možné způsoby jejího odmítnutí. Odmítnutí by mělo znít jasně a rozhodně např. „Ne díky“. Poté danou osobu požádejte, aby vám přestala konopí nabízet. Důležité je nenechávat prostor pro další podobné nabídky v budoucnu, vyhněte se proto odpovědím typu „Dnes ne“. Váš rozhodný postoj podpořte přímým pohledem, nezapomínejte na rozdíl mezi asertivní, pasivní a agresivní reakcí (Hajný, 2001).

Rizikové situace, tedy situace spojené s užíváním drogy je možné nahradit různými alternativními činnostmi (Hajný, 2001).

„Při absenci jakékoli drogy ve vašem organismu po jejím předchozím dlouhodobém užívání může vaše tělo procházet obdobím návratu do stavu „normálního“ fungování bez drog. Toto období opětovného přizpůsobení podmínkám se označuje jako odvykací stav“ (Engelander, et al., 2010, s. 74).

Příznaky a intenzita odvykacího stavu při vysazení konopí může být u každého člověka jiná. Zatímco někteří tento stav vůbec nepocítí, jiní mohou procházet velice silnými abstinenciálními příznaky spojenými např. s poruchami spánku, úzkostí, podrážděností, náladovostí, pocením, třesem, apod. Většinou odezní po čtyřech až sedmi dnech. Poruchy spánku a náladovost může přetrvávat i déle (Engelander, et al., 2010).

2.2.4 Historie konopných drog

První zmínky o halucinačních účincích hašiše pocházejí už z doby legendárního čínského císaře císař Šen-nunga (kolem roku 2 000 př. Kr.). Účinky vdechování kouře ze spálených konopných semen Skythskými válečníky věrně popisuje i antický historik Herodotos kolem roku 500 př.Kr. Její psychoaktivní vlastnosti jsou tedy známi již tisíce let, ale rostlina *Cannabis sativa* byla využívána především pro její silný vláknitý stonek, ze kterého se vyráběly pevné konopné provazy. Svědčí o tom nálezy z období kolem roku 3 000 př. Kr. v Turkestánu. Semena sloužila jako důležitý zdroj bílkovin oleje.

Lidé využívali vlastnosti rostliny i k léčení různých tělesných neduhů např. při léčení vředů, nádorů, na uklidnění při poruchách spánku, nebo při potlačování bolesti u revmatických onemocnění či bolestech u porodu. Halucinogenních vlastností konopí bylo hojně využíváno indickou kulturou kolem 13. století. Rostlina i s ní spojený návyk se z Indie do Evropy dostal až mnohem později prostřednictvím Napoleonových vojáků a britských lékařů, při tažení na Blízký východ. V Evropě zaznamenává hašiš vrchol v 19. století, kdy ho pro zlepšení uměleckých výkonů konzumovali přední francouzští spisovatelé jako Charles Baudelaire, Honoré de Balzac, apod. Do Spojených států se marihuana dostala až ve 20. letech minulého století spolu s mexickými dělníky. (Mann, 1996)

„Drogy vyrobené z konopí užívá v nejrůznějších formách velké množství lidí. Na Dálném východě se, zvláště v Indii, se konopí dodává ve třech formách: relativně slabí bhang a dva siné pryskyřičné přípravky – ganja a charas, získané z kvetoucích vrcholů vybraných divokých odrůd rostliny. Na Blízkém východě převládá hašiš, zatímco v Africe se listy suší a pak se kouří spolu s tabákem“ (Mann, 1996, s. 72). V arabských zemích se ve velké míře konzumuje dodnes.

2.3 Pervitin a skupina budivých aminů

Pervitin patří mezi budivé aminy. První zástupce budivých aminů je amfetamin, jenž byl syntetizován v roce 1887 a jeho účinky byly prozkoumány až počátkem 20. století. Ještě v roce 1939 byl ještě paradoxně považován za látku s minimálním rizikem závislosti. Vedle amfetaminu patří do skupiny budivých aminů i metamfetamin (pervitin), MDMA (extáze) a další látky proti únavě, narkolepsii, nadměrné chuti k jídlu apod. (Minařík in Kalina, 2003).

Amfetamin je nejrozšířenější drogou této skupiny ve světě. U nás je touto látkou metamfetamin (pervitin), jenž má stejné účinky jako amfetamin, ale tyto účinky jsou mnohem intenzivnější.

V čistém stavu má formu mikrokrytalického bílého prášku bez zápachu, hořké chuti. Častěji ale bývá zabarven do žluta nebo fialova, což způsobují příměsi používané

při domácí výrobě. Výchozí látkou pro jeho výrobu je efedrin (Minařík in Kalina, 2003).

Způsoby aplikace mohou být ústy, šňupáním nebo nitrožilně. Poslední způsob je v ČR nejčastější.

„V CNS pervitin zvyšuje koncentraci mediátorů – monoaminů (dopaminu, noradrenalinu a serotoninu) v interneuronálních synapsích. Po odeznění efektu dochází k depleci (nedostatku) neuromediátorů, to je příčinou nepříjemného stavu, tzv. „dojezdu““ (Minařík in Kalina, 2003, s. 166).

Pervitin významně ovlivňuje jak motorické, tak i psychické funkce. Způsobuje euforii, nechutenství a uvolňuje v těle zásoby energie, která zvyšuje výkonnost celého organismu a oddaluje pocit únavy. Zvyšuje pozornost, soustředěnost, pocit sebejistoty, zlepšuje schopnost empatie, odstraňuje zábrany apod. Akutní intoxikace se projevuje hyperaktivitou, neklidem, bolestí hlavy, zvýšenou tělesnou teplotou, mohou se objevovat křeče, delirium, bolesti na hrudi, tachykardie s arytmiemi apod. (Minařík in Kalina, 2003).

Dlouhodobé užívání způsobuje celkovou sešlost v důsledku podvýživy, bolesti kloubů, bolesti u srdce, krvácení vnitřních orgánů apod. Po psychické stránce dochází k pocitům permanentního strachu a neklidu, depresím, zmatenosti, jež mohou vyústit až v toxickou psychózu. U toxické psychózy při chronickém onemocnění dochází ke značnému úbytku inteligence, nastává apatie, bezradnost, paranoia, objevují se halucinace a bludy. Velký úbytek inteligence nastává u drog morfinových (Minařík in Kalina, 2003).

2.4 Halucinogenní drogy

Patří mezi nejvíce vědecky prozkoumanou skupinu drog. Jejich obliba netkví pouze v jejich účincích na psychiku člověka, ale i v jejich určité nevyzpytatelnosti a tajemství (Miovský in Kalina, 2003).

Halucinogeny lze obecně rozdělit do tří základních skupin:

- Přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu (mezkalin, durman, psilocybin, apod.)
- Přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. bufetenin)
- Polosyntetické a syntetické (např. LSD a PCP – andělský prach)

„Halucinogeny vytvářejí změnu stavu vědomí, jakýsi snový svět, v němž konzument pocítuje výraznou změnu ve vnímání prostoru, času, barev, zvuku, hmatu, čuchu a chuti, na rozdíl od alkoholu či morfinu nezpůsobují tyto látky zatmění smyslů“.
(Mann, 1996, s. 65)

2.4.1 Psilocybin

Je látka obsažená v houbách rodu Lysohlávek a u nás patří mezi nejrozšířenější přírodní halucinogeny. Dostupnost této houby je snadná díky jednoduchému sběru a přípravě. Užívání houbiček sebou nese velké riziko, protože množství aktivní látky v houbě nelze odhadnout. Účinky LSD a psilocybinu jsou si velice podobné. Po krátkém období latence (od několika minut do jedné hodiny) se objevují první příznaky intoxikace. Období latence i síla účinku závisí na množství a čistotě použité látky, a na individuální citlivosti konzumenta. Zpočátku se objevují pocity mírného chvění, obtížná koordinace pohybů, závratě, nevolnost, apod. Tyto příznaky ale během krátké chvíle odezní. Většinou se jedná o dobu 4 – 8 hodin. Nižší dávky způsobují iluze a pseudohalucinace. Typická je citlivost k prostorovému vnímání a vnímání barev (kaleidoskopické obrazce). Nižší dávka obvykle navozuje pocity mírné euforie a dobré nálady. Mohou se ale vyskytnout i pocity nepohody a úzkosti vedoucí až k depresím. Vyšší dávky způsobují intenzivní halucinace tj. stav, který není možné ovlivňovat vlastní vůlí. Může dojít k vážnému poškození myšlení, úsudku, pozornosti a může se objevit i paranoia (Miovský in Kalina, 2003).

Mimo samotné látky se na projevech účinků zásadně podílí i momentální psychické rozpoložení uživatele tzn. jeho očekávání, únava, individuální citlivost, ale také prostředí, ve kterém je droga užívána tzv. setting (Miovský in Kalina, 2003).

2.4.2 LSD

LSD - „Amidy kyseliny lysergové patří mezi nejsilnější halucinogeny, které známe, působí již v dávkách několika málo mikrogramů na kilogram tělesné váhy“ (Mann, 1996, s. 84).

Našem našem trhu se LSD vyskytuje převážně ve formě tzv. tripů či krystalků. Tripy jsou malé papírové čtverečky s různobarevným potiskem napuštěné nepatrným množstvím účinné látky (Miovský in Kalina, 2003).

Krystalky, nebo také granulky, mají tmavomodrou nebo zelenou barvu a připomínají umělé hnojivo. Jak trip, tak i krystalky se užívají perorálně. Účinnou látkou je diethylamid kyseliny lysergové – LSD 25. V nelegálně vyráběné droze bývá přítomna řada různých příměsí a nečistot, které výrazně zhoršují předvídatelnost účinku. Jako příměsí bývají použity látky ze skupin stimulantů např. extáze. V tomto případě už je nejedná o čisté účinky LSD, ale o tzv. účinky kombinované (Miovský in Kalina, 2003).

Látky jako jsou LSD nebo psilocybin nevyvolávají typickou závislost tak, jak se projevuje u jiných drog, nedochází k tzv. syndromu odnětí drogy, ale mohou a také fungují jako spouštěče latentního duševního onemocnění (Miovský in Kalina, 2003).

V ČR se mimo LSD a psilocybinu nachází ještě velké množství dalších halucinogenů, ale jejich využívání je značně omezené a to jak jejich dostupností či složitostí přípravy, tak i charakterem účinku a jejich mnohem větší nebezpečností. Jedná se např. o bufotenin (ropuší jed), muscarin (jed obsažený v mochomůrce) apod. Ve světě se vyskytuje mnoho stovek různých halucinogenních látek např. mezkalin z kaktusu *Lophophora Williamsi*, durman, rulík zlomocný, atd. Experimenty s těmito látkami mohou díky nezkušenosti a špatné možnosti regulace dávkování končit vážnými otravami až smrtí (Miovský in Kalina, 2003).

2.4.3 Kokain

Většinou se vyskytuje ve formě bílých lesklých šupinkovitých krystalů bez zápachu, nahořklé chuti, znecitlivující jazyk. Tradičním způsobem užívání je žvýkání samotných kokových listů. V našich podmínkách je užíván převážně šňupáním (vstřebává se mukózní membránou v nose). Po několikátýdenním užívání však poškozují nosní přepážku (narkomanům teče z nosu) a vede k fyzické závislosti. Injekční aplikace je méně častá. Dlouhodobé užívání kokainu šňupáním vede k vážnému poškození nosní sliznice s postižením či celkovou ztrátou čichu (Minařík in Kalina, 2003).

Daleko výrazněji se závislost na kokainu projevuje při jeho užívání kouřením. Jde o tzv. „krek“, jehož účinky narkomané popisují jako „orgasmus v každé buňce“. Účinky se dostávají v průběhu několika sekund po inhalaci. Intenzivní stav euforie trvající cca 10 minut vystřídá hluboká deprese, která nutí uživatele k další dávce. Narkoman je schopen toto opakovat v patnáctiminutových intervalech až po dobu 72 hodin bez jídla a spánku dokud nezkolabuje (Minařík in Kalina, 2003).

Účinky kokainu jsou velice podobné účinkům jiných stimulantů a záleží na velikosti dávky a na způsobu aplikace. Průměrně ale trvají krátce, cca 30 minut. Kýžené pocity z užívání kokainu (euforie, veselost, příjemné halucinace, touha po pohybu, apod.) se dostaví až po delší době užívání. Při prvním užití mohou být pocity i velice nepříjemné. Může se objevit srdeční slabost, třes rukou, mrazení, apod. (Minařík in Kalina, 2003).

Kokain, je velice silné anorektikum tzn., že výrazně snižuje chuť k jídlu, což má za následek nezdravou vyhublost a celkové oslabení organismu. Stejně jako u většiny stimulantů nevzniká na kokainu tělesná závislost, ale o to silnější vzniká závislost psychická. Psychická závislost na kokainu je považována za vůbec nejsilnější (Minařík in Kalina, 2003).

Při předávkování dochází k záchvatům a křečím a jedinec umírá na ochrnutí dýchacího centra (Minařík in Kalina, 2003).

Toxické psychózy, charakteristické pro všechny stimulanty, se u kokainu projevují halucinacemi, při nichž má uživatel pocit, že je napaden hmyzem a stálý pocit ohrožení může vést až k agresivitě. Po vysazení drogy většinou psychóza bez následků odezní. U disponovaných jedinců může ale dále přetrvávat (Minařík in Kalina, 2003).

2.4.4 Historie kokainu

Kokain je účinná látka obsažená v rostlině Rostlina *Erythroxylon coca*. Poprvé byla vyšlechtěna ve střední Amazononii. Ve velkém se pěstuje na úpatí And v Peru a Bolívii. Doklady o využívání této látky sahají přinejmenším do doby Nazků (kolem roku 500 po Kr.). O významném postavení této rostliny mimo jiné vypovídá i skutečnost, že byla nalezena u ostatků peruánského vladaře té doby. V Andách byla koka hojně využívána Inky kolem 10. století, kdy byla jejich kultura na vrcholu. Inkové rostlinu uctívali jako dar od bohů, který jim má pomoci utiřit hlad a oddálit pocit únavy. Šamany byla využívána k různým náboženským obřadům. Roku 1533 vtrhli do království Inků Španělé a droga se rychle rozšířila po Evropě, kde se jí pro její vlastnosti začalo říkat „elixír života“. K masovému rozšíření došlo v 60. letech 19. století, kdy Angelo Mariani uvedl na trh své víno, pastilky a další preparáty obsahující velké množství výtažku z koky. Tyto výrobky měly obrovský úspěch. Podobná směs získala popularitu i ve Spojených státech amerických. Na počátku 80. let 19. století uvedl lékárník John S. Pemberton na trh posilující nápoj, jehož základem bylo víno, výtažky *Erythoxylonu coca* a *Cola nitida* (kofien). Za americké prohibice nahradil víno sirupem a vznikla „Coca Cola“. Obavy z narkotických účinků koky vedli v roce 1904 k jejímu zákazu používání. Čistý kokain se podařilo izolovat Albertu Niemannovi v 2. polovině 19. století. Mezi prvními experimentátory s touto látkou byl i Sigmund Freud. Jeho mladý asistent Carl Köler jako první prokázal účinky kokainu v lokální anestezii a jako oftalmolog ho využíval při různých očních operacích. Dnes se místo kokainu k lokální anestezii používají převážně syntetické preparáty.

V Jižní Americe je žvýkání listů koky stále velmi rozšířené. Nejen pro jeho povzbuzující účinky, ale i pro množství vitamínů, a jiných látek, které pomáhají

v prevenci skorbutu a jiných chorob z nedostatku vitamínů v oblastech chudých na čerstvé ovoce a zeleninu (Mann, 1996).

2.5 Sedativa

2.5.1 Opioidy a opiáty

Opioidy na organismus působí pomocí opioidních receptorů označených řeckými písmeny μ (mí), δ (delta), κ (kappa) a σ (sigma). V lékařství jsou využívány jako nejúčinnější tlumící léky tzv. analgetika, nebo např. léky proti kašli tzv. antitusika, která utlumují kašlací reflex. Účinek opioidů závisí na typu vazby látky s opioidními receptory, které se nacházejí v celé centrální nervové soustavě (Minařík in Kalina, 2003).

μ (mí-receptory) - působí analgeticky, euforicky a vedou k útlumu dechu (tyto receptory jsou zásadní pro vznik závislosti).

δ (delta-receptory) - vyskytují se okrajově a podílejí se na analgezi.

κ (kappa-receptory) - podílejí se na analgezi na míšní úrovni, vedou k útlumu, k pocitům úzkosti a rozmrzelosti.

σ (sigma-receptory) – podílejí se na působení některých psychotropních látek a na pocitech úzkosti a rozmrzelosti.

Opioidy dělíme podle síly vazby k receptoru tzv. afinity a síly aktivace receptoru tzv. vnitřní aktivity na (Minařík in Kalina, 2003):

- Opioidní agonisté – silná jak vazba, tak i aktivace. Tyto opioidy vyvolávají typické účinky opiátů, jako jsou např. morfin nebo kodein.
- Opioidní antagonisté – silná vazba receptoru, ale žádná aktivace. Blokují receptor a brání účinku jiného opioidu. Využívají se při předávkování (naloxon)

- Částeční opioidní agonisté – antagonisté – některé receptory aktivují, jiné blokují (butorphanol, pentazocin).
- Částeční opioidní antagonisté (dualisté) – silná vazba, ale slabá aktivace (buprenorfin)

Z toho vyplývá, že látky se silnou vazbou a aktivací μ -receptorů jsou, co se týče vzniku závislosti vysoce rizikové (morfin, heroin). Naproti tomu látky, které μ -receptory blokují, vyvolávají prudký odvykací stav (naloxon) (Minařík in Kalina, 2003).

Opioidy působí na centrální nervovou soustavu obecně tlumivě. V lékařství jsou využívány jako nejsilnější lék proti bolesti (analgetika – anodyna). Potlačují bolest, působí euforicky, způsobují zklidnění až ospalost. Vlivem útlumu může dojít i k zástavě dechu, zástavě krevního oběhu, ke vdechnutí žaludečního obsahu, hypotermii apod. Prvními příznaky intoxikace je poškrábávání po celém těle a to i v bezvědomí. Intoxikaci provází příjemné zklidnění a pocit euforie, které více než jiné účinky podléhá toleranci (Minařík in Kalina, 2003).

Při dlouhodobém užívání bývá nejvíce postižen charakter jedince, což vede k etické degradaci uživatele. Závislý je líný, chybí mu vůle, ztrácí libido a potenci, objevují se deprese a děsivé pseudohalucinace. Také nezdravá životospráva a nesterilní injekční aplikace drogy vede k infekcím a celkovému vyčerpání organismu. Nekonečná smyčka závislosti, do které se jedinec chytil, může vést až k sebevraždě. Opiáty také výrazně ovlivňují produkci endogenních opioidů (endorfin, enkefalin, dynorfin) tj. látek, které přirozeně potlačují bolest. Zpočátku sice dochází k jejich stimulaci, ale při dlouhodobém užívání jejich výdej zpomalí nebo dokonce zastaví a navíc přispívají k jejich rozkladu (Minařík in Kalina, 2003).

Hlavní příznaky odvykacího stavu na opiátech se v lehčích případech projevují bolestí břicha, průjmy, neklidem a nespavostí. V těžších případech se přidává pocení, zvýšená teplota, pokles tlaku, poruchy řeči, třas, nechutenství, apod. V těch nejtěžších případech může dojít i ke kolapsu celého organismu a k úmrtí (Minařík in Kalina, 2003).

Při léčbě závislostí na opiátech se někdy využívají antidota (např. naloxon), která blokují opioidní receptory a brání tak intoxikaci. Při dostatečně vysoké dávce těchto látek ale také může dojít k intoxikaci, k masivnímu předávkování a k úmrtí. Častější metodou je tzv. substituční léčba tj. převedení závislého na jiný „bezpečný“ opiat (ethylmorfin, metadon, bupremorfin), který se postupně vysazuje snižováním dávek. Odvykací stav se projeví v závislosti na užívané látce, výši dávky a stavu organismu uživatele. Např. u heroínu se první symptomy odvykacího stavu objeví během prvního dne a vrcholí třetí až čtvrtý den. Po týdnu většina symptomů z větší části odezní. Některé, např. porucha spánku mohou přetrvávat ještě měsíce po ukončení užívání (Minařík in Kalina, 2003).

Léčbu závislosti na opioidech a opiátech můžeme rozdělit na léčbu vedoucí až k úplné abstinenci a na léčbu substituční. Substituční léčba vede ke stabilizaci dlouhodobých uživatelů, jež může představovat jak řešení přechodné a směřovat přes snižování dávek až k abstinenci, tak řešení dlouhodobé, kdy uživatelé zůstávají na substitučních drogách řadu let (Minařík in Kalina, 2003).

2.5.2 Heroin

Heroin se na trhu objevuje ve dvou základních formách: heroin bílý a heroin hnědý. Běžnější a na trhu dostupnější je heroin hnědý (hnědý sypký prášek), který nejčastěji pochází z Afgánistánu. Méně častý a mnohem dražší je heroin bílý (bílý sypký prášek), jenž nejčastěji pochází z jihovýchodní Asie. Bílý heroin lze vzhledově velice snadno zaměnit např. za pervitin či kokain (Minařík in Kalina, 2003).

Nejčastější, ale také nejrizikovější užívání heroínu je nitrožilní aplikace. K tomuto způsobu užívání dochází vlivem zvyšování tolerance a potřebou stále vyšších dávek, které se stávají finančně neúnosné. Další méně nebezpečné způsoby užívání jsou šňupání, kouření a inhalace z hliníkové fólie. Způsob užívání závisí i na samotné droze např. hnědý heroin má zásaditou reakci a nespodně se rozpouští. Proto je vhodnější ke kouření nebo k inhalaci. Při přípravě k injekční aplikaci se musí smíchat s nějakou kyselinou (většinou krystalickým vitamínem C, apod.). Pro injekční aplikaci, nebo pro šňupání je vhodnější heroin bílý (Minařík in Kalina, 2003).

Vlivem tolerance se dávky od počátečních cca 100mg/den zvýší až na několik gramů/den rozložených do několika dávek. Mezi dávkou vyvolávající intoxikaci a dávkou, která je smrtelná je jen velmi malé rozpětí. Při zvyšující se toleranci se toto rozpětí ještě zužuje a snadno dochází k předávkování (Minařík in Kalina, 2003).

Heroin je droga s tzv. neakceptovaným účinkem. Závislost, jak fyzická, tak i psychická a vzniká již po několika týdnech denního užívání. Mimo jiné, těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci, se kterou je spojená kriminalita jako jediný možný způsob získávání finančních prostředků na nákup další dávky. Mezi další neakceptovatelná rizika patří nitrožilní aplikace drogy a s ní spojená nákaza a šíření HIV, viry hepatitid, možných infekcí a předávkování (Marhounová, Nešpor, 1995).

„Heroin je pokládán za společensky nejnebezpečnější drogu – stimuluje k násilí a zabití. Heroin bývá také pokládán za tzv. nejtvrďší drogu a návyk na ni bývá nejčastěji vyvrcholením drogové závislosti jedince“ (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 74).

Odvýkací syndrom přichází asi po deseti hodinách od poslední aplikace, a trvá cca deset dní. Pro tento stav není důležitý způsob aplikace, ale množství a pravidelnost užívání. Po překonání tohoto stavu rychle klesá tolerance a hrozí riziko smrtelného předávkování dávkou i mnohem menší, než předtím zcela běžně užívanou (Minařík in Kalina, 2003).

2.5.3 Historie heroinu

Opium se získává z nezralých makovic máku setého. Je to hnědá gumovitá hmota obsahující zhruba 25 hmotnostních % opiových alkaloidů, z nichž nejdůležitější je morfin (až 17 % hmotnosti) a kodein (až 4 %). Už Klaudios Galénos, jeden z nejznámějších starověkých lékařů, využíval analgetických účinků morfia proti chronickým bolestem hlavy, závratím, astmatu, horečkám, ženským obtížím, apod. Díky svému širokému spektru působení byla tato látka velice oblíbená nejen mezi lékaři, ale i mezi pacienty. Přes arabskou říši, která se po smrti Mohameda (roku 632) rozpínala od Španělska na západě až k Indii na východě, se opium dostalo v 8. století do Persie, Indie a dnešní Malajsie a ve středověku i do Číny. K jeho zpopularizování

výrazně přispěl v 16. století alchymista, astrolog a lékař Paracelsus, který začal používat preparáty z opia pod názvem laudanum (z latinského laudare – chválit). Popularita kouření opia je spojena s objevením kouření tabáku v 15. století. Kouření tabáku bylo velice oblíbené mezi námořníky, kteří tento zvyk rozvezli do Číny, Indie, Japonska a Thajska. V Číně se tento zvyk rozšířil natolik, že roku 1644 vydal císař Tsung-chen na tabák zákaz. Následkem toho došlo k přeorientování na opium. Závislost na opiu rychle stoupala a místní produkce nebyla schopna pokrýt poptávku. Tohoto nedostatku využili britští a američtí obchodníci a počátkem 30. let 19. století začali opium z Indie do Číny pašovat. Roku 1839 uvalila čínská vláda zákaz i na opium a tím začala první opiová válka. Po třech letech byla Čína nucena kapitulovat a na základě dohod mezi Čínou a Velkou Británií se import opia obnovil. V následujících letech však začala vyvstávat otázka, zda je takovéto obchodování morální a roku 1908 se Británie rozhodla export omezit. Když se opium začalo díky čínským přistěhovalcům šířit i do USA, Austrálie Jižní Ameriky, rozhodli se i ostatní vlády přijmout opatření proti používání této drogy a v roce 1909 byla ustavena Mezinárodní komise pro opium. Po první světové válce převzala kontrolu nad opiem a dalšími narkotiky nově vytvořená Liga národů, která mimo jiné vydala prohlášení, že by měly všechny signatářské země zavést zákony a předpisy o omezení využití narkotik. Avšak chudých farmářů v tzv. zlatém trojúhelníku na rozhraní Barmy, Thajska a Laosu se tyto ideje příliš nedotkly. Pěstování a výroba nelegálního opia byla a stále je pro většinu z nich jediným způsobem přežití (Mann, 1996).

Roku 1804 izoloval Armand Séquin hlavní účinnou látku opia a pojmenoval ji morfin po morfeovi (podle řecké mitologie je to bůh snů, syn boha spánku Hypna). Vynález injekční aplikace (roku 1853) a jeho schopnost účinně tlumit bolest předurčily morfin k využití za válečných konfliktů. Roku 1874 připravil britský chemik Alder Wright analog morfinu, který dnes nazýváme diacetylmorfin (diamorfin). Z této látky vyrobil Felix Hoffmann (z německé farmaceutické společnosti Bayer) lék, který byl roku 1898 uveden na trh jako nenávyková náhražka morfinu a jako dětská medicína proti kašli. Lék byl vítán jako hrdinský preparát a světlo světa spatřila jedna z „nejtvrdších“ drog - heroin (pravděpodobně z německého heroich – hrdinský, silný). Ukázalo se však, že stejně jako i jiné opiáty, metabolizuje heroin v játrech na morfin a tento objev ukončil jeho legální prodej (Mann, 1996).

„Na mezinárodní úrovni byl heroin zakázán či velmi omezen mezinárodními smlouvami, například Konvencí pro omezení výroby a kontrolu distribuce narkotických drog (Convention for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs) z roku 1931, kterou podepsalo i tehdejší Československo“ (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Heroin>).

Mozek si vytváří vlastní endogenní látky podobné opiátům. Existenci těchto látek se podařilo prokázat roku 1975 Johnu Hughesi a Hansi Kosterlitzovi z univerzity v Aberdeenu ve Velké Británii. Tyto látky zvané endorfiny se vážou na opiátové receptory a působí jako analgetika (Mann, 1996).

2.5.4 Braun

Je směs derivátů kodeinu a chemicky patří mezi polysyntetické opioidy. Je to typicky česká droga vyráběná v domácích laboratořích z léčiv obsahujících právě kodein. Je to tinktura hnědé barvy, která se aplikuje nitrožilně. Vznik závislosti je nižší, než u heroinu, ale jeho účinky a důsledky jsou heroinu a opioidům velice podobné (Minařík in Kalina, 2003)

2.5.5 Metadon

Metadon patří mezi syntetické opioidy stejně jako morfin. Je opioidní agonista. V substituční léčbě je využíván pro svůj mimořádně pomalý nástup účinku doprovázeného pouze minimálním pocitem euforie, jenž výrazně snižuje riziko závislosti. Poločas rozpadu metadonu výrazně převyšuje poločas rozpadu heroinu, což umožňuje jeho bezpečné dávkování 1x denně. Nejčastější způsob aplikace je per os tj. ústy, ale v zahraničí se používá i injekční forma (Minařík in Kalina, 2003)

2.6 Analgetika, sedativa a trankvilizéry

„Analgetika jsou látky, které s dostatečnou selektivitou snižují vnímání bolesti. Bolest sama o sobě má značný biologický význam – varuje organismus před poškozením a signalizuje přítomnost nemoci, je tedy symptomem (příznakem). Bolest však mnohdy svůj smysl ztrácí, a to v případě, kdy nemocného vysiluje. V krajním případě může navodit šokový stav, onemocnění zhoršuje a tudíž se sama stává nemocí“ (Bayer in Kalina, s. 180)

Analgetika můžeme rozdělit na dvě základní skupiny a to na opioidní analgetika a nesteroidní antiflogistika (Bayer in Kalina, s. 180).

Opioidní analgetika se používají na tišení středně silné až silné bolesti většinou po operacích, úrazech či u onkologicky nemocných. Působí na centrální nervový systém, mozek a míchu stejně, jako tělu vlastní látky – opiopeptiny (Bayer in Kalina, s. 180).

Nesteroidní antiflogistika (NSA) působí v místě bolesti, kde se vytváří zánětlivá reakce. Blokují tvorbu látek, které dráždí nervové zakončení a tím vyvolávají bolest. Používají se na tišení nižší až středně silné bolesti kloubů, svalů, revmatických onemocnění, apod. (Bayer in Kalina, s. 180).

3 ZÁVISLOST

„Odsuzujeme-li toxikomany, odsuzujeme v podstatě sami sebe. Jsme přesvědčení, že k našemu životu by nemělo patřit nic negativního: bolest, nespavost, strach, trápení nevypočitatelné a neočekávané události považujeme za zbytečné okliky, které musíme a můžeme organizací odstranit“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 10).

„Návyk na léky, drogy nebo alkohol je podle definice WHO (Světové zdravotnické organizace) stav periodické nebo chronické intoxikace (otravy) psychotropními substancemi (návykovými látkami), jenž je vyvolán opakovaným užíváním přirozené nebo syntetické drogy a je škodlivý pro jednotlivce a společnost“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 20).

Podle Světové zdravotnické organizace byla dříve závislost na drogách definována jako „stav fyzické a psychické vazby jedince na jednu nebo více drog, užívaných průběžně, se škodlivými následky jak pro jedince, tak pro společnost“ (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 56).

Podle současné Mezinárodní klasifikace nemocí (10. verze – The ICD – 10. Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines) je závislost chápána jako „skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“ (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 56).

„Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky (které mohou avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák“ (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 56).

Podle ICD 10 (mezinárodní klasifikace chorob) se pokládá za závislost, když byla během posledního roku splněna tato kritéria (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 20):

- silné přání požívat psychotropní substance
- snížená schopnost kontroly pokud jde o začátek, ukončení a množství požívané substance

- užívání substance ke zmírnění abstinenčních syndromů
- rozvoj tolerance
- omezený úsudek o chování při zacházení se substancí
- pokračující zanedbávání ostatních, dříve výše hodnocených zájmů
- pokračující užívání substance přes dokázané škodlivé psychické, tělesné či sociální následky

„Psychoaktivní látky, ať již přirozené nebo syntetické, vyvolávají závislost, jsou trojího druhu“ (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 57):

1. působící psychostimulačně – vyvolávají stavy euforie a zrychlují psychomotoriku
2. působící psychoinhibičně – potlačují úzkost a depresi a snižují motoriku
3. působí vysloveně desintegračně – vyvolávají iluze a halucinace.

Tyto látky se dostávají do organismu (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 57):

1. ústy (per os), případně jinými tělesnými otvory
2. injekčně (parenterálně)
3. kouřením, event. čicháním (inhalačně)
4. pokožkou (např. pomocí náplastí)

Z Mezinárodní klasifikace nemocí dále vyplývá, že k definitivnímu stanovení diagnózy závislosti by mělo dojít pouze v případě, že během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 56):

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- 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 tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se závěrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příklady 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.

Stadia závislosti pro tzv. ilegální drogy (Göhlert, Kühn, 2001, s. 45):

euforické počáteční stadium

- lehký přístup k droze
- zbavení úzkosti, uvolnění, omámení
- vzrůstající pocit sebehodnocení

- „zvýšené sebevědomí“

kritické stadium navykání

- zmírnění účinku se stupňováním dávek drogy
- konflikty v zaměstnání a ve škole
- zúžení zájmů
- finanční problémy
- poruchy sebehodnocení

stadium návyku, respektive závislosti

- ztráta kontroly nad drogou a dávkou
- pokles pracovní schopnosti ve škole a v povolání
- kriminalita a vyřazení ze společnosti
- změna osobnosti a abstinenční příznaky
- tělesná poškození

chronické stadium rozkladu

- úbytek snášenlivosti drogy
- neschopnost finančně se zaopatřit
- zchudnutí
- bezdomovectví
- opuštěnost, zanedbanost
- těžká tělesná onemocnění

- duševní rozklad

V literatuře také můžeme narazit na pojmy jako toxikomanie a narkomanie. Oba tyto pojmy shodně vyjadřují závislost na psychoaktivních nealkoholových drogách. Od jejich užívání se ale upouští a nahrazují se pojmy drogová závislost a závislost na drogách (Marhounová, Nešpor, 1995).

„Mnozí autoři uvažují o závislosti na psychoaktivních látkách jako o poruchách chování v nejširším slova smyslu, přičemž na jejich vzniku mají podíl psychologické, sociokulturní a biologické faktory. Pro většinu závislých na nealkoholových látkách je typická zvýšená zvědavost, touha po dobrodružství, snaha účastnit se všech aktivit stupiny“ (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 77).

Závislost na psychotropní látce může být jak psychická, tak i fyzická.

Psychická závislost je „nepotlačená touha užívat psychotropní substanci pro její povzbuzující, euforizující, stimulující nebo také tlumivý a halucinogenní účinek. Touha získat drogu všemi prostředky a konzumovat ji, je tak silná, že konzument má sotva šanci jí odolat“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 21).

Touha po zopakování účinku drogy vede ke stále častějšímu užívání. Toto puzení se označuje jako psychická žádostivost – „carving“ (Göhlert, Kühn, 2001).

Fyzická závislost vzniká „při absolutní nebo relativní abstinenci, tedy když úplně chybí substance nebo se redukuje dávka, dochází k mučivým abstenenčním jevům. Základem je skutečnost, že se biochemické hospodářství konzumenta nastaví na substanci a po určité době může fungovat jen s drogou“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 22).

„Tělesnou závislost lze přiměřenou lékařskou péčí překonat v poměrně krátké době (během dvou až čtyř týdnů), zatímco psychická závislost v pojetí klinické psychiatrie přetrvává po celý život. To tedy znamená, že člověk, u něhož se už vyvinulo závislostní onemocnění, se ho nezbaví po celý život“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 23).

K fyzické a psychické závislosti patří i závislost psychická, která se projevuje závislostí na konkrétní skupině, která užívání drog toleruje, nebo podporuje a naopak

izolací od těch, kdo užívání drog neschvalují a snaží se dotyčným pomoci (Hajný, 2001).

3.1 Příčiny užívání

Mezi hlavní důvody pro požívání psychotropních látek patří úsilí o emoční přeladění, únik za všednosti, okamžitá potřeba odreagovat se, protest proti existující konvenci, užívání látky pro přijetí do určité sociální skupiny, apod.

Z toho vyplývá, že za vznikem závislosti stojí tři hlavní faktory – biologické, psychické a sociální (Elliottová, 1995).

Mezi biologické faktory můžeme zařadit např. alkoholovou závislost u dětí, mající rodiče alkoholiky či uživatele jiných návykových látek.

„U psychických faktorů mluvíme nejčastěji o motivaci jedince, která zapříčiní následné užití návykové látky. Nejčastěji se jedná o následující pohnutky“ (Vágnerová, 2008, s. 552):

- Únik z reality a vyhýbání se problému, který jedince tíží.
- Navození příjemného pocitu, který není jinak dostupný
- Snaha o uchování a upevnění vztahů v rámci určité skupiny, u které je užívání drog standardním typem chování

Posledním faktorem, který výrazně ovlivňuje případný vznik závislosti, je faktor sociální, tedy prostředí, které nás obklopuje a ve kterém žijeme. V této souvislosti můžeme hovořit o prostředí sociálním, neboť je to právě společnost, která nás nejvíce ovlivňuje a dává nám jednotlivé impulzy odrážející se v našem následném chování (Vágnerová, 2008).

Z počátku droga mladému jedinci pomáhá potlačit nepříjemné pocity, jako jsou strach, nejistota, frustrace, apod. Zákeřnost závislosti však spočívá v její nenápadnosti. Jedinec začne na drogu a její účinky spoléhat jako na všelék a při sebemenším náznaku

potíží v ní hledá útočiště. Život je plný malých i velkých překážek, a pokud se jedinec špatně vyrovnává s nepříjemnými pocity, dřív nebo později se jeho zájmy omezí pouze na konzum. V následujícím stádiu se u jedince začnou projevovat typické symptomy charakteristické pro toxikonany. Zvyšuje se tolerance k užívané látce a k dosažení stejných účinků je uživatel nucen jí konzumovat stále více. Závislost nastává v okamžiku, kdy si je uživatel vědom své závislosti, ale už nemůže přestat. Musí mít drogu za každou cenu a při pokusu udělat přestávku se dostavují abstinenční příznaky (Göhlert, Kühn, 2001).

Všeobecné symptomy u toxikomanů

- změna okruhu přátel, sociální ústup
- úloha strukturovaných aktivit ve volném čase
- změněný denní rytmus (v noci aktivní, ve dne unavený)
- zvýšená potřeba peněz bez viditelných nákupů
- změněný výkon ve škole, přitom dotyčný dává vinu druhým
- častá onemocnění
- nezdravý, bledý vzhled
- silné zanedbávání vnějšího zjevu
- změna osobnosti a kolísání nálad
- v rozhovoru nesoustředěnost, neschopnost pozorně naslouchat

Každý člověk se občas ocitne v tíživé životní situaci, kdy se potýká s nepřízní osudu, nebo v situaci, kdy nejsou plně uspokojeny jeho potřeby a přání. Takovéto stresové situace bývají označovány jako frustrace. Jedinci se specifickou poruchou osobnosti bývají vystaveni těmito stresovým situacím častěji a ve větší míře. Reakcí na frustraci může být agresivita, útek do fantazie, kompenzace (náhrada nedosažitelného

cíle jiným), bagatelizace (zlehčování cíle), regrese (návrat na nižší vývojový stupeň), identifikace (ztotožnění se např. s jinou osobou, se kterou se cítí dobře), represe (potlačení frustrace), racionalizace (rozumové zdůvodnění neúspěchu) (Marhounová, Nešpor, 1995).

Nejčastější reakcí na frustraci, která často stojí u samotného rozhodnutí o přijetí psychoaktivní látky, je racionalizace. Jedinec si pro své nepřipustné chování najde zdůvodnění např. neúspěch v práci, ve škole, v lásce, apod. Nelze ovšem tvrdit, že sama specifická porucha osobnosti předurčuje jedince k závislosti na psychoaktivních látkách. Více jak polovina závislých jedinců měla ještě před vznikem závislosti osobnost blízko normě (Marhounová, Nešpor, 1995).

Na vzniku závislosti se může vedle frustrace podílet i neurotická porucha, kam patří fobické úzkostné poruchy, jiné úzkostné poruchy a obsedantně kompulzivní poruchy (Marhounová, Nešpor, 1995).

„Fobické úzkostné poruchy jsou skupinou poruch, u nichž je úzkost vyvolána určitými dobře definovanými situacemi nebo objekty vně pacienta, které běžně nejsou nebezpečné“ (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 62).

U jedince mohou tyto pocity oscilovat od mírného pocitu nepohody až k záchvatům děsu a strachu ze smrti. Fobií je celá řada. Mezi nejznámější patří sociální fobie (ze sociálního kontaktu), klaustrofobie (z uzavřených prostor), arachnofobie (z pavouků), xenofobie (z cizinců) apod. (Marhounová, Nešpor, 1995).

Hlavními symptomy jiných úzkostných poruch jsou nadměrné projevy úzkosti a strachu, které nejsou vázány na žádnou známou nebo předvídatelnou situaci. Záchvat paniky přichází náhle a jedince zcela ochromí. Ten si nesmyslnost svých pocitů uvědomuje, ale není schopen jim čelit. Zásadním faktorem vyvolávajícím nebo zhoršujícím tyto stavy je stres (Marhounová, Nešpor, 1995).

Pro obsedantně kompulzivní poruchu jsou charakteristické tzv. rituály. Jedinec trpí vtíravými představami tzv. obsesemi, které vyvolávají tíseň. Většinou jde o strachy z nemoci, zranění, nebo z jiných nepředvídatelných situací. Kompulze jsou činnosti, obvykle opakovaně vykonávané, kterými se jedinec snaží těchto obsesí zbavit. Pokud se

např. obsese týká strachu z bakterií, reakcí je kompulze - opakované mytí. Tyto stereotypní úkony často jedinec vykonává preventivně, aby obsesi předešel (Marhounová, Nešpor, 1995).

„U vývoje návyku nelze hledat jen jednu příčinu, je to souhra různých faktorů z okruhů osoba, droga a prostředí“. (Göhlert, Kühn, 2001, s. 25)

Jedná se o tzv. třífaktorovou strukturu podmínek, u které se hodnotí, zda mají její jednotlivé faktory pozitivní nebo negativní dopad. Např. malá nebo velká tolerance k frustraci, kladný nebo záporný postoj k drogám nebo jejich účinky. Tyto všechny faktory rozhodují o tom, zda se jedinec propadne do závislosti, nebo bude schopen konzumovat drogy bez tohoto rizika. (Göhlert, Kühn, 2001)

„Porucha sebehodnocení je podstatným rizikovým faktorem rozvoje toxikomanie. Většinou je spojena s chybějící sebejistotou při styku s ostatními a nedostatkem důvěry ve vlastní schopnosti“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 26).

Na začátku každého návyku většinou stojí legální droga, nebo droga lehce obstaratelná. Experimentováním s těmito látkami naznačuje určitý sklon jedince k pocitové manipulaci tzn. nahradit nepříjemné pocity příjemnými, nebo pouze umocnit ty příjemné. Je při tom ochoten akceptovat možná zdravotní rizika (Göhlert, Kühn, 2001).

Zajímavá je i teorie biologicky orientovaných odborníků, že děti z rodin uživatelů jak alkoholových, tak i nealkoholových drog mají sníženou produkci endorfinů, což jsou opioidní peptidy tj. endogenní látky s účinky podobnými morfinu na kterých vzniká závislost stejně jako na opiátech. Existenci těchto látek se podařilo prokázat roku 1975 Johnu Hughesi a Hansi Kosterlitzovi z univerzity v Aberdeenu ve Velké Británii Bývají také označovány jako hormony štěstí, protože mimo jiné způsobují dobrou náladu, tlumí bolest, tlumí stres, mírní nepříjemné pocity při svalové zátěži a celkově zjasňuje náš pohled na svět. Nedostatečnou produkcí těchto látek tedy může jedinec vnímat realitu naopak jako nepřátelskou, nehostinnou a plnou napětí. Droga může být z tohoto napětí možné východisko (Marhounová, Nešpor, 1995).

„Toxikomani používají drogy, aby manipulovali své pocitové stavy. V podstatě jde o to, potlačovat nepříjemné nebo vyvolávat příjemné pocity“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 11).

Vše je tedy pouze otázkou míry. Vykouření jednoho jointu o víkendu s kamarády pro uvolnění, vypití dvou piv za večer pro podpoření dobré nálady nebo sklenička vína po dobrém jídle ještě nemusí znamenat předzvěst závislosti. Důležité je, kdy, jak a v jaké souvislosti je „droga“ užita, přičemž není ani tak důležité množství, jako právě situace, při které k tomu dojde. Rizikovým chováním se naopak stává konzumace dvou piv po ránu, nebo vykouření jointu o přestávce ve škole.

3.2 Účinky drog

„Řada lidí závislých na droze vykazuje poruchy osobnosti a chování, pro které se užívalo adjektivum psychopatické. Psychopaté, tj. ti, kteří jsou nositeli psychopatických rysů, patří mezi anomální osobnosti. Psychopatie však není choroba, ale abnormní skladba osobnosti. Abnormalita psychopatů se týká oblasti jejich emocí, pudů, temperamentu, vůle, charakteru, prožívání a pochopitelně na základě toho i chování“ (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 58).

„Musíme však mít na paměti, že psychopatické rysy osobnosti nejsou v pravém slova smyslu duševní chorobou a že tudíž spáchané trestní činy nejsou exkulповány (zbaveny viny). Jinak je tomu u psychos, které jsou vážnou psychickou poruchou. (Nejznámější jsou maniodepresivní psychoza a schizofrenie“ (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 61).

Světová zdravotnická organizace rozdělila duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek na deset typů (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 57):

1. poruchy vyvolané požíváním alkoholu
2. poruchy vyvolané požíváním opioidů

3. poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů
4. poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik
5. poruchy vyvolané požíváním kokainu
6. poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancí (včetně kofeinu)
7. poruchy vyvolané požíváním halucinogenů
8. poruchy vyvolané užíváním tabáku
9. poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel
10. poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek

„Toxikomanie je zpravidla symptomem těžkého, chybného vývoje osobnosti. Jestliže můžeme duševní zdraví popsat jako schopnost reagovat na krize tohoto světa smysluplně a konstruktivně, pak není duševně nemocný právě tohoto schopen“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 94).

Závislost může výrazně negativním způsobem ovlivnit lidskou psychiku. Dlouhodobým užíváním psychotropní látky může dojít k poškození centrálního nervového systému, jež se projevuje změnou osobnosti uživatele a může vést až k psychózám (Göhlert, Kühn, 2001).

Psychózou je potenciálně ohrožen každý, ale uživatelé drog zvláště. Tyto paranoidně halucinační stavy může spustit nejen dlouhodobé užívání nějaké psychotropní substance, ale ve výjimečných případech i pouhý jednorázový konzum. Propuknutí tohoto onemocnění výrazným způsobem ovlivňuje také genetická dispozice naší psýchy a také duševní stav jedince ještě před užíváním. Mezi drogy nejčastěji spojované s psychózou patří konopí, amfetaminy (speed) a LSD (Göhlert, Kühn, 2001).

„Psychóza je onemocnění, které mění vnímání okolního světa, a tím provokuje u postiženého způsoby chování, jež se opět projevují jako „nenormální““ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 33).

Díky tomuto onemocnění přikládá postižený zcela běžným situacím zvláštní význam, většinou spojený s nepříjemnými pocity úzkosti a strachu (Göhlert, Kühn, 2001).

Pět varovných znaků, které mohou svědčit o psychóze (Göhlert, Kühn, 2001):

- nesouvislé, zmatené, rozhárané myšlení; silné potíže soustředění
- pevné přesvědčení o skutečnostech, pro které neexistují racionální důkazy
- vidění, slyšení, cítění a chutnání věcí, které neexistují
- pocit postiženého, že se nachází ve zcela cizím světě
- bizarní a nepřírozené tělesné pohyby a postoje

Pro psychicky zdravého uživatele bývají psychózy vyvolané drogami většinou přechodné.

Stejně jako se upouští od termínů toxikomanie a narkomanie se upouští i od termínu psychopatie, který se podle Mezinárodní klasifikace nemocí nahrazuje spojením „specifická porucha osobnosti a chování“. Typickým rysem psychopatie je vnitřní nezralost tzn. nestálost, vzdorovitost, malá tolerance ke stresu, apod. (Marhounová, Nešpor, 1995).

Klasifikace specifických poruch osobnosti a chování podle 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 58):

- Paranoidní porucha osobnosti
- Schizoidní porucha osobnosti
- Dissociální porucha osobnosti
- Emočně nestabilní porucha osobnosti
- Impulzivní typ

- Hraniční typ
- Histriónská porucha osobnosti
- Anankastická porucha osobnosti
- Anxiózní (úzkostná) porucha osobnosti
- Jiné specifické poruch osobnosti
- Porucha osobnosti nespecifikovaná

„Některé psychopatické rysy osobnosti jsou zřetelné už v dětství. Po dobu vývoje až do dospělého věku však by neměla a většinou také není diagnostikována psychopatie, ale poruchy chování dítěte jsou označovány jako disharmonický vývoj osobnosti. (Mezi tyto poruchy chování patří zejména: adaptační potíže, mutismus – chorobná němota, vyskytující se v průběhu některých psychických chorob, lhavost, záškoláctví, útky z domova, výtržnictví, vandalismus, krádeže, vloupání, samotářství)“ (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 58).

3.2.1 Drogy a kriminalita

Tyto dva pojmy jsou spolu velmi úzce spjaty a většinou jdou ruku v ruce. Trestní právo ČR sice nepostihuje vlastní užívání drog, ale postihuje trestné činy s drogami spojené. Marhounová, Nešpor, (1995) dělí kriminalitu spojenou s drogami do těchto pěti skupin:

- Trestné činy, kterých se jedinec dopustil pod vlivem drogy, a to nejen po požití, ale také v rámci abstinčních příznaků. Většinou jde o činy vypjaté agresivity, výtržnické, sexuálně násilnické a majetkové – drogy jsou přitěžující okolnost.
- Obchodování s drogami - překupníci, dealeři

- Nedovolená manipulace s prostředky vedoucími k výrobě omamných látek, padělání lékařských předpisů, vloupání se do lékáren a běžné krádeže, z nichž pachatelé získávají prostředky na nákup drog – majetková trestná činnost
- Ohrožování mravní výchovy mládeže, porušování pracovní kázně, pohlavní zneužívání, ublížení na zdraví z nedbalosti – při nehygienické aplikaci omamných látek
- Trestní činnost páchaná na samotných toxikomanech jako je např. vydírání, útisk, omezování osobní svobody, násilné a majetkové delikty. Oběti tuto činnost oznamují pouze výjimečně. Pachatelé této trestné činnosti jsou často sami na drogách nezávislí.

4 PREVENCE

„Užívání drog je problém, který vychází z mnoha dílčích příčin ve společnosti, dané kultuře, v rodině i osobnosti uživatele. U každého může být podíl jednotlivých příčin různý“ (Hajný, 2001, s. 9).

Velice důležitou součástí procesu dospívání je experimentování tj. zkoušení nových, doposud nepoznaných věcí i různých vzorců chování, které pomohou jednotlivci zjistit, kdo vlastně je, co chce a co nechce. Experimentování s návykovými látkami je pouze jedním ze způsobů, jak tohoto poznání dosáhnout. Toto chování nemusí nutně vyústit v závislost a jedinec jej může po určité době přirozeně opustit. K tomuto experimentování dochází nejčastěji okolo dvanáctého a třináctého roku, kdy nastává volný přechod od tzv. drog legálních (tabák, alkohol) k drogám nelegálním (marihuana, pervitin, heroin, apod.) (Hajný, 2001).

Podle Hajného (2001) je nutný přechod od marihuany k dalším drogám jen pouhá spekulace. Jistotou ale zůstává, že pokud se člověk pohybuje v prostředí, kde pravidelně dochází ke konzumaci drog, riziko vzniku závislosti a přechodu k tvrdším drogám prudce stoupá. Důvodem může být napodobování chování např. rodičů (otec alkoholik, matka zneužívající léky, parta kuřáků marihuany, apod.), kdy se dítě snaží s prostředím ztotožnit, nebo využívá účinků drog k úniku od útrap nepříjemné reality, spojené s životem v takovém prostředí. Velmi důležitý je i moment, při kterém k experimentu s drogou dojde. Pokud je účinku drogy využito v rizikovém momentu např. rozchod, neúspěch, apod. může vést k opakování užívání, kdy droga může zdánlivě řešit bezvýhodnost situace (Hajný, 2001).

Období dospívání je velice složitý a dramatický proces doprovázený výraznými psychickými i fyzickými změnami. Toto hektické období hledání a objevování tvoří přerod dítěte, jehož cesta byla až doposud určovaná někým jiným, v dospělého jedince plně zodpovědného za své jednání a chování. V tomto hraničním období na pomezí dětství a dospělosti je jedinec nucen se vypořádat s následujícími požadavky (Elliotová, 1995):

- tělesné a sociální změny

- uvolnění z rodičovského domu a zároveň výstavba vlastního života
- nová sociální zodpovědnost
- nejistoty a požadavky z povolání
- vytváření systému vlastních hodnot a norem

V tomto období plném změn je na mladé lidi vyvíjen ze strany společnosti enormní tlak v podobě maximálních výkonů. Výsledky ve škole, hledání práce, hledání životního partnera, nebo např. založení a zajištění rodiny vyvolává stres, který se může stát spouštěcím mechanismem toxikománie. Charakteristickým rysem mládí je vytváření si vlastních norem a hodnot a popírání norem a hodnot stávajících. Je to období poznávání a experimentování se vším novým a dosud nepoznaným. Proto jsou toxikomanií nejvíce ohroženi právě mladí lidé ve věku 12 - 18 let (Göhlert, Kühn, 2001).

„Protože oproti alkoholu mají nedovolené drogy podstatně rychlejší účinek a obsahují podstatně vyšší potenciál návykovosti, dochází také mnohem rychleji v postojích k drogám k psychické a tělesné závislosti. To znamená, že už ve věku asi 15 až 17 let může u postižených lidí existovat zjevná drogová závislost“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 29).

„Období dospívání představuje čas, kdy děti vykazují mnoho rysů a změn, které by u dospělého naznačovaly problémy“ (Hajný, 2001, s. 22).

Zvláště pro jedince s poruchami vlastní identity a pocitu sebehodnocení může být užívání těchto látek velice nebezpečné.

„Konopí může vyvolat jasné psychotické posuny nebo – a to je důležité vědět – u psychózy zcela nezávislé na užívání drog, vyvolat značné zesílení znaků onemocnění“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 37).

Konopí působí jako katalyzátor pocitů. Umocňuje jak ty příjemné, tak i ty nepříjemné. Nepříjemné pocity mohou vyústit přes úzkostné stavy až k tak zvaným hororovým halucinacím. Dlouhodobá konzumace amfetaminů může vést až

k takzvaným paranoidněhalucinačním stavům, jež se vyznačují silným neklidem, zkresleným posuzováním skutečnosti a pocitem možného ohrožení. Tyto pocity ohrožení a strachu ze smrti mohou vyústit až k agresi, jejíž následky mohou být tragické. Tyto stavy mohou i při úplné abstinenci přetrvávat týdny. LSD je klasická droga vyvolávající šílenství. Silné halucinační účinky LSD se koncem 60. let využívaly v psychiatrii k navození experimentálních psychóz ve snaze proniknout do hlubin vědomí. Její účinky na lidskou psychiku mohou být natolik hluboké a silné, že vyvolané halucinogenní psychózy přetrvávají celé měsíce (Göhlert, Kühn, 2001).

Závislost na droze je většinou pouze vyústění jiného problému, nebo více problémů a nežádoucí účinky závislosti na droze tyto primární důvody závislosti pouze překrývají. Při vlastní léčbě je proto zapotřebí se na tyto primární důvody zaměřit a u závislého musí být tato příčina nebo příčiny odstraněny.

„Denní zkušenost nás učí moudře rozlišovat mezi zážitky s narkotiky na jedné straně a chorobným excesem závislostí, toxikomanií, na straně druhé. Kdo nestačí na svůj zážitek s narkotiky a popřípadě na kontrolované užívání určitých drog, nestačil již předtím sám na sebe a svůj život“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 94).

„Na vývoj osobnosti dítěte velmi nepříznivě působí jak stavy nouze (finanční i emoční, např. v případě výchovy psychopatickými rodiči či při rodinném rozvratu) tak rozmazlování, hýčkání a přepych“ (Marhounová, Nešpor, 1995 s. 58).

Jak již bylo řečeno, na dítě v průběhu jeho přerodu v dospělého jedince číhá celá řada nástrah a jedním ze způsobů, jak se můžeme pokusit zajistit svým dětem bezpečí je nepouštět je vůbec z dohledu. Pokud ale dítěti nedáme nikdy tolik prostoru a volnosti, aby se mohlo naučit samostatně myslet, nevypěstuje si nikdy tolik potřebnou důvěru ve své vlastní schopnosti, které jsou nezbytné ke zvládnání různých kritických životních situací. Tyto základní dovednosti získává nejen od svých rodičů, ale i od jiných lidí, se kterými přichází do kontaktu. Ideální je tedy směřovat výchovu dítěte tak, aby bylo schopno podílet se na své ochraně aktivně samo. Neznamená to ale, že by snad děti měly zcela převzít odpovědnost za své bezpečí, tato odpovědnost samozřejmě spočívá především na nás dospělých. Naším úkolem je ale dítě na možné nebezpečné situace upozornit a podle míry jejich chápání, věku a okolností mluvit o prevenci, protože právě

metody prevence posilují v dětech pocit sebedůvěry a tím snižují jejich zranitelnost. Měla by být zvolena taková forma, která dítě zbytečně nevyděsí, ale přitom musí stále zůstat realistická. Již od nejútlejšího věku je třeba děti seznamovat s možnými riziky a nebezpečnými situacemi každodenního života, a učit je, jak si v takovýchto situacích nejlépe poradit. Musíme děti prakticky naučit metodám, jak tyto nebezpečné situace zvládat. Stejně tak, jako se snažíme zmírnit rizika např. utopení nebo dopravní nehody tím, že děti učíme plavat a přecházet ulici. Právě neinformovanost činí děti zranitelnými (Elliotová, 1995)

„Na tato nebezpečí přece musíme děti upozornit, musíme je před nimi varovat, ale tak, abychom v nich zase nezničili důvěru a dětskou nevinnost. Problém je řešitelný. Stačí, když dětem poskytneme jen tolik informací, kolik jich k zajištění své bezpečnosti nezbytně potřebují, aniž bychom je zahrnovali hrůzostrašnými fakty nebo je zatěžovali zbytečnými podrobnostmi“ (Elliotová, 1995, s. 16).

Aby byly děti schopny vypěstovat si tolik potřebnou sebejistotu, musí jejich výchova probíhat v atmosféře jistoty, lásky, bezpečí a důvěry. Právě důvěra, otevřenost a upřímnost mezi dětmi a rodiči vytváří prostor pro účinnou prevenci a pomoc. Drogy a problémy s nimi spojené tu byly, jsou a budou a prakticky každé malé dítě bude stát před zásadním rozhodnutím, co s nimi. Tuto volbu ovlivňuje mnoho faktorů např. tlaky ze strany party, vlastní vzdělanost, dostupnost těchto látek, informovanost, apod. Ideální způsob, jako motivovat své dítě ke zdravému životnímu stylu bez drog je jít mu příkladem a již od nejútlejšího věku zdůrazňovat svůj vlastní postoj k této problematice. Je dobré jednoznačně označit užívání drog za špatné a v rámci prevence stanovit jasná pravidla, která mohou později dítěti posloužit jako výmluva např. při nátlaku vrstevníků, kamarádů, apod. Tato problematika vyžaduje pevné stanoviska a nadhled dospělé osoby, která se neobejde bez stálé a otevřené komunikace. Důležitá je diskuse s dětmi o jejich postojích a názorech na tuto problematiku a předání informací o možných rizicích spojených s užíváním drog jako je např. HIV, hepatitida, apod. a ne pouhé mentorování (Elliotová, 1995).

„Tím, že podchytíme přirozenou touhu dítěte po poznání a navážeme na jeho vlastní otázky, navodíme už v raném dětství příznivou atmosféru pro výměnu názorů

a otevřenou diskusi o všech pro a proti bez jakéhokoli emotivního zabarvení, aniž bychom tím narušovali svůj vztah k dětem“ (Elliottová, 1995, s. 103).

Na tyto problémy ale nestačí pouze upozornit a mluvit o nich. Aby dítě nabylo patřičné sebedůvěry a jistoty, je potřeba potencionálně nebezpečné situace s dětmi prakticky natrénovat. Ideální způsob, jako tohoto tréninku dosáhnout je udělat z něj hru typu „co kdyby“. Děti si sami často kladou otázku typu „Co by se stalo, kdyby...“ Tuto přirozenou zvědavost můžeme využít a hravou formou dítěti poskytnout příležitost, aby si samo ověřilo správnost svých představ o světě. Přitom ho, podle stupně intelektu, zábavnou formou poučíme o možných rizikových situacích např., co kdybys zabloudil, viděl dopravní nehodu, někdo ti nabídl drogu, apod. (Elliottová, 1995, s. 103).

Těchto preventivních metod lze využít i v době dospívání. Pomáhají mladému člověku reagovat např. na výzvu kamarádů, která v něm nevzbuzuje příliš dobré pocity, jako jsou např. uspořádat párty bez vědomí rodičů, opít se, něco ukrást nebo vyzkoušet drogu. Aby byl mladý člověk schopen tyto potencionálně nebezpečné situace zvládnout, musí s nimi být dopředu obeznámen a být na ně připravený. V tomto období může být tlak okolí velice silný a mládež často svým pocitům a úsudkům nevěří. A i když se varovný pocit dostaví, snaží se jej potlačit, buď že si neví rady, nebo prostě nechce vypadat hloupě. Proto je velice důležité posilovat v dětech sebedůvěru, protože když se naučí věřit svým pocitům, dokážou se vyhnout i četným problémům. Pouze respektem k jejich pocitům a úsudkům v nich podníkáme odvalu, aby se nebáli své pocity veřejně vyjadřovat. Dítě musí vědět, že se na nás může kdykoliv obrátit, a že v nás vždy nalezne plnou podporu. Pokud se dítěti tohoto ujištění nedostane, nebo vám to neuvěří, nebude se vám svěřovat, protože bude mít strach z vaší reakce. Proto je důležité vytvořit atmosféru vzájemné důvěry. Proto je důležité odpovídat na všechny otázky, i na ty nepříjemné, promyšleně a citlivě, dokud nebudete přesvědčeni, že jste ho svojí odpovědí plně uspokojili. Odpovědi by měly být pravdivé a pokud možno i kvalifikované (čtete knihy, letáky, apod.). Pokud dítě zjistí, že se může bez ostychu na všechno zeptat doma, nebude vystaveno nebezpečí nepřesných, nebo záměrně škodlivých informací od kamarádů nebo od drogových dealerů. Cílem preventivních metod tedy je, aby si jedinec dokázal uvědomovat hranice svých možností a aby

dokázal vyhodnotit potencionálně nebezpečné situace. Sebejisté dítě se nebude bát říci „ne“ (Elliottová, M. 1995).

Hajný (2001) ve své knize – O rodičích, dětech a drogách popisuje zajímavý úkaz, že u většiny rodičů i přes velkou informovanost, přehnanou starostlivost a obavy, že by se jejich dítě mohlo stát uživatelem nějaké drogy právě v okamžiku, kdy se určité varovné signály o možném užívání objeví, vznikne u nich určitý druh slepoty, který jim brání tyto varovné signály vidět. Podvědomě si odmítají připustit fakt, že by jejich dítě mohlo mít s drogami problém a že by tento problém měli řešit (Hajný, 2001).

Rozpoznávání účinků nealkoholových drog je velice problematické. Určité změny lze pozorovat na koordinaci pohybů, kdy např. stimulancia organismus výrazně zrychlují, naopak opiáty zase zpomalují, změkčí, apod. Další možné příznaky mohou být např. reakce zorniček, zvýšená agresivita, nebo u uživatelů rozpouštědel výrazný zápach dechu a oblečení. Pokud mají rodiče podezření, rozhodně se vyplatí svoje pochybnosti konzultovat s odborníkem, protože většina podezření bývá oprávněných. Nemusí se vždy jednat pouze o problémy s užíváním drog, ale i o problematické chování dítěte obecně, kterému je nutnou přikládat stejnou vážnost a důležitost (Hajný, 2001).

Mezi další varovná znamení, která mohou signalizovat užívání drog, patří např. zhoršení prospěchu ve škole, změna okruhu známých a přátel, výrazná změna v oblékání a stylu hudby, častá vyčerpanost a únava, lži a předstírání, izolace od rodiny, snížené sebevědomí, ztrácející se peníze, léky či alkohol v domácnosti, nebo třeba skrývání červených očí za tmavými brýlemi, vpichů po jehlách dlouhými rukávy, ztráty váhy volným oblečením, apod. (Hajný, 2001).

Reakce většiny rodičů na toto zjištění bývají překotné a ne zcela promyšlené. Tyto reakce stojí většinou na základě výčitek, pláče, nesmyslných a na rychlo vymyšlených trestů, hledání viníka, nerealistické strašení hrůznou budoucností, mentorování, apod. Tyto reakce jsou možná pochopitelné, ale neefektivní. Mnohem účinnější je řešit tuto situaci s chladnou hlavou, tzn. nereagovat hned, ale vzít si nějaký čas na zvážení všech okolností. Pomoc můžeme, v takovém případě, hledat např. u blízkého přítele, kterému se můžeme svěřit, kterému důvěřujeme a který nám obvykle dokáže v tíživých životních

situacích pomoci. Pokud je problém vážný, je nezbytné vyhledat odbornou pomoc (Hajný, 2001).

4.1 Rodina

Rodina velice výrazně ovlivňuje chování a vnímání světa jejich členů a např. nadměrná opatrnost a obavy rodičů z možné tragédie, která může „číhat“ na jejich dítě, mohou paradoxně vést právě k nechtěným problémům. Mezi rizikové faktory můžeme zařadit i extrémní poměry, které panují v některých rodinách, jako jsou např. přílišná svoboda, nebo rodina, jejíž členové jsou si natolik blízcí, že mohou zdánlivě představovat dokonalé hnízdečko. Slovo extrémní je zde zcela zásadní, protože extrémy často vedou k narušení stability rodiny. Na opačné straně stojí druhý extrém, a to nadměrná kontrola a náročnost, kde dítě nezná nic jiného než práci a povinnost. Tento druh přísné až autoritářské výchovy může přinést kýžené úspěchy, ale tam, kde jsou nároky na dítě přehnané, může dojít k tomu, že si dítě tuto přílišnou náročnost osvojí a nikdy už nebude schopno být samo se sebou spokojeno. Tento způsob života je velice vyčerpávající a po čase vede ke snížené sociální citlivosti. Dítě špatně snáší selhání a neúspěch, a pokud se tyto dostaví, jedním z možných východisek je alkohol a drogy (Hajný, 2001).

Otázka svobody je v rodině velice důležitá, ale někteří rodiče jsou k soukromí svého dítěte až přehnaně ohleduplní. Se svobodou je spojena i zodpovědnost, a když je svěříme předčasně do rukou náctiletému, naloží s ní pravděpodobně velice problematicky (Hajný, 2001).

„Jedním z typických rysů výchovných přístupů v rodinách problematických dětí a toxikomanů je nepružný a úzký výběr výchovných přístupů“ (Hajný, 2001, s. 35).

Tyto jsou omezeny pouze na směsici výčitek, výhrůžek, hledání viníka, záplavu nerealistických zákazů, direktiv, apod. Rodiče na opakované selhání svých dětí často reagují mlčením, kterým vyjadřují zklamání a neochotu věc dále řešit: „O tom se s Tebou stejně nemá cenu bavit.....“, nebo donekonečna vymáhají sliby o nápravě a slepě věří, že je to nejlepší řešení. Tímto vynuceným slibem ale kladou na dítě

enormní zodpovědnost, se kterou si dítě samo nedokáže poradit. Při porušení daného slibu mu hrozí sankcí, kterou ale stejně nehodlají realizovat. Tento způsob výchovy řeší problémy nedbale a místo činů stojí pouze na slovech, gestech a přáních, aby se dítě změnilo samo (Hajný, 2001).

4.2 Řešení problémů

„Řešit něco předpokládá, že se určitý problém uvědomíme, přemýšlíme o něm, něco v tu chvíli také prožíváme, pak o tom většinou mluvíme. K řešení konfliktů s druhými patří i otevřené vyjadřování emocí, někdy i ostrá hádka“ (Hajný, 2001, s. 39).

Cílem tohoto procesu by měla být vzájemná dohoda, jak něco udělat nebo změnit doprovázená příjemným pocitem úlevy. V případě, že se problémy neřeší, nebo se řeší nevhodným způsobem např. hádkou bez vstřícnosti cokoli změnit, napjatým tichem, odchodem z místnosti, nadměrným pitím, svalováním viny, apod. pouze zvyšují napětí a vytvářejí prostředí, které snižuje odolnost dítěte vůči drogám (Hajný, 2001).

Nepříjemné pocity jako jsou např. smutek, strach, úzkost, osamělost, apod. jsou pocity, které k životu patří a rodiče by měli svým chováním jít příkladem, jak se s těmito nepříjemnými pocity vyrovnat. Mnozí z nich však místo řešení samotného problému zvolí tzv. náhradní řešení, které působí okamžitou, však pouze dočasnou úlevu, např. otec od rodiny řeší svoje problémy v práci, v manželství či sexu nočním vyjídáním ledničky, pitím a trávením volného času mimo domov, nebo např. matka své pocity osamění a frustrace řeší tajným pitím, užíváním léků od lékaře, apod. Toto tzv. náhradní řešení je společností tolerováno, někdy je dokonce považováno i za normální a správné (Hajný, 2001).

Mezi mechanismy, které u dětí spouští rizikové chování patří např. nadměrný stud, které výrazně narušuje sebeúctu, nadměrný pocit viny, stěhování a ztráta známého prostředí, rozvod, neadekvátní ambice a požadavky rodičů, výběr školy, apod. Tyto stresory mohou vyústit přes poruchy chování, poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie) až po užívání a nadužívání alkoholových i nealkoholových látek (Hajný, 2001).

4.3 Vliv party a vrstevníků

„Vliv názorů stejně starých dětí a dospívajících, stejně jako snaha se jim vyrovnat, překonat je nebo upoutat jejich pozornost, jsou nepochybně jedním z mnoha faktorů, které se podílejí na tom, že dítě začne užívat drogy“ (Hajný, 2001, s. 56).

V období dospívání mají kamarádi a vrstevníci obrovský vliv a pro dítě, které si není jisté samo sebou, je velice těžké tomuto tlaku odolat. Nejrizikovější skupina je ta skupina, která považuje užívání drog za normální a opovrhuje a ponižuje ty, kteří neužívají (Hajný, 2001).

Jednou z možností, jak mohou rodiče tomuto škodlivému vlivu čelit je „kontrola“ kamarádů svého dítěte. Tato kontrola ale nesmí být postavena pouze na detektivním zjišťování a kritice, ale hlavně na dobrých vzájemných vztazích, protože když rodiče znají kamarády svého dítěte, dávají tím najevo, že je jejich dítě zajímavá a také, že jsou rádi, že umí navazovat vztahy (Hajný, 2001).

„Zájem o kamarády dítěte může způsobit méně problémů než nezájem“ (Hajný, 2001, s. 57).

„Ovlivňovat názory a pravidla nějaké skupiny lidí je tak velká, jak silná je touha dotyčného k nim patřit“ (Hajný, 2001, s. 62).

4.4 Jak mluvit s dětmi o drogách

V současné době se výraz droga objevuje celkem běžně. Dítě na něj narazí v televizi, ve škole, u kamarádů, v reklamě, apod. Stejně jako o problematice sexu je nutné o problematice drog mluvit preventivně tj. seznámit dítě s nebezpečím, které drogy a jejich užívání představuje. Pokud jde o menší děti, můžeme drogu přirovnat např. k černokněžníkovi, který nám sice dokáže splnit tajná přání, ale potom mu budeme muset sloužit jako otroci (Hajný, 2001).

„Smrtí děti raději nestrašíme, úmrtí toxikomanů nejsou statisticky častější než jiné příčiny smrti“ (Hajný, 2001, s. 64).

Dítě může později narazit např. na kamaráda kouřícího marihuanu, který nejen, že bude stále naživu, ale bude vypadat i velice spokojeně. V tom okamžiku se veškerá rodičovská snaha stává pouhým přehnaným mentorováním (Hajný, 2001).

Nežádoucí účinky drog lze vysvětlit na úplně obyčejných příkladech např., že velké množství jídla způsobí obezitu, kouření způsobí kašel, atd. Dítě na drogy narazí dříve či později a úkolem rodičů a školy je ho na toto setkání připravit. Bude tedy lepší, když dítěti ukážeme, že se nebojíme svěřit mu informací, která může mít i svá rizika (Hajný, 2001).

4.5 Škola a její vliv

Škola má na mladého jedince zásadní vliv, protože v tomto prostředí tráví většinu svého dne. V dnešní uspěchané době není výjimkou, když rodiče se svými dětmi tráví méně než dvě hodiny denně a výchovu svých ratolestí přenechávají učitelům. Škola, tzn. prostředí, spolužáci, učitelé a jejich přístup, způsob vedení výuky, celková atmosféra, apod. mohou výrazně přispívat ke vzniku problémů s drogami. Pokud dítě chodí do školy opravdu s nechutí, nebo dokonce se strachem, odrazí se tyto negativní pocity většinou na jeho prospěchu a celkovém přístupu ke vzdělávání a tyto pocity úzkosti může řešit např. tzv. útekem do nemoci, kdy může nemoc pouze předstírat, nebo se tento problém může přesunout do psychosomatické roviny (Hajný, 2001).

Pokud dítě ztratí chuť po objevování a pokud má pocit, že nemůže být v něčem dobré, začne vyhledávat jiné, náhradní činnosti, které jeho přirozené potřeby uspokojí. Zvědavost může v dítěti uhasit např. pocit neúspěšnosti, nepochopení, nuda, nadměrná náročnost nebo naopak nepodnětné a nízké nároky, jednostranné přetěžování, apod. Abychom snížili riziko užívání drog, je potřeba věnovat se jak velkým, tak i těm malým neúspěchům včas a v dostatečné míře, komunikovat s učiteli a všimnout si a zajímat se o kamarády a o pozici, jakou dítě mezi nimi má. K drogové prevenci se snaží přispívat i tzv. preventivní programy, které se pokoušejí předat žákům základní informace o této problematice prostřednictvím filmů, přednášek, nebo návštěv bývalých toxikomanů. Tyto programy sice organizuje ředitel školy, nebo protidrogový koordinátor, ale to

neznaená, že by rodiče měli zůstat pouze v roli pasivních pozorovatelů. Měli by se na nich aktivně podílet a tím zvyšovat a zdokonalovat formy pomoci (Hajný, 2001)

5 CÍL PRŮZKUMU

Cílem průzkumu je porovnání zkušeností s užíváním nelegálních drog u mládeže na středních odborných školách ve městě a na vesnici a porovnání zkušeností s užíváním u chlapců a dívek. Pro průzkum byla vybrána střední škola v Brně a střední škola v Koryčanech. Brno je centrem jižní Moravy a krajské město Jihomoravského kraje. Se svými téměř 400 000 obyvateli je po Praze druhým největším městem České republiky. Koryčany jsou se svými necelými 3 000 obyvateli malé městečko v okrese Kroměříž ve Zlínském kraji.

5.1 Pracovní hypotézy

H1: Předpokládám, že ve velkém městě (Brně) má více respondentů zkušenost s nelegální drogou, než v malém městě (Koryčanech).

Hypotéza se nepotvrdila. Na základě odpovědí vyšlo najevo, že studenti z Koryčan mají větší zkušenosti s užíváním nelegálních drog než v Brně

H2: Předpokládám, že ve velkém městě (Brně) pravidelně užívá nelegální drogu více respondentů, než v malém městě (Koryčanech).

Hypotéza se potvrdila, v Brně užívá pravidelně nelegální drogu více respondentů, než v Koryčanech. K pravidelnému užívání se přihlásilo málo studentů, nejčastější odpovědí bylo, že drogu pouze vyzkoušeli.

H3: Předpokládám, že častějšími uživateli nelegálních drog jsou chlapci než dívky.

Výsledky dotazníku tuto hypotézu potvrzují.

5.2 Použité metody

Pro získání informací byl použit anonymní dotazník vlastní konstrukce. Dotazník obsahoval devět otázek zaměřených na zkušenosti s nelegální drogou. Počet otázek byl stanoven na základě konzultace s pedagogickými pracovníky příslušných škol. Dotazníky byly studentům předloženy v hodině občanské nauky, která byla tematicky zaměřena na drogovou problematiku. Studenti byli s dotazníkem podrobně seznámeni

prostřednictvím svých pedagogů a ubezpečeni, že výsledky budou použity pouze v bakalářské práci.

V dotazníku byly použity otázky uzavřené, dichotomické a polouzavřené. Při otázkách uzavřených měli studenti na výběr jednu nebo více možností z několika předem stanovených odpovědí (otázky 3, 6, 9). U dichotomických otázek měli na výběr jednu ze dvou možných odpovědí (1, 2) a jako poslední varianta byly použity otázky polouzavřené, které umožňují, v případě nevyhovujících předem stanovených odpovědí, napsat vlastní odpověď pod položku jiné (otázka 4, 5, 7, 8).

Pro přehlednost je ke každé otázce přiložena tabulka, která byla vypracována v počítačovém programu Microsoft Office Excel.

5.3 Harmonogram postupu

a) Teoretická část:

- Sběr důležitých materiálů a jejich studium 20 dnů

b) Praktická část:

- Stanovení výzkumného problému a formulace hypotéz 3 dny
- Zhotovení dotazníku 3 dny
- Administrativa, vyplňování a sběr dotazníků 20 dnů
- Vyhodnocení získaných údajů 5 dnů
- Vypracování praktické části 5 dnů

5.4 Charakteristika souboru

Dotazníky byly rozdány na dvou středních odborných školách, z nichž jedna se nachází v Brně, je to Střední škola informačních technologií a sociální péče, Brno, Purkyňova 97 a druhá je Střední škola hotelová a služeb Kroměříž, jejíž pobočka se nachází v Koryčanech, Zámecká 65.

Dotazníky byly rozdány studentům druhých a třetích ročníků při výuce občanské nauky. Jednalo se o studenty maturitních i nematuritních oborů. Návratnost dotazníků byla stoprocentní z důvodu výborné motivace vyučujících pedagogů na obou školách. V Koryčanech se projektu zúčastnilo 78 respondentů a v Brně 96 respondentů. Na úvod dojde k vyhodnocení návratnosti rozdaných dotazníků. Následně budou obdržené dotazníky rozděleny podle jednotlivých škol. Následně budou vyhodnoceny jednotlivé otázky dotazníku a výsledky budou zpracovány do písemné podoby, která umožní vyhodnotit jednotlivé hypotézy.

5.5 Analýza dat

Otázka č. 1: Jste chlapec nebo dívka?

a) Chlapec

b) Dívka

Respondentů bylo celkem 174.

V Brně bylo respondentů 96, z toho 42 chlapců a 54 dívek.

V Koryčanech bylo respondentů 78, z toho 40 chlapců a 38 dívek.

Tab. 1: Počet chlapců a dívek na jednotlivých školách

	Brno		Koryčany		Celkem	
Chlapci	42	43,75%	40	51,28%	82	47,13%
Dívky	54	56,25%	38	48,72%	92	52,87%
Celkem	96	100,00%	78	100,00%	174	100,00%

Otázka č. 2: Máte zkušenosti s nelegální drogou (zaškrtněte ano i v případě, že šlo o jednorázový experiment)?

a) *Ano*

b) *Ne*

Respondentů bylo celkem 174.

V Brně má zkušenosti s drogou celkem 54 respondentů, z toho 27 chlapců a 27 dívek.

V Koryčanech má zkušenosti s drogou celkem 50 respondentů, z toho 28 chlapců a 22 dívek.

Z dotazníku vyplývá, že větší zkušenosti s užíváním nelegální drogy mají studenti v Koryčanech a to cca o 9%. Chlapci v Koryčanech mají cca o 6% větší zkušenosti s nelegální drogou než chlapci v Brně. Dívky v Koryčanech mají cca o 8% větší zkušenosti s nelegální drogou než dívky v Brně.

V porovnání mezi chlapci a dívkami mají větší zkušenosti s užíváním nelegální drogy chlapci a to cca o 14%.

V dotazníku dále pokračují pouze respondenti, kteří uvedli, že mají zkušenosti s užíváním nelegální drogy. Počet pokračujících respondentů je 104, tzn. cca 60% dotázaných. Z toho vyplývá, že 70 respondentů cca 40% všech dotázaných nemá zkušenosti z nelegální drogou.

Tab. 2: Zkušenosti respondentů s nelegální drogou v Brně

Brno						
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Ano	27	64,29%	27	50,00%	54	56,25%
Ne	15	35,71%	27	50,00%	42	43,75%
Celkem	42	100,00%	54	100,00%	96	100,00%

Tab. 3: Zkušenosti respondentů s nelegální drogou v Koryčanech

Koryčany						
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Ano	28	70,00%	22	57,89%	50	64,10%
Ne	12	30,00%	16	42,11%	28	35,90%
Celkem	40	100,00%	38	100,00%	78	100,00%

Tab. 4: Zkušenosti chlapců a dívek s nelegální drogou

Celkem						
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Ano	55	67,07%	49	53,26%	104	59,77%
Ne	27	32,93%	43	46,74%	70	40,23%
Celkem	82	100,00%	92	100,00%	174	100,00%

Otázka č. 3: Moje zkušenosti s nelegální drogou.

- a) *Vyzkoušel jsem*
- b) *Jsem občasný (příležitostný) uživatel*
- c) *Užívám pravidelně*

Z dotazníku vyplývá, že největší procento mládeže drogu pouze vyzkoušelo, a to v Brně cca 67% a v Koryčanech téměř cca 80%. Příležitostně užívá drogy v Brně cca 22% respondentů a v Koryčanech 14%. Pravidelně drogu užívá v Brně 11% a v Koryčanech 6%.

Chlapci z Brna uvedli cca v 67% a v Koryčanech v 80% tak, že drogu pouze vyzkoušeli. Občasných uživatelů je v Brně 22% chlapců a v Koryčanech 13%. K pravidelným uživatelům se hlásí cca 11% chlapců v Brně a cca 7% chlapců v Koryčanech.

V Brně vyzkoušelo drogu cca 67% dívek a v Koryčanech 80% dívek. 22% dívek v Brně je občasným uživatelem a v Koryčanech je to 15% dívek. Pravidelně užívá nelegální drogu cca 11% dívek v Brně a 5% dívek v Koryčanech.

Chlapci v cca 74% odpověděli, že drogu pouze vyzkoušeli a podobně cca 72% dívek uvedlo stejnou odpověď. Cca 18% chlapců uvedlo, že drogu užívá občasně a cca 19% dívek.

Pravidelným uživatelem je cca 9% chlapců i dívek. Z toho vyplývá, že zkušenosti s drogou v četnosti užívání je mezi oběma pohlavími velmi vyrovnaná.

Tab. 5: Četnost zkušenosti s nelegální drogou v Brně

	Brno					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Vyzkoušel	18	66,67%	18	66,67%	36	66,67%
Občasný	6	22,22%	6	22,22%	12	22,22%
Pravidelný	3	11,11%	3	11,11%	6	11,11%
Celkem	27	100,00%	27	100,00%	54	100,00%

Tab. 6: Četnost zkušenosti s nelegální drogou v Koryčanech

	Koryčany					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Vyzkoušel	24	80,00%	16	80,00%	40	80,00%
Občasný	4	13,33%	3	15,00%	7	14,00%
Pravidelný	2	6,67%	1	5,00%	3	6,00%
Celkem	30	100,00%	20	100,00%	50	100,00%

Tab. 7: Četnosti zkušenosti chlapců a dívek s nelegální drogou

	Celkem					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Vyzkoušel	42	73,68%	34	72,34%	76	73,08%
Občasný	10	17,54%	9	19,15%	19	18,27%
Pravidelný	5	8,77%	4	8,51%	9	8,65%
Celkem	57	100,00%	47	100,00%	104	100,00%

Otázka č 4: Jsem uživatelem – popř. vyzkoušel jsem:

- a) *Lehké drogy (konopí, hašiš)*
- b) *Tvrdé drogy (heroin, kokain, crack, pervitin, LSD, lysohlávky, toluen, aceton, taneční drogy)*
- c) *Jiné, popř. uveďte*

Téměř 93% respondentů v Brně má zkušenosti s lehkými drogami, s tvrdými drogami cca 5,6% a s jinými 1,85%. V Koryčanech má s lehkými drogami zkušenost cca 77% respondentů, s tvrdými necelých 16% a k užívání jiných drog se přihlásilo 7% dotazovaných.

Z toho vyplývá, že větší zkušenost s lehkými drogami mají studenti v Brně a to cca o 16%. Tvrdé drogy preferují studenti v Koryčanech a to cca o 10%. K jiným drogám se přiznává o 5% více studentů v Koryčanech než v Brně.

Větší procento chlapců a to cca o 6% má zkušenosti s lehkými drogami než dívky. Zkušenosti s tvrdými drogami uvádí chlapci i dívky shodně cca 11%. S jinými drogami má zkušenost 1,8% chlapců a 7,27% dívek.

Z toho vyplývá, že zkušenosti s lehkými drogami mají chlapci asi o 6% větší než dívky, v užívání tvrdých drog je situace u chlapců a dívek velmi podobná a s užíváním jiných drog mají větší zkušenosti a to cca o 6% dívky. Žádný z respondentů neuvědl příklad jiné drogy.

Tab. 8: Zkušenosti s typem nelegálních drog v Brně

	Brno					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Lehké	24	96,00%	26	89,66%	50	92,59%
Tvrdé	1	4,00%	2	6,90%	3	5,56%
Jiné	0	0,00%	1	3,45%	1	1,85%
Celkem	25	100,00%	29	100,00%	54	100,00%

Tab. 9: Zkušenosti s typem nelegálních drog v Koryčanech

	Koryčany					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Lehké	25	80,65%	19	73,08%	44	77,19%
Tvrdé	5	16,13%	4	15,38%	9	15,79%
Jiné	1	3,23%	3	11,54%	4	7,02%
Celkem	31	100,00%	26	100,00%	57	100,00%

Tab. 10: Zkušenosti s typem nelegálních drog celkem

	Celkem					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Lehké	49	87,50%	45	81,82%	94	84,68%
Tvrdé	6	10,71%	6	10,91%	12	10,81%
Jiné	1	1,79%	4	7,27%	5	4,50%
Celkem	56	100,00%	55	100,00%	111	100,00%

Otázka č. 5: Drogu užívám – popř. vyzkoušel jsem:

- a) Šňupáním
- b) Čicháním
- c) Kouřením
- d) Polykáním

e) *Pomocí injekční stříkačky*

f) *Kombinace výše uvedených způsobů*

g) *Jiným způsobem, popř. uveďte*

Nejčastějším způsobem užíváním nelegální drogy v Brně je kouření v 91% případů. Šňupání uvádí cca 5,4% respondentů, k čichání a polykání se hlásí shodně 1,79% respondentů.

V Koryčanech se ke kouření hlásí cca 78% respondentů, ke šňupání 13,56%, k polykání cca 5%, k čichání a k jinému způsobu užívání se přihlásilo shodně 1,69% oslovených. Jiný způsob užívání nebyl konkrétně uveden.

Z toho vyplývá, že nejčastější způsob užívání nelegálních drog je kouření a to asi o 14% vyšší v Brně, než v Koryčanech. Na druhém místě je šňupání a to je celkem cca o 9% vyšší v Koryčanech, než v Brně.

Mezi chlapci je nejčastější způsob užívání nelegálních drog kouřením cca 85% a 83% u dívek. Cca 8% chlapců užívá drogy šňupáním a cca 11% dívek. 1,61% chlapců užívá drogu polykáním a 5,66% dívek.

Preferování užívání nelegálních drog je jak u chlapců, tak i u dívek velmi vyrovnané.

Tab. 11: Nejčastější způsob užívání nelegálních drog v Brně

	Brno					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Šňupání	1	3,45%	2	7,41%	3	5,36%
Čichání	1	3,45%	0	0,00%	1	1,79%
Kouření	27	93,10%	24	88,89%	51	91,07%
Polykání	0	0,00%	1	3,70%	1	1,79%
Injekčně	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Kombinace	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Jinak	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	29	100,00%	27	100,00%	56	100,00%

Tab. 12: Nejčastější způsob užívání nelegálních drog v Koryčanech

	Koryčany					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Šňupání	4	12,12%	4	15,38%	8	13,56%
Čichání	1	3,03%	0	0,00%	1	1,69%
Kouření	26	78,79%	20	76,92%	46	77,97%
Polykání	1	3,03%	2	7,69%	3	5,08%
Injekčně	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Kombinace	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Jinak	1	3,03%	0	0,00%	1	1,69%
Celkem	33	100,00%	26	100,00%	59	100,00%

Tab. 13: Nejčastější způsob užívání nelegálních drog celkem

	Celkem					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Šňupání	5	8,06%	6	11,32%	11	9,57%
Čichání	2	3,23%	0	0,00%	2	1,74%
Kouření	53	85,48%	44	83,02%	97	84,35%
Polykání	1	1,61%	3	5,66%	4	3,48%
Injekčně	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Kombinace	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Jinak	1	1,61%	0	0,00%	1	0,87%
Celkem	62	100,00%	53	100,00%	115	100,00%

Otázka č. 6: Kde jste se setkal poprvé s drogou?

- a) *Parta (přátelé)*
- b) *Disko, zábava, párty*
- c) *Kontakt přes dealera*
- d) *Škola*

Nejčastější způsob setkání s nelegální drogou je parta, to v Brně uvádí 80% respondentů. Téměř 11% uvádí, že poprvé s drogou setkala na diskotéce, jako školu uvádí 7,27% respondentů a pouze 1,82% dotazovaných uvádí kontakt přes dealera.

V Koryčanech cca 67% respondentů uvádí partu, jako místo, kde se poprvé setkal s drogou, cca 19% se poprvé setkala s drogou ve škole, necelých 12% na diskotéce a 1,92% přes dealera.

V Brně i Koryčanech se nejčastěji setkali studenti s drogou v partě a to o 13% častěji v Brně, než v Koryčanech. Setkání s drogou na diskotéce je v obou případech téměř shodné. Překvapivé je cca o 12% častější setkání s drogou ve škole v Koryčanech než v Brně.

Chlapci i dívky se nejčastěji poprvé setkali s drogou v partě a to u chlapců uvádí cca 71% a cca 77% dívek. Téměř 17% chlapců uvádí jako první setkání uvádí školu, dívek cca polovina tedy cca 8%. Diskotéku, jako místo, prvního kontaktu s drogou uvádí cca 10% chlapců a 12,5% dívek. Pouze malé množství chlapců a to 19% a 2,08% dívek uvádí první kontakt s nelegální drogou přes dealera.

Nejčastější setkání s nelegální drogou u obou pohlaví je parta, i když u chlapců je to o cca 6% méně. Necelých 17% chlapců uvádí jako první setkání s nelegální drogou školu. Stejně odpovídá pouze cca 8% dívek. Diskotéku uvádí cca 10% dotazovaných chlapců a 12,5% dívek.

Tab. 14: Místo první zkušenosti s drogou v Brně

	Brno					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Parta	24	85,71%	20	74,07%	44	80,00%
Disko	2	7,14%	4	14,81%	6	10,91%
Dealer	1	3,57%	0	0,00%	1	1,82%
Škola	1	3,57%	3	11,11%	4	7,27%
Celkem	28	100,00%	27	100,00%	55	100,00%

Tab. 15: Místo první zkušenosti s drogou v Koryčanech

	Koryčany					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Parta	18	58,06%	17	80,95%	35	67,31%
Disko	4	12,90%	2	9,52%	6	11,54%
Dealer	0	0,00%	1	4,76%	1	1,92%
Škola	9	29,03%	1	4,76%	10	19,23%
Celkem	31	100,00%	21	100,00%	52	100,00%

Tab. 16: Místo první zkušenosti s drogou

	Celkem					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Parta	42	71,19%	37	77,08%	79	73,83%
Disko	6	10,17%	6	12,50%	12	11,21%
Dealer	1	1,69%	1	2,08%	2	1,87%
Škola	10	16,95%	4	8,33%	14	13,08%
Celkem	59	100,00%	48	100,00%	107	100,00%

Otázka č. 7: Proč jste poprvé vyzkoušel drogu?

- a) Zvědavost
- b) Životní krize
- c) Nabídka od kamaráda (spolužáka)
- d) Nabídka od neznámého člověka
- e) Jiný důvod, popř. uveďte

Téměř 61% studentů z Brna uvádí, že důvod vyzkoušení drogy byla zvědavost. Přes kamaráda vyzkoušelo nelegální drogu téměř 34%, 3,53% jako důvod k vyzkoušení drogy uvádí krizi. Jiný důvod uvádí 1,79% respondentů.

V Koryčanech 69% respondentů uvádí jako důvod vyzkoušení drogy zvědavost a přes kamaráda se dostalo k droze 25,45% studentů. Jiný důvod vyzkoušení drogy uvádí 3,64% dotazovaných. Nejméně často uvádí studenti z Koryčan krizi a to pouze 1,82%.

Nejčastějším důvodem k vyzkoušení nelegální drogy je v obou městech zvědavost. Ta je o 9% vyšší v Koryčanech. Druhým nejčastějším důvodem je kamarád. Tuto odpověď uvedlo asi o 8% více studentů z brněnské školy.

Téměř 66% chlapců a téměř 64% dívek uvedlo jako důvod vyzkoušení nelegální drogy zvědavost. Přes kamaráda vyzkoušelo drogu cca 28% chlapců a cca 32% dívek. Krizi uvádí 2,99% chlapců a 2,27% dívek. Shodné procenta vyšly i u odpovědí jiný. Žádný z dotázaných ale neuvedl jaký jiný způsob.

Z průzkumu vyplývá, že nejčastějším důvodem k vyzkoušení drogy je zvědavost a poměrně často i kamarád.

Tab. 17: Důvod prvního užití nelegální drogy v Brně

	Brno					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Zvědavost	23	62,16%	11	57,89%	34	60,71%
Krize	2	5,41%	0	0,00%	2	3,57%
Kamarád	12	32,43%	7	36,84%	19	33,93%
Neznámý	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Jiný	0	0,00%	1	5,26%	1	1,79%
Celkem	37	100,00%	19	100,00%	56	100,00%

Tab. 18: Důvod prvního užití nelegální drogy v Koryčanech

	Koryčany					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Zvědavost	21	70,00%	17	68,00%	38	69,09%
Krize	0	0,00%	1	4,00%	1	1,82%
Kamarád	7	23,33%	7	28,00%	14	25,45%
Neznámý	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Jiný	2	6,67%	0	0,00%	2	3,64%
Celkem	30	100,00%	25	100,00%	55	100,00%

Tab. 19: Důvod prvního užití nelegální drogy

	Celkem					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Zvědavost	44	65,67%	28	63,64%	72	64,86%
Krize	2	2,99%	1	2,27%	3	2,70%
Kamarád	19	28,36%	14	31,82%	33	29,73%
Neznámý	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Jiný	2	2,99%	1	2,27%	3	2,70%
Celkem	67	100,00%	44	100,00%	111	100,00%

Otázka č. 8: Jak se dostáváte (dostal) k droze?

- a) *Samovýroba*
- b) *Od dealera*
- c) *Od spolužáka - kamaráda*
- d) *Jiným způsobem, popř. uveďte*

V Brně se cca 68% dotazovaných respondentů dostává k droze přes kamaráda, přes dealera téměř 25%. Jako samovýrobu uvádí 7% respondentů.

V Koryčanech se přes kamaráda dostává k nelegální droze téměř 86% respondentů a přes dealera a jinak se dostává shodně 6,12% dotazovaných. Samovýrobu uvádí 2,04% respondentů.

Nejčastější způsob získávání drogy je přes kamaráda. V Brně je větší procento dotázaných, kteří získávají drogu přes dealera a to téměř o 19%.

Cca 75% chlapců uvádí jako zdroj drogy kamaráda a cca 76% dívek. Cca 12% chlapců získává drogy o dealera, stejným způsobem asi 20% dívek. 8,77% chlapců si vyrábí drogu samo, ale žádná dívka tímto způsobem drogu nezískává. Jinak získává nelegální drogu 3,51 chlapců a 2,04% dívek. Žádný z dotázaných neuvedl jiný způsob získávání drogy.

Nejčastější způsob a procentuálně téměř shodný u obou pohlaví je získávání drogy přes kamaráda. Častý způsob je přes dealera a to asi o 8% vyšší u dívek než chlapců. Překvapivě téměř 9% chlapců získává drogu samovýrobou. Tento způsob získávání drogy nevedla žádná z dotazovaných dívek.

Tab. 20: Způsob získávání drogy v Brně

	Brno					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Samovýroba	4	13,33%	0	0,00%	4	7,02%
Dealer	6	20,00%	8	29,63%	14	24,56%
Kamarád	20	66,67%	19	70,37%	39	68,42%
Jinak	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	30	100,00%	27	100,00%	57	100,00%

Tab. 21: Způsob získávání drogy v Koryčanech

	Koryčany					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Samovýroba	1	3,70%	0	0,00%	1	2,04%
Dealer	1	3,70%	2	9,09%	3	6,12%
Kamarád	23	85,19%	19	86,36%	42	85,71%
Jinak	2	7,41%	1	4,55%	3	6,12%
Celkem	27	100,00%	22	100,00%	49	100,00%

Tab. 22: Způsob získávání drogy

	Celkem					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Samovýroba	5	8,77%	0	0,00%	5	4,72%
Dealer	7	12,28%	10	20,41%	17	16,04%
Kamarád	43	75,44%	38	77,55%	81	76,42%
Jinak	2	3,51%	1	2,04%	3	2,83%
Celkem	57	100,00%	49	100,00%	106	100,00%

Otázka č 9: Co mi droga přináší v současné době?

- a) *Nic, šlo o jednorázový experiment*
- b) *Občanské odreagování*
- c) *Je to pro mě nutnost*
- d) *Nic – ostatní berou taky*

V Brně uvádí 55,56% respondentů, že v současné době jim droga vůbec nic nepřináší, protože šlo o jednorázový experiment. Téměř 43% respondentů uvedlo nelegální drogu jako způsob odreagování. 1,85% dotazovaných uvedlo důvod užívání nelegálních drog, že berou kvůli ostatním.

V Koryčanech šlo o jednorázový experiment u 64% dotázaných. Jako způsob odreagování drogu užívá 32% dotázaných. 4% respondentů přiznalo, že je pro ně droga nutnost.

V Koryčanech je o necelých 9% více respondentů, kteří uvádějí, že šlo o jednorázový experiment. 4% dotazovaných v Koryčanech se přiznalo, že se dostali do drogové závislosti.

Z toho vyplývá, že jak v malém, tak i ve velkém městě užila nelegální drogu více než polovina dotazovaných pouze jednorázově.

Cca 56% chlapců a cca 63% dívek uvádí, že v současné době jim droga nic nepřináší, šlo pouze o jednorázový experiment. 40% chlapců a cca 35% dívek uvádí, že droga je pro ně způsob odreagování. 1,82% chlapců uvádí přínos drogy v nutnosti a že „ostatní berou taky“. Jako nutnost bere drogu 2,04% dívek.

Častěji a to cca o 7% šlo u dívek o jednorázový experiment. Většině ostatních přináší droga občasně odreagování.

Tab. 23: Přínos drogy v současné době v Brně

	Brno					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Nic	14	51,85%	16	59,26%	30	55,56%
Odreagování	12	44,44%	11	40,74%	23	42,59%
Nutnost	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ostatní berou	1	3,70%	0	0,00%	1	1,85%
Celkem	27	100,00%	27	100,00%	54	100,00%

Tab. 24: Přínos drogy v současné době v Koryčanech

	Koryčany					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Nic	17	60,71%	15	68,18%	32	64,00%
Odreagování	10	35,71%	6	27,27%	16	32,00%
Nutnost	1	3,57%	1	4,55%	2	4,00%
Ostatní berou	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	28	100,00%	22	100,00%	50	100,00%

Tab. 25: Přínos drogy v současné době

	Celkem					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
Nic	31	56,36%	31	63,27%	62	59,62%
Odreagování	22	40,00%	17	34,69%	39	37,50%
Nutnost	1	1,82%	1	2,04%	2	1,92%
Ostatní berou	1	1,82%	0	0,00%	1	0,96%
Celkem	55	100,00%	49	100,00%	104	100,00%

ZÁVĚR

Důvodů, proč jedinec sáhne po droze může být celá řada. Jedním z nejsilnějších sociálních pudů člověka je někam patřit, být součástí nějakého většího celku, nějaké skupiny, prostě nebýt sám. Zvláště, jedná-li se o člověka mladého. Tato touha „zapadnout“ může být jedním z hlavních důvodů, proč opouští bezpečí rodiny a vrhá se do nebezpečných a neprobádaných vod. Dalším důvodem může být potřeba úniku od reality všedních dnů, zahnat nudu, udělat něco dospěláckého, vzbouřit se, nebo experimentovat. Jedinec ve své naivitě sáhne po droze v domnění, že se oprostí od starostí tohoto světa a získá svobodu, ale paradoxně je to právě svoboda co ztrácí. Stává se otrokem svých vlastních potřeb a v konečném důsledku se život se omezí na pouhé sobecké přežívání.

Cílem této práce bylo zjistit zkušenosti s užíváním nelegálních drog mezi mládeží středních škol v Brně a Koryčanech. Cílem dotazníku bylo zjistit, jaký je rozdíl v užívání nelegálních drog mezi studenty středních odborných škol ve velkoměstě a maloměstě. Dotazníkový průzkum ukázal, že více než polovina respondentů má zkušenosti s nelegální drogou a to tak, že více než padesát procent dotazovaných drogu pouze vyzkoušelo a není pravidelným ani občasným uživatelem. Co se týká odpovědí, největším překvapením bylo, že se dva studenti v Koryčanech přihlásili k závislosti na nelegální droze. Více než padesát procent studentů uvedlo, že nemá žádnou zkušenost s užitím nebo užíváním nelegálních drog. Dobrá zpráva je, že u více než padesáti procent všech dotázaných, kteří uvedli, že nějakou zkušenost mají, šlo pouze o jednorázový experiment.

Předpokládám, že studenti odpovídali ve většině případů pravdivě a to z důvodů, že test probíhal jako součást výuky, bylo použito poměrně málo otázek a pro zvýšení anonymity byly rozdány všem stejné tužky. Také sběr dotazníků probíhal nerovnoměrně, tedy ne po lavicích jako obvykle. O vyplňování dotazníků žáci nevěděli dopředu, aby se nemohli předem domluvit na odpovědích a tím znehodnotit výsledky. Pedagogové na obou školách projevíli zájem o výsledky, které v rámci zachování anonymity studentů obdrželi zpracované pouze v tabulkách.

Výsledky dotazníků mohou být použity ke správnému nastavení typu prevence na obou školách.

Žáci projeví zájem o drogovou problematiku a pedagogičtí pracovníci přislíbili, že v diskusích o drogách budou pokračovat a že se více pokusí zaměřit na jejich prevenci.

Drogová problematika je věčné, velice ožehavé a stále aktuální téma, které se týká nás všech. Žáci v malém městě mají podle zpracovaných výsledků větší zkušenosti s nelegálními drogami než ve velkém městě. Z toho vyplývá, že před drogami nejsou mladí lidé v současné době nikde chráněni. Bylo by dobré se zaměřit na užívání marihuany, protože právě marihuana je velice rozšířená a její nebezpečnost je mezi mladými podceňována. Droga se dá sehnat kdekoliv.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ELLIOTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-717-8034-0

ENGELANDER, M., LANG, E., LACY, R. CASH, R. *Efektivní regulace užívání marihuany*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010, ISBN 978-80-7440-041-4

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

HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Granada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0135-9

KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

MANN, J. *Jedy, drogy, léky*. 1. vyd. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0508-0

MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, feťáci a gambleři*. 1. vyd. Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901-6189-8

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál,

2008. ISBN 80-736-7414-9

WIKIPEDIA [online], [cit. 5. ledna 2012]. Dostupný z WWW:
<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Heroin>>.

SEZNAM TABULEK

Seznam tabulek

TAB. 1: POČET CHLAPCŮ A DÍVEK NA JEDNOTLIVÝCH ŠKOLÁCH	60
TAB. 2: ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S NELEGÁLNÍ DROGOU V BRNĚ	61
TAB. 3: ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S NELEGÁLNÍ DROGOU V KORYČANECH	61
TAB. 4: ZKUŠENOSTI CHLAPCŮ A DÍVEK S NELEGÁLNÍ DROGOU	61
TAB. 5: ČETNOST ZKUŠENOSTI S NELEGÁLNÍ DROGOU V BRNĚ	62
TAB. 6: ČETNOST ZKUŠENOSTI S NELEGÁLNÍ DROGOU V KORYČANECH	62
TAB. 7: ČETNOSTI ZKUŠENOSTI CHLAPCŮ A DÍVEK S NELEGÁLNÍ DROGOU	63
TAB. 8: ZKUŠENOSTI S TYPEM NELEGÁLNÍCH DROG V BRNĚ	64
TAB. 9: ZKUŠENOSTI S TYPEM NELEGÁLNÍCH DROG V KORYČANECH	64
TAB. 10: ZKUŠENOSTI S TYPEM NELEGÁLNÍCH DROG CELKEM	64
TAB. 11: NEJČASTĚJŠÍ ZPŮSOB UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH DROG V BRNĚ	65
TAB. 12: NEJČASTĚJŠÍ ZPŮSOB UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH DROG V KORYČANECH	66
TAB. 13: NEJČASTĚJŠÍ ZPŮSOB UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH DROG CELKEM	66
TAB. 14: MÍSTO PRVNÍ ZKUŠENOSTI S DROGOU V BRNĚ	67
TAB. 15: MÍSTO PRVNÍ ZKUŠENOSTI S DROGOU V KORYČANECH	68
TAB. 16: MÍSTO PRVNÍ ZKUŠENOSTI S DROGOU	68
TAB. 17: DŮVOD PRVNÍHO UŽITÍ NELEGÁLNÍ DROGY V BRNĚ	69
TAB. 18: DŮVOD PRVNÍHO UŽITÍ NELEGÁLNÍ DROGY V KORYČANECH	69
TAB. 19: DŮVOD PRVNÍHO UŽITÍ NELEGÁLNÍ DROGY	70
TAB. 20: ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ DROGY V BRNĚ	71
TAB. 21: ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ DROGY V KORYČANECH	71
TAB. 22: ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ DROGY	71
TAB. 23: PŘÍNOS DROGY V SOUČASNÉ DOBĚ V BRNĚ	73
TAB. 24: PŘÍNOS DROGY V SOUČASNÉ DOBĚ V KORYČANECH	73
TAB. 25: PŘÍNOS DROGY V SOUČASNÉ DOBĚ	73

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník.....	I
---------------------------	---

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Anonymní dotazník

Tento dotazník je součástí bakalářské práce k tématu „Drogy a drogová závislost mládeže“ a je zaměřen na vaši zkušenost s užíváním nelegálních drog.

Pokyny k vyplnění dotazníku:

- nespěchejte prosím a dotazník řádně vyplňte
- neuvádějte na dotazník své jméno ani další informace, podle kterých by se dalo poznat, kdo dotazník vyplnil. Proto můžete na všechny otázky odpovědět pravdivě.
- nejste povinni odpovídat na všechny otázky, pokud vám to bude nepříjemné (pokuste se ale prosím odpovědět na co největší počet otázek, aby průzkum neztratil svou hodnotu)
- pokud uvedené odpovědi přesně neodpovídají vaší situaci, zvolte odpověď, která se nejvíce blíží skutečnosti.
- vybranou odpověď zakroužkujte, pokud chcete svoji odpověď změnit, původní odpověď přeškrtněte a označte jinou.
- v některých otázkách jste žádáni o upřesnění. Zde prosím doplňte.

1. Jste chlapec nebo dívka?

- a) chlapec
- b) dívka

2. Máte zkušenosti s nelegální drogou (zaškrtněte ano i v případě, že šlo o jednorázový experiment)?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste uvedli ano, pokračujte v dotazníku.

3. Moje zkušenost s nelegální drogou:
 - a) vyzkoušel jsem
 - b) jsem občasný (příležitostný) uživatel
 - c) užívám pravidelně

4. Jsem uživatelem – popř. vyzkoušel jsem:
 - a) lehké drogy (konopí, hašiš)
 - b) tvrdé drogy (heroin, kokain, crack, pervitin, LSD, lysohlávky, toluen, aceton, taneční drogy)
 - c) jiné, popř. uveďte.....

5. Drogu užívám – popř. vyzkoušel jsem:
 - a) šňupáním
 - b) čicháním
 - c) kouřením
 - d) polykáním
 - e) pomocí injekční stříkačky
 - f) kombinace výše uvedených způsobů
 - g) jiným způsobem, popř. uveďte.....

6. Kde jste se setkal poprvé s drogou?
 - a) parta (přátelé)
 - b) disko, zábava, párty
 - c) kontakt přes dealera
 - d) škola

7. Proč jste poprvé vyzkoušel drogu?
- a) zvědavost
 - b) životní krize
 - c) nabídka od kamaráda (spolužáka)
 - d) nabídka od neznámého člověka
 - e) jiným způsobem, popř. uveďte.....
8. Jak se dostáváte (dostal) k droze?
- a) samovýroba
 - b) od dealera
 - c) od spolužáka – kamaráda
 - d) jiným způsobem, popř. uveďte.....
9. Co mi droga přináší v současné době?
- a) nic, šlo o jednorázový experiment
 - b) občasné odreagování
 - c) Je to pro mě nutnost
 - d) nic – ostatní berou taky

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Marek Kanevský

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinované

Název práce: Drogy a drogová závislost u mládeže

Rok: 2009-2012

Počet stran textu bez příloh: 79

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů české literatury a pramenů: 8

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: PhDr. Eleonóra Strapcová