

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ
STUDIUM**

2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Šárka Pundy

Drogy a drogová závislost u mládeže

Praha 2013

**Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Eleonóra Strapcová**

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

**BACHELOR COMBINED (PART TIME)
STUDIES**

2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Šárka Pundy

Drugs and drug addiction among youth

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor:
PhDr. Eleonóra Strapcová

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Šárka Pundy

Poděkování

Chtěla bych poděkovat za vedení bakalářské práce a odbornou pomoc při jejím zpracování paní PhDr. Eleonóře Strapcové.

Anotace

Tato bakalářská práce se zaměřuje na důsledky a drogovou problematiku. Popisuje historii drog, definuje pojem droga. Věnuje se problematice rekreačního užívání drogy. Dále definuje pojem drogová závislost, pojednává o důsledcích závislosti. Na závěr uvádí možnosti soudobé diagnostiky drogové závislosti a věnuje se tématu prevence.

Klíčové pojmy:

Drogy

Drogová závislost

Mládež

Kazuistiky

Zneužívání návykových látek

Annotation

This bachelor thesis focuses on the consequences and drug issues. Describes the history of drugs, defines drug. Questions concerning recreational drug use. It also defines the concept of drug addiction, discusses the consequences of addiction. In conclusion indicates possibilities of contemporary diagnosis of drug addiction and is dedicated to the topic of prevention.

Key words

case interpretation

drug addiction

drugs

Substance Abuse

youth

OBSAH

ÚVOD	8
1 Historie užívání návykových látek	9
2 Co je to droga	12
2.1 Kategorizace drog	15
2.2 První užití drog	17
2.3 Mládež a drogy	20
3 Přehled nejčastěji zneužívaných drog v České republice	23
4 Drogová závislost	25
4.1 Příčiny vzniku a rozvoje drogové závislosti	27
4.2 Fáze vývoje závislosti	30
4.3 Typy drogových závislostí	31
4.4 Druhy drogových závislostí	33
4.5 Důsledky užívání drog	34
5 Výzkum a diagnostika drogových závislostí	37
6 Prevence	39
7 Prezentace kazuistik	41
ZÁVĚR	45
RESUMÉ.....	46
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	48
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	50

ÚVOD

Historie drog se táhne vývojem lidské společnosti jako červená linka. Každé historické období je jimi dotknuto. Stejně tak téměř nelze najít člověka, který by s nějakou z drog neměl alespoň jednu zkušenost. Velice zvláštní, uvážíme-li že drogy lidskému organismu škodí a člověk, jako tvor moudrý a racionálně uvažující, by se jim měl podle této rovnice zdaleka vyhnout.

Mnoho umělců popisuje, jak právě stav na droze jim vnukl myšlenku nebo dodal inspiraci pro vytvoření velice oceňovaných děl. Mnoho lidí drogu přijímá jako svého pomocníka, bez něhož by se neobešli... Kolik známe lidí ve svém okolí, kteří například „bez kávy nevstanou.“ Zde se však zobrazuje jedno z největších rizik všech drog. Jakkoliv můžeme uvažovat o tom, zda je nebo není droga dobrý služebník, všichni se shodnou na tom, že droga je velice špatný pán.

Jak autorka píše dále v textu existuje dělení drog na dvě skupiny s akceptovatelným a neakceptovatelným rizikem vzniku závislosti. Znamená to tedy, že u některých drog je statistická konstanta pravděpodobnosti, že na nich vznikne závislost vyšší než u jiných, tedy více lidí se na ní stává závislých. Ty jsou nebezpečnější. Zároveň ovšem není na světě jediná droga, u které bychom nedokázali najít na ní závislého člověka. Jakmile vznikne závislost, stává se daná osoba do určité míry otrokem své drogy, která tak podmiňuje a ovlivňuje mnoho oblastí jeho života. Problém spočívá v tom, že nikdo z nás neví, jak velkou toleranci vůči určité droze máme. Nevíme, kolik vydržíme, než nás droga začne pohlcovat. Takže vlastně nikdy nevíme, s čím přesně si zahráváme.

A právě problému drog, o jejich historii, typologii, lesku a riziku z nich plynoucích, i o tom co z tohoto rizika může vzejít, by se chtěla autorka věnovat na následujících stranách.

1. Historie užívání návykových látek

Dějiny drog jsou úzce propojeny s dějinami lidskými. Drogy byly používány odnepaměti. Počátek objevení psychoaktivních účinků drog není možno stanovit přesně, archeologické nálezy však datují první nálezy svědčící o užívání drog do období neolitu či paleolitu. Drogy byly využívány při šamanských či duchovních obřadech, k léčebným účelům.¹ Střihavka uvádí, že již v neolitické době (8000 – 5000 př.n.l.) byly známy vlastnosti makové šťávy (opia), kokový keř (kokain) nebo pryskyřice z konopí (hašiš)² Nožina seznamuje se stručnou historií každé drogy zvlášť. Autorka považuje tento přehled za nejobjektivnější, neboť každá z drog má svou osobní historii, podle toho kdy a jak lidé objevili její možnosti, stejně tak jako podle toho, jak náročná je procedura přípravy drogy.

Opiáty jsou látky získávané z máku odrůdy *Papaver Somniferum album*. Původně je to bílá šťáva, která se získá naříznutím makovice. Šťáva na vzduchu zhoustne a ztmavne, je pak dále zpracovávána nebo již přímo využita ke konzumaci. Tato látka je stará asi 6000 let. Byla pěstována již za doby Sumerů a používána jako lék proti bolesti. V druhé polovině prvního tisíciletí se pěstování rozšířilo i na Dálný Východ, do Indie a Číny. V Evropě známe účinky opia již od 17. století, využívalo se k léčbě, bylo však i zneužíváno pro psychoaktivní účinky. Do řady opiátů patří morfin, kodein a heroin.³

Stimulační drogy jsou vedle nikotinu a kofeinu, které pro jejich menší nebezpečnost ponechám stranou zejména deriváty rostliny koka. Tato rostlina pochází z Jižní Ameriky, její účinek lidé znali již před 4000 lety. Koka bývá dodnes v Jižní Americe považována za božskou rostlinu zahánějící únavu při práci ve vysoké nadmořské výšce And. Evropa zná tuto látku od roku 1531, teda přesně od období kolonizace Incké říše Španěly, kteří ji posléze rozšířili do Evropy. Do řady opiátů patří kokain, objevený v roce 1855 lékárníkem F. Gaedckem, crack, Kata.⁴

Syntetické stimulační drogy patří mezi novější látky, vzhledem ke své náročnější přípravě. Amfetamin byl poprvé syntetizován v roce 1887 v USA, prozkoumán byl však až ve

¹ Srov.: VALÍČEK, P., et al. *Rostlinné omamné látky*. Praha: Start, 2002. s. 10.

² Srov.: STŘIHAVKA, M., *Historie drog obecně*. [online]. 2009. [citováno 4.10.2012]. Dostupné z: <http://www.underground.cz/763>.

³ Srov.: NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 16 – 20.

⁴ Srov.: NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 23 – 28.

20. století. Původně se používal k léčbě narkolepsie.⁵ Posléze byl podle Duška a Janíka zakázán takzvaným opiovým zákonem, neboť předtím byl prodáván zcela volně a jeho zneužívání se stalo velmi populární, bylo používáno od teenagerů, přes domácí hospodyňky a řidiče nákladových vozidel až po vězně.⁶ Dále, jak píše Nožina, stojí za zmínku historie v České republice velmi často zneužívaného pervitinu, který byl objeven roku 1888 v Japonsku a užíván již za druhé světové války sebevraždnými kamikadze piloty či parašutisty. Do Evropy se dostal až v roce 1929. Extáze byla původně vyráběna v USA jako lék používaný v psychiatrii. Koncem 80. let 20. století, byla jejich produkce oficiálně zastavena vzhledem k velkému množství zneužití této látky. Mezi tento typ drog patří dále „ice“, PCP, STP.⁷

Kanabis a jeho deriváty jsou látky vyprodukované ze základní suroviny rostliny Konopí seté. „Doklady o pěstování konopí jsou staré více než 5000 let. Jeho psychoaktivní a euforizující účinky znali lidé již ve starověké Indii, Africe, na Středním východě, v Číně. Užívání produktů konopí (marihuany, hašiše) bylo historicky spojené s náboženskými obřady; hinduistickému a islámskému náboženství nahrazují konopné produkty alkohol jak rituálně tak kulturně. Zmiňuje se o něm rovněž Homér ve své Odysseie. Do Evropy ho přinesli Napoleonovi vojáci vracující se z egyptského tažení. V severní Americe se tato droga rozšířila začátkem 20. století.“⁸

Halucinogenní látky, syntetické i přírodní, mají silné psychoaktivní účinky, ve vysokých dávkách se mohou vyskytovat i halucinogenní stavy a falešné představy.⁹ Užívání halucinogenních drog bylo podle Nožiny vždy spjato s náboženskými rituály. Na poli lékařského výzkumu byly halucinogeny využívány při experimentálním studiu psychóz (např. schizofrenie).¹⁰ „Halucinogeny byly nejvíce rozšířeny v 70. a 80. letech. Jejich zneužívání bylo ponejvíce spjato s alternativní kulturou, jejíž vyznavači tvrdili, že jim halucinogeny pomáhají dosahovat hlubšího a bohatšího poznání sebe sama. V současnosti je zneužívání halucinogenů méně časté.“¹¹ Patří mezi ně Meskalin, psylocibin, některé druhy muchomůrek,

⁵ Srov.: NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 28.

⁶ DUŠEK, K., JANÍK, A., *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum. 1990. s. 32.

⁷ Srov.: NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 28 - 32.

⁸ NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 33.

⁹ *Příručka k identifikaci drog*. Washington: Ministerstvo financí USA – celní služba, Praha: překlad národní drogové informační služby, 1988. s. 12.

¹⁰ Srov.: NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 37.

¹¹ NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 37.

durman, LSD syntetizované z námelu v roce 1938 švýcarským chemikem Albertem Hoffmanem. V roce 1943 byly náhodně objeveny psychoaktivní účinky a droga se záhy rozšířila do prostředí mládeže a uměleckých kruhů.¹²

Těkavé látky jsou obvykle vyráběny pro obchodní či lékařské využití. Časem se přijde i na jejich psychoaktivní účinky. K rozvoji tohoto typu drog přispěl rozvoj chemie v 18. a 19. století. V té době objevil sir Humphrey Davy oxid dusný, později známý jako „rajský plyn“. Šířeji se však začal zneužívat až s nástupem narkózy, tedy v začátku 20. století. Podobně i éter byl znám již začátkem 19. století, zneužíván však začal být až po roce 1846, kdy se začal používat k narkóze. Po zjištění schopnosti vyvolat závislost byl nahrazen chloroformem, který byl syntetizován roku 1831. Po zklamání s chloroformem byl stažen i ten.¹³

Zneužívaných léků, které se tak dají řadit k drogám je velká řada, stejně jako těch, kdo léky nadužívali. Tento trend má dva nejčastější typy. První, kdy lékař předepíše lék a pacient si na něm následně vytvoří závislost, takže ho nadužívá a druhý, kdy lidé nevyužívají ošetřující lékaře k získání toužené látky, ale sami si ji aktivně obstarají krádeží, zfalšováním lékařského předpisu a tak podobně. Oba tyto trendy se rozvinuly v České republice na specifické drogové scéně za doby socialismu. Mezi takové léky patří léky proti nespavosti, barbituráty, deriváty bromu, anxiolytika, contergan, neuroleptika, analgetika, pyramidon, kombinované preparáty, skopolamin, atropin, metylfenilát, fenmetrazin, dexfenmetrazin, stimulancia, antidepresiva, antiparkinsonika a anabolika.¹⁴

¹² Srov.: NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 37 - 40.

¹³ Srov.: NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 41- 42.

¹⁴ Srov.: NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 45 - 48.

2. Co je to droga

V oblasti drogové problematiky panuje terminologická nejednotnost. Vzhledem k tomu, že drogy se již staly celosvětovým, globálním problémem a celá oblast se stále velmi rychle vyvíjí, neustále vznikají nové pojmy a definice, a staré díky tomu nabývají nového obsahu.

Zábranský uvádí definici drog jako „ilegální nezákonné, státem nepodporované omamné nebo psychotropní látky.“¹⁵

Na tuto definici navazuje český trestní zákoník, který je účinný od 1. ledna 2010 a přinesl podstatné změny v úpravě primárních drogových trestných činů. Jako reakce na masivní rozšíření nabídky nových syntetických drog od konce roku 2010 byl na jaře roku 2011 novelizován zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a jeho přílohy byly rozšířeny o 33 nových látek.¹⁶

Mnoho kapacit se však s touto definicí nespokojí, neboť zcela vynechává drogy společensky akceptované. Pro přehled zde autorka předkládá několik dalších typů definic.

Nožina předkládá tyto typy definice. Ve spisovné češtině má slovo drogy význam jako „omamující prostředek, dráždivý přípravek“ v minulosti byla droga označována jako surovina rostlinného nebo živočišného původu používaná jako léčivo. A skutečně mnoho drog, jak je popsáno výše bylo původně objeveno a používáno jako léčivo.¹⁷ „Dnes je slovo „droga“ v obecném i odborném úzu nadřazený pojem, označující jako drogy ve farmaceutickém smyslu i jiné léky a látky (včetně tekutých jako alkohol), zejména pokud jich je užíváno a zneužíváno ke změnám nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení duševních či tělesných funkcí a vyvolávání mimořádných zážitků (iluzí, halucinací, pseudohalucinací apod.)“¹⁸

Organizace WHO, tedy světová zdravotnická organizace používá pro definici drogy krátkou avšak zajímavou definici, která zahrnuje všechny možné látky, ať legální či nelegální, které nějakým způsobem ovlivňují lidský organismus. „Droga je jakákoliv látka, která, je-li

¹⁵ ZÁBRANSKÝ, T., *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s.14.

¹⁶ NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Národní protidrogová politika v ČR v r. 2010 a její kontext*. [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 9.10.2012]. Dostupné z: http://www.Drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/protidrogova_politika/narodni_protidrogova_politika_cr_v_r_2010_a_jeji_kontext.

¹⁷ Srov.: NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 9.

¹⁸ NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 9.

vpřavena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více funkcí.“¹⁹ Tato definice je svou podstatou asi nejobsáhlejší ze všech.

Presl uvádí, že jako drogu lze chápat každou látku, která splňuje dvě základní premisy:

- 1) Má takzvaný psychotropní účinek, tedy ovlivňuje nějakým způsobem naše vnímání a prožívání okolní reality, mění naše vnitřní naladění – prostě působí na psychiku.
- 2) Může vyvolat závislost. Má tedy takzvaný „potenciál závislosti“. Potenciál závislosti může být různě vyjádřen, ale je přítomen vždy.²⁰

Podle Presla jsou tedy drogy všude okolo nás. Nejde jen o látky, která jako drogy vnímáme nebo které jsou zákonem zakázány. Stačí zajít do obchodu s potravinami a i tam na ně narazíme, jako na pevnou součást nabídky. To jsou však drogy společností tolerované. Jde o alkohol, čaj nebo kávu, tabák.²¹ Dále jsou jisté činnosti, které, ač nejsou substancionální podstaty, přesto vyvolávají závislost a ovlivňují naše vnímání světa a tedy, podle Preslovy definice, do skupiny drog spadají. Nešpor vyjmenovává gambling, tedy hraní automatů, sledování televize, zneužívání látek nevyvolávajících závislost, práce na počítači, či internetu, sexuální činnost, práce, nakupování, přijímání potravy.²² Drogou se tedy může stát cokoliv, na čem si vypěstujeme závislost.

Kalina uvádí, že drogy se postupem času staly globálním problémem. Globální problém má tyto charakteristiky: ovlivňuje prakticky všechny země světa, každá země v něm sehrává svou úlohu jako země producentská, transitní, nebo spotřebitelská, takřka nikdo nezůstává stranou, neboť každá rodina či jednotlivec přichází s problémem drog do styku, minimálně jako s konkrétním rizikem, globální problém není řešitelný v rámci jedné země, vyžaduje mezinárodní spolupráci.²³

„Globalizace drogového problému souvisí zejména s vytvořením světového nezákonného trhu s drogami, který je mezi světovými nezákonnými trhy první co do rozsahu a druhý co do finančního obrátu. (...) Globalizace drogového trhu přináší epidemický charakter zdravotních a sociálních důsledků zneužívání drog. Tyto důsledky jsou ovšem co do rozsahu (celkový počet postižených, zdravotních komplikací a úmrtí) méně katastrofální než u legálních drog – alkoholu nebo tabáku. K přímým důsledkům zneužívání však navíc

¹⁹ Srov.: SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, *Drugs*. [online]. 2011. [citováno 9.10.2012]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/illicit-drugs>.

²⁰ Srov.: PRESL, J., *Drogová závislost, Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf. 1994. s. 9.

²¹ Srov.: PRESL, J., *Drogová závislost, Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf. 1994. s. 9.

²² Srov.: NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. 2011. s. 13 – 17.

²³ Srov.: KALINA, K., a kol. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 15.

přístupuje riziko šíření závažných infekčních nemocí (AIDS, hepatitis B a C) a kriminalizace uživatelské populace (v souvislosti s nezákonným trhem), což jsou fenomény, které se u alkoholu a tabáku neobjevují. Sociální akceptace zneužívání nezákonných drog je tak daleko nižší, než u legálních návykových látek.²⁴

Dle mezinárodní kontrolní stanice pro drogovou situaci je zcela nevídané, jakých dosáhlo zneužívání drog rozměrů v našem globalizovaném světě. Autorka se zaměřila na výzkumné zprávy evropského charakteru.

Po celém světě zůstává marihuana nejobvykleji užívanou drogou. K evropským zemím s nejvyšší prevalencí patří Česká republika, Francie, Irsko, Švýcarsko a Spojené království. Mezi aktuální uživatele je zařazeno asi 9,5 milionu osob a každodenní nebo téměř každodenní užívání vykazují zhruba 3 miliony mladých dospělých, zejména muži.

Celkové množství zadrženého kokainu v Evropě se také neustále zvyšuje, což je jasný ukazatel rozšiřujícího se trendu zneužívání této drogy. Množství zadrženého kokainu v Evropě se mezi lety 2002 a 2003 téměř zdvojnásobilo.²⁵

Téměř všechen heroin pochází z Afghánistánu. Pašování afghánského heroínu do Ruska se také zvyšuje. Naproti zvyšující se nabídce však poptávka ve většině evropských zemí stagnuje nebo klesá.

V zemích EU dále pokračuje trend užívání extáze a amfetaminů, zejména mezi mladými dospělými. Podle odhadů je to kolem 2,6 %. Nejvyšší míru zneužívání této drogy hlásí Spojené království, Česká republika, Španělsko a Estonsko.

Užívání LSD se v Evropě drží na poměrně nízké úrovni, poměrně rozšířeným jevem se však stává abúzus přírodních halucinogenů, jako jsou lysohlávky. Vysoká míra užívání lysohlávek byla zjištěna zejména ve střední Evropě, kde díky podnebným podmínkám tento druh hub volně roste.²⁶

Co se světových cest drog na evropský černý trh týče, Afrika a Maroko patří mezi hlavní pěstitele marihuany a hašiše. Dále se užívají západoafrické země podél Guinejského zálivu k pašování kokainu z Latinské Ameriky do Evropy a také Severní Ameriky. Region Střední Ameriky se považuje za hlavní překládkový bod, hlavně pro kokain z Jižní Ameriky, jež je určen opět pro Spojené státy a Evropu. Několik zemí ve Střední Americe podepsalo

²⁴ KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 15.

²⁵ Srov.: NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 252.

²⁶ Srov.: *International Narcotics Control Board : Report of the International Narcotics Control Board for 2005* [online]. 1995-2005 [cit. 2012-11-09]. Dostupný z WWW: <http://www.incb.org/incb/en/annual_report_2005.html>.

CAFTA, tedy dohodu o volném obchodu se Spojenými státy, která liberalizovala veškerý meziregionální obchod, odstranila bariéry a také kontrolní orgány. Zneužívání pašování a nelegální výroba je problémem zejména v USA, Kanadě, Mexiku.

Ve východní a jihovýchodní Asii zůstává hlavním problémem výroba, obchodování zneužívání amfetaminů a opiátů. V jižní Asii je díky sousedství se západní, východní i jihovýchodní Asií velký problém s ilegální produkcí opiátů. V Bangladéši, Indii a Nepálu vedlo zrušení kontroly farmaceutických přípravků obsahujících narkotické drogy a psychotropní látky k rozšíření zneužívání mezi všechny části populace.

V západní Asii se zneužívání drog stále zvyšuje. Afghánistán je stále hlavním producentem nelegálního opiového máku. Írán a Pákistán jsou zneužívány díky své geografické poloze k tranzitům afghánského heroinu do Evropy a Severní Ameriky. Dále je pro tyto účely používán arabský poloostrov, jižní Kavkaz, Ázerbájdžán a Gruzie.

V Oceánii je vážným problémem nelegální pěstování a zneužívání konopných látek. Dále bylo objeveno větší množství tajných laboratoří k výrobě pervitinu a extáze a to zejména v Austrálii a na Novém Zélandu. Dále se ukazuje, že je Oceánie tranzitním územím pro převoz metanfetaminu z Číny.²⁷

2.1 Kategorizace drog

Existuje řada systémů dělení psychotropních látek. Zábranský uvádí všechny tři nejčastější typy dělení, s nimiž je možno se setkat, a to jsou: podle vzniku, podle typu působení a chemického složení a podle stupně společenské nebezpečnosti.²⁸

Podle vzniku jsou děleny na:

- 1) přírodní látky jako: konopné produkty, opium, koka, psychoaktivní houby, psychoaktivní rostliny, káth a další regionální drogy a dalších asi 2500 psychoaktivních rostlin a hub.
- 2) Semisyntetické, mezi něž řadíme morfin, heroin, LSD podobné surová námelové alkaloidy, kokain, crack.
- 3) Syntetické jako jsou amfetaminy a jejich deriváty, opioidy, ecstasy (MDMA, MDEA, MDBD, MDA), falešné ecstasy (2CP, PMA, PMMA) a další taneční drogy,

²⁷ Srov.: *International Narcotics Control Board : Report of the International Narcotics Control Board for 2005* [online]. 1995-2005 [cit. 2012-11-09]. Dostupný z WWW: <http://www.incb.org/incb/en/annual_report_2005.html>.

²⁸ Srov.: ZÁBRANSKÝ, T., *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s. 14.

„designérské drogy“ což jsou deriváty známých drog, jejichž cílem je zachovat účinné složky, ale vyrobit dle zákona nezakázanou látku, amylnitrat, N₂O (humánní anestetikum), těkavé látky (rozpuštědla), farmaceutická anxiolytika a sedativa a další látky.²⁹

Podle typu psychoaktivního působení a chemického složení Záborský dělí drogy na:

- 1) tlumivé látky, do nichž patří opiátová a opioidová skupina (šťáva z makovic, morfin, heroin, metadon, pethidin, LAAM, buprenofin) a anxiolytika a hypnotika (benzodiazepamy a barbituráty) a další látky.
- 2) Stimulancia jako jsou amfetaminy, kokain, crack a těkavé nitráty
- 3) Halucinogeny k nimž patří konopné produkty, LSD, psilocybin, mescalín, PCP, ecstasy a další taneční drogy a těkavé látky.³⁰

Způsob dělení podle stupně společenské nebezpečnosti v sobě nese zdravotní, kriminogenní a ekonomická rizika, která plynou z užívání jednotlivých drog. Přestože však existuje poměrně přesná paleta technik, jak jednotlivé parametry porovnat, každá jednotlivá společnost má zcela jiný hodnotící žebříček a konsensus je proto v podstatě nemožný. Pro psychotropní látky proto existují čtyři možnosti, jak s nimi lze v jednotlivých státech nakládat.

- 1) Prohibice. Látka je tedy zakázána, není dovoleno s ní nijak nakládat, vyrábět ji, obchodovat s ní nebo ji předávat jinému, nesmí se užívat mimo vědecké účely, přičemž v takovém případě je pro nakládání s ní třeba speciálního povolení. Typickým příkladem pro Českou republiku je heroin.
- 2) Dekriminalizace. Zakázána je výroba, obchod, předávání atd., ale držení drogy ani její užívání není samo o sobě trestné. Země s tímto režimem pro většinu drog jsou například: Itálie, Portugalsko, Španělsko.
- 3) Neprohibiční regulace. Obchod s nimi není principiálně zakázán, ale je podroben přísným omezením. Příkladem je Nizozemí a kontrolovaný prodej konopí a hašiše v coffee shopech.
- 4) Legalizace. Obchod, užívání i výroba jsou povoleny. Příkladem je například alkohol v České republice.³¹

²⁹ Srov.: ZÁBRANSKÝ, T., *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s.15.

³⁰ Srov.: ZÁBRANSKÝ, T., *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s.15.

³¹ Srov.: ZÁBRANSKÝ, T., *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s. 16.

Další kategorizací, se kterou se čtenář setká velmi často, je členění na drogy měkké a tvrdé. Toto členění je podle Presla založeno na kritériu míry vzniku závislosti, tedy na tom, za jak dlouho původně občasný konzument drogy ztratí nad svou konzumací kontrolu a stane se tak závislým. Presl však namítá, že tento způsob je značně nepřesný a doporučuje místo něho způsob členění užívaný v Holandsku, který užívá termíny „skupina drog s akceptovatelným rizikem“ a „skupina drog s neakceptovatelným rizikem“³². „První skupina je charakterizována tak, že drogy sem zařazené lze v podstatě konzumovat v přijatelných intervalech, aniž v neúnosné míře dojde k vzniku závislosti či jiným negativním důsledkům. Je tedy zjevné, že v určitém procentu populace ke ztrátě kontroly a závislosti či tělesnému poškození dojde, ale toto procento není pro společnost tak alarmující, aby se zavedla přísná restriktivní opatření.“³³ U drog tvrdých je vznik závislosti podporován neakceptovatelným statistickým rizikem.

2.2 První užití drog

„Látky, které mění vědomí jsou odnepaměti pro nás přitažlivé a lidi láká je vyzkoušet.“³⁴

„Ve vztahu k drogám je nutné si uvědomit, že drogy neexistují jako problém sám o sobě. Všeobecně máme tendenci povyšovat drogy na jakýsi vůdčí motivátor, idol a středobod dění. Ve skutečnosti však nebyly nikdy ničím jiným než tichým průvodcem a katalyzátorem procesů odehrávajících se v nás a kolem nás. Ve své podstatě je zneužívání drog především projevem existujícího špatného stavu osobnosti a společnosti. Drogy nejsou „špatné“ samy o sobě, „špatné“ bývá jejich užití respektive zneužití.“³⁵

Všichni píšíci autoři se shodují na tom, že důvodů, proč člověk prvně vyzkouší drogu, je nepřehledné množství. Podle Bruna a Mannina napočítali vědci Lettieri, Sayes a Pearson již v roce 1980 čtyřicet šest vědeckých teorií, které se tímto problémem zabývaly a také na padesát přímých příčinných faktorů, které k zneužívání drog vedou, většinou psychopatologické povahy.³⁶ Konkrétněji se bude autorka věnovat tomuto tématu v kapitole „Příčiny vzniku a rozvoje drogových závislostí.“

Hajný zdůrazňuje tyto příčiny:

³² Srov.: PRESL, J., *Drogová závislost, Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf. 1994. s. 10.

³³ PRESL, J., *Drogová závislost, Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf. 1994. s. 9.

³⁴ KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s. 15.

³⁵ NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 294.

³⁶ Srov.: BRUNNO, F., MANNINO, G., *A general view on drug dependence*. Řím: Prevence compendium. Substance abuse and Illicit trafficking. 1991. s. 4 – 7.

- 1) Užívání drog je zakázané, nebo určené jen pro určitou skupinu osob (například starší osmnácti let).
- 2) Drogy jsou spojovány s tajemným nepoznaným extatickým, novým.
- 3) Ve skupině je člen většinou tlačěn, jak ostatními členy, tak svou vlastní snahou ztotožnit se a přizpůsobit.
- 4) Některé z účinků drog mohou uspokojit aktuální potřeby experimentujícího jako je zapomenutí, uvolnění, povolení určitých bariér, prosazení se a tak podobně.³⁷

Nožina tvrdí, že vždy se jedná o složité propojení širokého okruhu vlivů osobnostních a situačních a některé z nich vyjmenovává.

- 1) Absence „čehosi“. Užití drogy pak vytváří pocit naplnění některých nedostatků prožívání, jako jsou pocit samoty, nedostatečnosti, strachu a podobně.
- 2) Tíha konzumu. Nožina říká, že v éře násilí, individualismu a úpadku morálních hodnot je častým motivem i touha, odpoutat se od materiálního světa a otevřít tak cestu k novým prožitkům. Tímto prožitkem, který je jednoduše, bezpracně dostupný, jsou právě drogy.
- 3) Drogový mýtus. Zneužívání drog není výrazem v některých skupinách výrazem slabosti, ale symbolem odvahy a síly, demonstrací, že na to konzument „má“.
- 4) Opomíjené sociálně. Sociální a kulturní stránka rozvoje státu zůstává opomíjena. Na ní však přímo navazuje společenská nervozita a frustrace, kterou je třeba nějak zapomenou, opustit. K tomu pak droga může dopomoci.
- 5) Krátkodobost cílů. Státní politika opomíjí dlouhodobé projekty, které vedou ke kultivaci společnosti a lidské osobnosti. Důsledkem dlouhodobého

³⁷ Srov.: HAJNÝ, M., *O rodičích, dětech a drogách*. Praha : Grada. 2001. s. 11.

opomíjení této oblasti pak často bývá nárůst negativních společenských jevů.³⁸

Janík a Dušek uvádějí, že mezi hlavní příčiny užívání drog bezesporu patří vůbec existence drogy jako takové, dále osobnost uživatele drogy, sociální prostředí, ve kterém se jedinec nachází a v neposlední řadě také činitelé, ať už provokující či vyvolávající.³⁹

Situace je o to složitější, že společnost má různou míru přijímání k lidem, kteří konzumují tu kterou drogu. Kolektiv autorů sdružení SANANIM uvádí, že například nikotin, alkohol či tabák je pro společnost relativně obvyklou a respektovanou drogou, společensky přijatelnou, pokud nepřekročí určité meze. To však neznamená, že by neměly svá rizika. Statisticky, jež mluví o nemocech z kouření, nebo o dopravních nehodách způsobených vlivem alkoholu mluví za své.⁴⁰ Presl se připojuje s tvrzením, že právě z této tolerance vychází i postoj společnosti vůči závislým na těchto drogách. Jsou společností akceptováni, až do okamžiku, kdy se pro ni stávají nějakým způsobem ohrožující. Vědomí toho, že „tohle děláme všichni“ je silnou motivací pro takové chování. Pokud k ohrožení skutečně dojde, nezáleží na tom, zdali jde skutečně o závislost, či o jednorázovou epizodu v životě konzumenta, je problém s látkou společensky pojímán jako negativní jev.⁴¹ V české republice je přitom, podle Kolektivu autorů sdružení SANANIM tolerance k užívání alkoholu poměrně vysoká. První alkohol obvykle konzumenti ochutnají několik let předtím, než ho mají zákonem povolen. Stejně to bývá i u experimentování s cigaretami.⁴² Hajný dokonce uvádí, že k prvnímu experimentování dochází již ve věku dvanácti až třinácti let.⁴³

Kolektiv autorů sdružení SANANIM dále informuje, že látky které legální nejsou, jsou považovány za výrazně rizikové a obecně nejsou společensky přijatelné v žádné míře.⁴⁴ „Už samotný fakt, že jde o manipulaci návykovými látkami, které nejsou v naší společnosti tradiční, vede ke snížené společenské toleranci.(...) Již samotné napojení na „drogovou společnost“, tedy na lidi, kteří drogy berou, vede k faktické kriminalizaci, i u pouze zvědavého jedince. Dochází jaksi samovolně k odsunu na periférii společnosti. Tato

³⁸ Srov.: NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997. s. 295 - 296.

³⁹ Srov.: DUŠEK, K., JANÍK, A., *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990. s. 48.

⁴⁰ Srov.: KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s. 15.

⁴¹ Srov.: PRESL, J., *Drogová závislost, Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf. 1994. s. 46.

⁴² Srov.: KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s. 15.

⁴³ Srov.: HAJNÝ, M., *O rodičích, dětech a drogách*. Praha : Grada. 2001. s. 11.

⁴⁴ Srov.: KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s. 15.

společensví jsou společenskou „normou“ většinou odmítána, aniž je patrná snaha jejich problémům skutečně porozumět.“⁴⁵

„Podle posledních výzkumů je bohužel zřejmé, že čím dříve se člověk seznámí s alkoholem a cigaretami, tím je větší pravděpodobnost, že se posléze dostane i k nelegálním drogám.“⁴⁶

2.3 Mládež a drogy

Celý problém podle Nešpora začíná už v dětství. Vlivem zrychlené doby mladí lidé budují svou kariéru a jejich děti nemají dostatek rodičovské pozornosti. V ranném věku tedy není posílena jejich všeobecná odolnost, důležitost hodnoty lidského zdraví, uvědomování si nebezpečí, která děti a mladé lidi obklopují. To vede k tomu, že později nejsou vedeni k prevenci zaměřené na odmítání tabáku, alkoholu a jiných drog.⁴⁷

„Vliv názorů stejně starých dětí nebo dospívajících stejně jako snaha se jim vyrovnat, překonat je nebo upoutat jejich pozornost, jsou nepochybně jedním z mnoha faktorů, které se podílí na tom, že dítě začne drogy užívat. Výběr kamarádů, známých, čas s nimi trávený, způsob trávení času – to jsou velká bitevní pole konfliktů dospívání.“⁴⁸

Fleischmann souhlasí, když píše, že nedostatečně sebevědomá osobnost uživatele, jejíž labilita je ještě umocněna věkem dospívání, kdy je člověk hyperkritický vůči všemu okolo i sobě samému, osobnost která si teprve hledá místo ve společnosti, může velmi lehce podlehnout pokušení, či ostatním a drogu přijmout. Jakýmsi návodem vedoucím k užití drogy může být touha po neobvyklém zážitku, dobrodružství, snaha vedoucí k tomu nebýt na okraji sociální skupiny, související také s posílením vlastního sebevědomí. Může jít i o projevení nesouhlasu či protestu.⁴⁹

„Tlak skupiny vrstevníků se uplatňuje mnoha způsoby. Pro dítě není nijak snadné jim odolat, udržet si vlastní (dosud nehotovou) identitu, žít zdravě a správně, jak chtějí rodiče.

⁴⁵ PRESL, J., *Drogová závislost, Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf. 1994. s. 46.

⁴⁶ KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s. 15.

⁴⁷ Srov.: NEŠPOR, K., *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. Praha: Sportpropag, 1996. s. 62.

⁴⁸ HAJNÝ, M., *O rodičích, dětech a drogách*. Praha : Grada. 2001. s. 56.

⁴⁹ Srov.: FLEISCHMANN, O., Problematika primární prevence abúzu drog. In *Prevence sociálně patologických jevů* . Ústí nad Labem: UJEP. 1999. s.22.

Zvláště takové dítě, které si není jisté samo sebou, hledá přirozeně jakékoliv cesty, jak dosáhnout mezi vrstevníky dobrého postavení.⁵⁰

Je tedy evidentně velice podstatné, aby dítě vcházelo do věku dospívání vybaveno náležitou dávkou sebevědomí, zdravou sebedůvěrou a pevným vztahem vybudovaným k rodičům i kamarádům. Jak však takového stavu docílit? Nešpor dává několik sérií pravidel, jimiž se dotýká podstatných oblastí výchovy. Autorka je zde uvádí, neboť jsou přílehlavá a pro zdravé dospívání podstatná. Pod názvem zdravá pravidla v rodině uvádí:

- 1) Žádný alkohol nebo drogy u nezletilých
- 2) Předem dané a logicky související důsledky porušení pravidla. To říká, že dítě by mělo dopředu vědět, co bude následovat, když pravidla o alkoholu či drogách poruší.
- 3) Neústupnost vůči vydírání. Pláč či výčitky by neměly rodiče zviklat k porušení předem stanovených pravidel.
- 4) Právo na kontrolu. Nešpor zde radí, aby se rodič neostýchal zkontrolovat, zda je dítě skutečně tam, kde řeklo, že bude.
- 5) Informovanost. Rodič by měl být připraven o drogách či alkoholu diskutovat, měl by si opatřit veškeré informace, aby věděl víc než dítě. V diskuzích je však třeba trvat na pravidle žádné drogy ani alkohol nezletilým.⁵¹

Další sekci pravidel pak Nešpor věnuje rodičům. Nazývá je “rodič jako nositel hodnot a vzor pro dítě“.

- 1) Pravdivé, třeba různě zdůvodněné přesvědčení o nevhodnosti alkoholu a jiných drog.
- 2) Respekt vůči tělesnému a duševnímu zdraví a jeho ochrana a podpora.
- 3) Důraz na svobodu, nezávislé rozhodování a originalitu tam, kde je pití a zneužívání drog rozšířeno.
- 4) Schopnost ovládat se a být odpovědný za své jednání za všech okolností jsou důležité hodnoty. Pomáhají odmítat látky, které tyto schopnosti oslabují.

Nešpor zároveň upozorňuje, že děti se od svých rodičů neučí jen slovem, ale i činy. Ve výhodě jsou tedy rodiče, kteří:

- 1) Nepijí alkoholické nápoje nebezpečným způsobem, neopíjí se, nekonzumují nadměrné množství léků. Pokud jsou nekuřáci, tím lépe.
- 2) Odmítají u sebe i druhých vysoce rizikové chování jako řízení pod vlivem alkoholu.

⁵⁰ HAJNÝ, M., *O rodičích, dětech a drogách*. Praha : Grada. 2001. s. 56.

⁵¹ Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: SportPrag, 1992. s. 34 – 35.

- 3) Umožňují dítěti setkávat se s jinými dospělými, kde alkohol není tím podstatným. Nenabízejí a zejména nevnucují alkohol hostům, ukazují, že je možné se dobře a na úrovni bavit i bez něj.
- 4) Slouží dítěti jako vzor při hledání východiska ve složitých situacích, při rozhodování a plánování střízlivým způsobem.⁵²

Další sérií jsou rady, jak pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti.

- 1) Nejlepší pomocí je jiná, kvalitnější mladá společnost.
- 2) Učte dítě, aby si vážilo vlastní osobnosti. Nemusí se vrstevníkům přizpůsobovat za každou cenu.
- 3) Pomozte mu rozlišovat mezi skutečným přátelstvím, jehož součástí je úcta k příteli a jeho zdravými a bezohlednými vztahy, které chtějí spíš druhého využít.⁵³

Poslední ze sérií rad, jsou doporučení, jak posílit zdravé sebevědomí dítěte:

- 1) Chvalte dítě. Chvalte ho i tehdy, když nedosáhne úspěchu, ale vyvinulo poctivou a upřímnou snahu. Všimněte si malých úspěchů a oceňujte je.
- 2) Pomáhejte dítěti dávat si rozumné cíle. Uvědomte si, na čem vaše dítě má a na čem ne. Zklamání z neuskutečnitelného cíle je pro sebevědomí dítěte bolestivou ranou.
- 3) Když vaše dítě udělá něco špatně, kritizujte konkrétní chování, ne samotné dítě.
- 4) Neslibujte mu vzdušné zámky, nevychovávejte ho jako absolutní jedničku a hvězdu, nebo mu později život vezme všechny iluze. Pomozte mu laskavě a věcně poznat jeho slabiny. Nebojte se při tom odkrýt i své vlastní.
- 5) Dejte dítěti pocítit přiměřenou odpovědnost za různé úkoly v domácnosti.
- 6) Dávejte dítěti najevo, že ho máte rádi. Vztah rodičů k dítěti utváří jeho vztah k sobě samému.⁵⁴

⁵² Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: SportPrag, 1992. s. 37 - 39 .

⁵³ Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: SportPrag, 1992. s. 35 - 37.

⁵⁴ Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: SportPrag, 1992. s. 41.

3. Přehled nejčastěji zneužívaných drog v České republice

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda České republiky. Jejím hlavním poradním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Ta také každý rok vypracovává výroční zprávu, kde shrnuje, k jakým posunům v oblasti drog v České republice došlo. Svá data čerpá ze statistických šetření.

„Z průzkumů zaměřených na postoje veřejnosti k užívání drog vyplývá, že česká populace je poměrně tolerantní k užívání konopných látek, nadpoloviční většina podporuje legalizaci pěstování a držení konopných látek, a to především pro léčebné účely. V r. 2010 a v prvním pololetí 2011 probíhaly diskuze a iniciativy na téma léčebného využití konopí, které se účastní jak občanská a odborná veřejnost, tak politici a zástupci státní správy.“⁵⁵

V r. 2010 proběhla dvě nezávislá šetření na reprezentativním vzorku populace ČR. Obě šetření se do velké míry shodují ve zjištěných mírách prevalence užívání nelegálních drog. Institut pro kriminologii a sociální prevenci ve výroční zprávě uvádí, že z výzkumů v posledních třech letech vyplývá, že zkušenosti s užitím nelegálních drog v obecné populaci jsou stále na stabilní úrovni, nejčastější užívanou nelegální drogou jsou konopné látky (23–34 % podle studie), následované extází (4–10 %). Užití konopných látek v posledním roce uvedlo 10–15 % respondentů, užití jiných nelegálních drog méně než 4 % dotázaných dospělých. Užití nelegálních drog jiných než konopné látky v posledním měsíci uvádí dlouhodobě méně než 1 % respondentů. Mladí dospělí ve věku 15–34 let vykazují vyšší míry prevalence – přibližně pětina má zkušenost s konopnými látkami v posledním roce, 2–4 % s extází, cca 2 % s halucinogenními houbami a 1–2 % s pervitinem. Aktuální prevalence užití ostatních drog (včetně kokainu) mezi mladými dospělými nedosahují 1 %.⁵⁶ (viz tabulka1)

⁵⁵ NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2010*. [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 17. 10. 2012]. Dostupné z: NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Národní protidrogová politika v ČR v r. 2010 a její kontext*. [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 9.10.2012]. Dostupné z: http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocnizprava/vyrocnizprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2010.

⁵⁶ Srov.: NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2010*. [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 17. 10. 2012]. Dostupné z: NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Národní protidrogová politika v ČR v r. 2010 a její kontext*. [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 9.10.2012]. Dostupné z: http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocnizprava/vyrocnizprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2010.

V tabulce je zajímavé porovnání, kolik procent populace bez ohledu na věk používá drogy legální, tedy tabák a alkohol a kolik drogy nelegální. Rozdíl je markantní. Důvodem může být jednak menší dostupnost drog, jednak Preslovo tvrzení o společenské toleranci v kapitole 2.2 První užití drogy na straně 17 – 18.

Agentura INRES-SONES, vedoucí druhého výzkumu přináší tato data. „Jednoznačně nejrozšířenější nelegální drogou jsou tradičně konopné látky (marihuana či hašiš), které někdy v životě alespoň jednou užilo 30,5 % respondentů, a to výrazně častěji muži (38,6 %) než ženy (22,3 %) Ve věku 15–34 let měla podle této studie v r. 2010 s konopnými látkami nějakou zkušenost téměř polovina respondentů (49,3 %). Prevalence užití marihuany v posledním roce však již byla výrazně nižší – v posledním roce užilo marihuanu 10,4 % dotázaných (15–64 let), z toho bylo 14,8 % mužů a 6,0 % žen; ve věkové kategorii 15–34 let vyzkoušelo v posledním roce konopnou látku 20,7 % respondentů. V posledním měsíci konopné látky užilo 4,2 % populace ve věku 15–64 let, z toho opět nejčastěji ve věkových kategoriích 15–24 let (8,9 %) a 25–34 let (7,2 %)“⁵⁷ (viz tabulka číslo 2).

⁵⁷ NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2010*. [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 17. 10. 2012]. Dostupné z: NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Národní protidrogová politika v ČR v r. 2010 a její kontext*. [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 9.10.2012]. Dostupné z: http://www.Drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zprava/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2010. s. 24.

4. Drogová závislost

„Drogové závislosti je nutno pojímat i studovat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a interagují. (...) Současně s rozvojem stavu závislosti je pozorována na různých úrovních lidského i zvířecího organismu řada změn v reaktivitě při opakované aplikaci drogy. V CNS dochází ke změnám na prakticky všech úrovních od neuronálních systémů až k submolekulárním jednotkám – rozvíjí se tzv. adaptační změny. Znalost mechanismů drogových závislostí je dosud nedostatečná, řada dosažených poznatků je však již nyní používána v léčení toxikomanií, nebo alespoň pomáhá zmírnit drastické příznaky z odnětí drogy, či stavy předávkování.“⁵⁸

Z formálního hlediska je situace velice jasná. Závislost je definována Mezinárodní klasifikací nemocí. Tuto klasifikaci nám předkládá Nešpor.

„Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má na jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol, nebo tabák.“⁵⁹ Definitivní diagnózu však může lékař stanovit, až když během jednoho roku dojde ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.
- b) Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky.
- c) Tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem, zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá nějaká příbuzná látka s podobnými účinky.
- d) Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, někteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo či usmrtilo uživatele bez tolerance)

⁵⁸ KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 96.

⁵⁹ NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. 2011. s. 14.

- e) Postupné zanedbávání potěšení a zájmů, ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času potřebné k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku
- f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.⁶⁰

Tyto příznaky jsou pro jedince, kteří potřebují zjistit, zda nejsou závislí, zpracovány do dotazníku. Jednotlivá kritéria se týkají vždy doby posledních 12- ti měsíců a droga může v tomto dotazníku znamenat i kombinaci různých návykových látek.

Dotazník zjišťující potenciální závislost:⁶¹

Cítil jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání užívat drogu?	Ne - Někdy - Často
Nedokázal jste se ve vztahu k droze ovládat? (Vzal jste si ji i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste si vzal víc, než jste původně chtěl?)	Často - Někdy - Ne
Měl jste tělesné odvykací potíže po vysazení drogy nebo jste bral nějakou drogu či lék proto, abyste odvykací potíže mírnil?	Často - Někdy - Ne
Zvyšoval jste dávku, abyste dosáhl účinku, původně vyvolaného nižší dávkou?	Často - Někdy - Ne
Zanedbával jste jiné zájmy kvůli droze nebo jste potřeboval víc času k získání a k užívání drogy nebo k zotavení se z jejího účinku?	Často - Někdy - Ne
Pokračoval jste v užívání drogy přes škodlivé následky, o kterých jste věděl?	Často - Někdy - Ne

Vyhodnocení

Spočítejte odpovědi „často“ a odpovědi „někdy“

0 odpovědi „často“ a „někdy“ znamená, že se patrně nejedná se o závislost.

1 - 2 odpovědi „často“ a „někdy“ - tento výsledek vyžaduje důkladnější vyšetření.

3 - 6 odpovědi „často“ a „někdy“ znamenají, že se patrně jedná o závislost.

Další definici nabízí Pokorný: „Negativní sociální fenomén vypovídající o ovládnutí člověka prostřednictvím různých chemikálií přírodních i syntetických, případně předmětů či situací a předmětů v nich.“⁶²

Americká psychiatrická asociace stanovuje diagnózu závislosti dle Nešpora také zajímavým způsobem, který je však ve svých jednotlivých znacích trochu odlišný od

⁶⁰ Srov.: NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2011. s. 14. - 15

⁶¹ Srov.: NEŠPOR, K., *Doporučené postupy pro praktické lékaře*. [online]. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty purkyně. 2002. [citováno 20. 10. 2012]. Dostupné z: <http://www.primat.cz/cuni-fhs/predmety/spolcenske-vedy-v-interdisciplinari-perspektive-q5304/tema-psychologie-uvod-do-adiktologie-nespor-navyk-chovani-a-zavislost-m156393/nelzestahnout/>.

⁶² POKORNÝ, V. a kol., *Patologické závislosti*. Brno: Prevence SPJ, 2000. s. 9.

Mezinárodní klasifikace nemocí. Obecně je největší rozdíl v tom, že více znaků se týká zhoršeného sebeovládání a zanedbávání jiných zájmů. Pro potvrzení diagnózy závislosti, by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi zde uvedených příznaků, během posledních dvanácti měsíců:

- a) Růst tolerance (zvyšování dávky drogy pro dosažení stejného účinku),
- b) Odvykací příznaky po vysazení látky,
- c) Přijímání díky ve větším množství, nebo po delší dobu než měl člověk v úmyslu,
- d) Dlouhodobá snaha, nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky,
- e) Zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení,
- f) Pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.⁶³

Poslední ze zde uvedených definic nabízí Kalina, když píše, že závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání.⁶⁴

4.1 Příčiny vzniku a rozvoje drogové závislosti

Autoři se shodují, že vznik závislosti má celou řadu příčin, která je těžko postižitelná v celé své škále.

Nešpor uvádí širokou paletu rizikových okolností, které zvyšují či snižují riziko počátku vzniku závislosti. Uvádí sedm oblastí těchto okolností. První jsou okolnosti týkající se dítěte. Mezi okolnosti zvyšující riziko patří obecně psychická labilita, genetické poruchy a nízká inteligence, mezi okolnosti, které riziko snižují, patří psychická stabilita, schopnost vytvářet mezilidské vazby, odolnost vůči neúspěchu a vysoká inteligence.⁶⁵ Kompletní výčet okolností tohoto typu je v tabulce číslo 3. Druhou oblastí jsou okolnosti týkající se rodiny. Zde je v okolnostech riziko zvyšujících zejména nedostatečná nebo nevhodná výchova a péče o dítě, chudoba a časté stěhování, proti nim stojí dobrá a vhodná výchova a péče o dítě a

⁶³ Srov.: NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. 2011. s. 26.

⁶⁴ Srov.: KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 94.

⁶⁵ Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: SportPrag, 1992. s. 14.

přiměřený dohled.⁶⁶ Kompletní výčet těchto okolností najdete v tabulce číslo 4. Třetím typem okolností, jsou podle Nešpora okolnosti týkající se školy. Mezi negativní okolnosti patří dostupnost drog, dále není-li dítě v kolektivu přijímáno, selhává-li. Mezi pozitivní patří vedení školy k prosociálnímu chování, kolektiv, který akceptuje dítě, spolupráce školy s rodiči.⁶⁷ Kompletní seznam lze nalézt v tabulce číslo 5. Čtvrtá skupina okolností se váže k vrstevnické skupině, s níž se dítě stýká. Pozitivní je, je-li tato skupina v kontaktu s nějakou organizací, nezneužívá-li drogy a odmítá je, má-li dobré hodnoty a respekt k ostatním. Negativní je, pokud jsou odcizení, cyničtí vůči společnosti, mají-li problém s autoritami a snaží-li se začít brzy zneužívat alkohol či jiné látky.⁶⁸ Kompletní výčet je v příloze číslo 6.

Existuje však celá řada teorií a modelů, která se snaží postihnout příčiny vzniku závislosti na drogách. Přehledně nám je předkládá Kalina.

Biomedicínský model – v tomto pojetí je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu, v zásadě chorobnou poruchou mozkových funkcí v lékařském slova smyslu, do jisté míry s dědičnými dispozicemi. Pokládá se za nemoc chronickou a obtížně léčitelnou, s častými recidivami. Z dnešního pohledu se jedná o model redukcionistický, který nepojímá tuto problematiku v celé její šíři. V tehdejší době však znamenal převrat, neboť předchozí pojetí vnímalo závislost jako škodlivou sociální deviaci slučující v sobě rysy nelояálnosti, posedlosti, morálního selhání a zločinu.⁶⁹

„V bio-psycho-sociálním modelu se rozšiřuje model biomedicínský o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Nemoc (a tedy i drogová závislost) vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Podstatnými pojmy jsou dispozice (např. genetické či biologické, případně dispozice psychologické získané v ranném dětství), zranitelnost (která se vyvíjí na podkladě dispozic v dalším průběhu života) a spouštěče (např. životní události nebo nároky vývojového období), které vedou k manifestaci poruchy. Léčení pak musí obsáhnout všechny tato tři oblasti.⁷⁰

Přístup ochrany veřejného zdraví vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Ve své čisté podobě nesleduje ani tak zájem klienta jako takového, ale spíše hledí na ochranu populace zejména před přenosem závažných infekčních chorob jako je AIDS a

⁶⁶ Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: SportPrag, 1992. s.15.

⁶⁷ Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: SportPrag, 1992. s.16.

⁶⁸ Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: SportPrag, 1992. s.18.

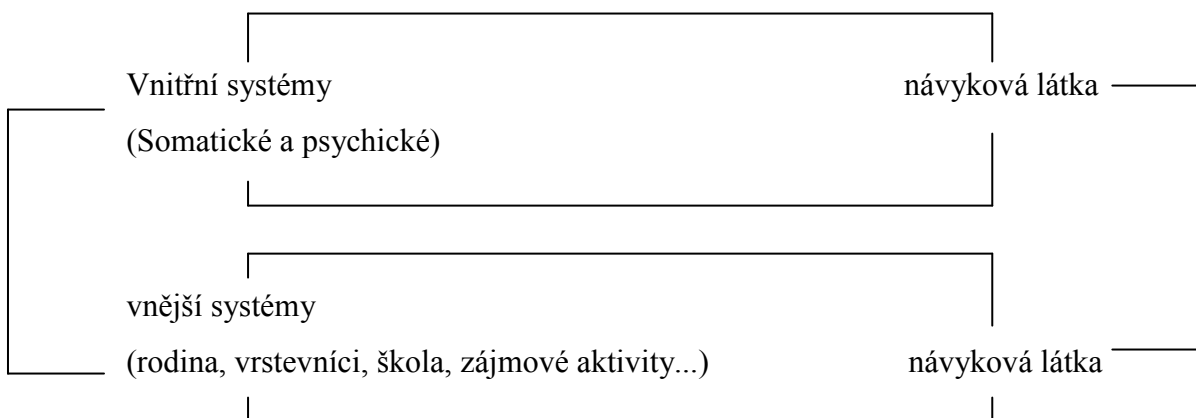
⁶⁹ Srov.: KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 78.

⁷⁰ KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 78.

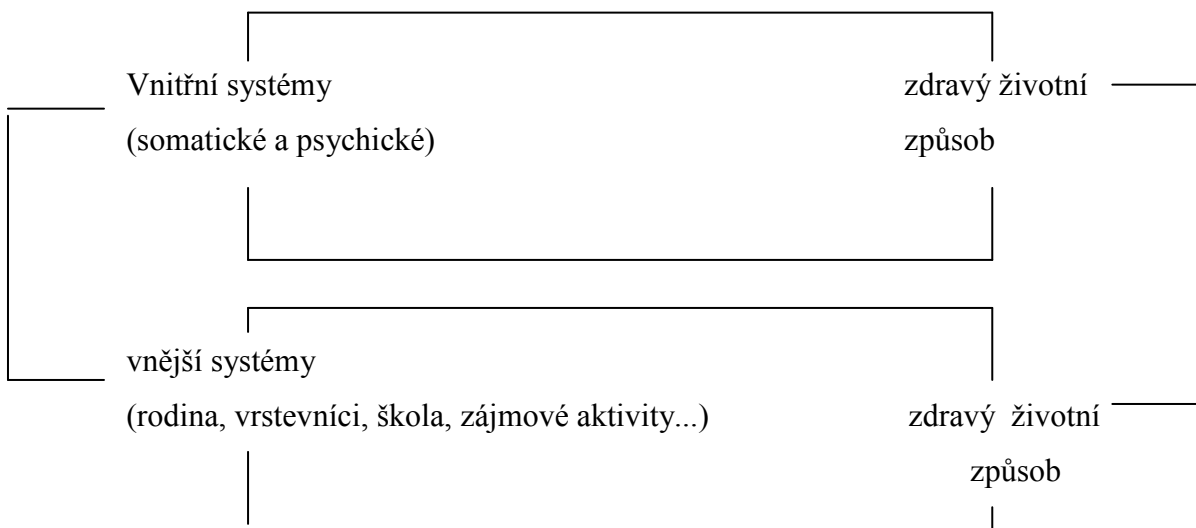
hepatitida B a C. Soustředí se tedy na prevenci šíření těchto nemocí pomocí streetworku a vyměňování jehel a stříkaček, distribuce kondomů a edukačních materiálů.⁷¹

Systémovou teorii a cirkulární kauzalitu nám předkládá Nešpor. Tato teorie předpokládá, že každý jev, tedy zdraví i nemoc, je výsledkem nepřetržité a pokračující interakce různých systémů. Jedná se o systémy interpersonální, intrapersonální, sociální a jiné. Na úrovni těchto systémů jsou jak rizikové tak protektivní faktory.

Schématicky je vznik závislosti rozveden takto:



Cílem léčby je pak nahradit návykovou látku a tím tento „bludný kruh“ obrátit.⁷²



⁷¹ Srov.: KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 79.

⁷² NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Léčba a prevence závislosti*. Praha : Psychiatrické centrum Praha.1996. s.16.

Přístup minimalizace poškození slouží zároveň ochraně veřejného zdraví, zároveň však přistupuje ke klientovi individuálně. Nesnaží se ani tak klienta přimět, aby drogy přestal brát, jako spíše se ho snaží udržet při životě a maximálním bio-psycho-sociálním zdravím. Podaří-li se to, bude možná klient později otevřený svou situaci začít řešit.⁷³

Sociální a sociálně - pedagogický přístup zdůrazňuje, jak píše Kalina, vnější faktory, jako je nepříznivé sociální prostředí, nevhodná výchova, chybění nebo ztráta sociálních dovedností, schopnosti a možnosti integrovat se do komunity. Tento typ přístupu se dokáže uplatnit jako zcela samostatné řešení pro široký okruh klientů.⁷⁴

Kalina zmiňuje ještě přístupy morální a spirituální, který vychází z pohledu drogové závislosti jako morálního debaklu, díky němu však tvoří východisko pomoci uživatelům a závislým. Často navazuje na misijní působení ve velkoměstských komunitách a aplikuje sociální postupy spojené s křesťanskou morálkou a věroukou.⁷⁵

4.2. Fáze vývoje závislosti

První rozdělení závislosti na jednotlivé fáze uvedl americký biochemik Jellinek, který prozkoumal vývoj návyku na alkohol. Skála uvádí, že podle Jellinka lze tedy návyk pozorovat již od fáze počáteční, kdy jedinec zjistí, že mu pití přináší nějaký libý pocit nebo úlevu a začne proto pít častěji. Ve fázi varovné zjišťuje, že se bez alkoholu nemůže obejít. Ve fázi rozhodné ztrácí nad alkoholem kontrolu a je posléze alkoholem ovládnut. Studium osob požívajících alkohol dlouhodobě (změny somatické, psychické, změny chování) poskytlo možnosti začlenit takové osoby do několika skupin, z nichž typ alfa nevede k progresi, ale při nedisciplinovaném pití může občas působit společenské problémy, u typu beta se záhy projeví somatické poškození, avšak není zde patrná závislost. Typ gama představuje nejčastější skupinu charakterizovanou již zmíněnými čtyřmi stadii vývoje návyku. Krom toho vyčleňuje Jellinek ještě dva specifické typy, a to typ delta (románský, vinařský), charakterizovaný stabilní hladinou alkoholu v krvi, při níž projevy intoxikace nebývají časté, a typ epsilon (tzv. kvartální pití), provázející zpravidla duševní choroby (např. epilepsii, schizofrenii).⁷⁶

⁷³ Srov.: KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 79 - 80.

⁷⁴ Srov.: KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 80.

⁷⁵ Srov.: KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 80.

⁷⁶ Srov.: SKÁLA, J., *Závislost na alkoholu a jiných látkách*. Praha: Avicenum, 1987. s. 24.

Skála naproti tomu popisuje vývoj závislosti ve čtyřech stádiích. První je podle něj počáteční neboli symptomatické, typické pro něj je pouze mírné užívání látky. Druhé je rozhodné, krucinální, typické tajným užíváním, kdy dotyčný již ví, že užívá danou látku více než je zdravo, ale nemůže si pomoci a tak ji užívá potajmu. Typickým znakem u pijáctví jsou výpadky paměti. Třetí stadium je varovné, prodromální, kdy se uživatel dostává do kritické fáze, ztrácí kontrolu nad svou závislostí a stává se výrazně psychicky závislým. Poslední fáze je pak podle Skály fáze konečná, terminální, kdy dochází k poškození orgánů.⁷⁷

V současné době se podle národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti však nejčastěji používá při diagnostice mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Tato klasifikace umožňuje závislosti blíže specifikovat kódy na druhém desetinném místě: F1x.20 v současnosti abstinuje, F1x.21 v současnosti abstinuje, ale v chráněném prostředí, F1x.22 v současnosti abstinuje při klinicky sledovaném substitučním režimu (např. metadonový program), F1x.23 v současnosti abstinuje při léčbě blokujícími látkami (naltrexon, disulfiram), F1x.24 v současnosti užívá látku, F1x.25 souvislé užívání, F1x.26 epizodické užívání. MKN-10 navíc umožňuje u závislého diagnostikovat i jiná duševní nebo tělesná postižení, postižení ve specifických oblastech fungování a související faktory, pro které se používají kódy začínající písmenem „Z“ (např. rodinná situace nebo další psychosociální okolnosti). Je to tedy nejkompaktnější, ale i nejsložitější ze všech závislostních klasifikací.⁷⁸

4.3 Typy drogových závislostí

Typy drogové závislosti jsou odvozeny od typu drogy, kterou jedinec nadužívá. V klasifikaci panuje poměrně velká nejednotnost, zejména proto, že látek, které mají potenciální charakter drogy je mnoho.

Ondruš uvádí morfiový typ závislosti, kokainový typ závislosti, kanabisový typ závislosti, amfetaminový typ závislosti, dále typ halucinogenní, katový a analgetický.⁷⁹

⁷⁷ Srov.: SKÁLA, J., *Závislost na alkoholu a jiných látkách*. Praha: Avicenum, 1987. s. 24.

⁷⁸ Srov.: NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Národní protidrogová politika v ČR v r. 2010 a její kontext*. [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 9.10.2012]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/f/faze_zavislosti.

⁷⁹ Srov.: ONDRUŠ, D. *Toxikománia strašiak či hrozba?*. Banská Bystrica: Osveta, 1990. s. 67.

Zvolský například podává tuto klasifikaci typů: alkoholo-barbiturátový typ, amfetaminový typ, cannabisový typ, halucinogenový typ, mythový typ, opiáto-morfiový typ, solvenciový typ, tabákový typ, kofeinový typ, antipyretiko-analgetický typ, neuroleptikový typ a antidepresivový typ.⁸⁰ Každý z nich má pod sebou škálu látek, které, při závislosti na nich, umožňují zařazení závislého do správného typu a podle této analýzy léčit.

Světová zdravotnická organizace uvádí další typologii:

Drogová závislost opiátového typu je vlastně morfinovým typem závislosti. Patří sem i závislost na kodeinu.

Drogová závislost na léčivech s centrálně tlumivým účinkem se někdy uvádí pod názvem barbiturátový typ závislosti. Celou tuto skupinu tvoří závislost na léčivech z farmaceutického průmyslu. Tento typ závislosti je v současné době velice rozšířen.

Drogová závislost kokainového typu

Drogová závislost kannabisového typu

Drogová závislost amfetaminového typu je typická pro osoby se zaměstnáním jako herec, sportovec, student, manažer a podobně. Skupina amfetaminů totiž dokáže vybičovat psychický i fyzický výkon jedince, odstraňuje trému a přechodně i zlepšuje paměťové vlastnosti.

Drogová závislost kathyového typu je v Evropě skoro neznámá v jižněji položených zemích je však velice častá. Závislost vzniká žvýkáním listů rostliny Kathy jedlé, která pochází z Etiopie.

Drogová závislost halucinogenového typu může vycházet z přírodních i syntetických zdrojů. Nevzniká na nich fyzická závislost, ale změny na psychice mohou být obzvláště silné.

Drogová závislost solvenciového typu vzniká vdechováním organických rozpouštědel. Tento typ drog je velice nebezpečný jednak pro snadnou dostupnost (dá se koupit v drogerii), jednak pro nízkou cenu.⁸¹

⁸⁰ Srov.: ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum.2001. s. 53.

⁸¹ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, *Drugs*. [online]. 2011. [citováno 5.11.2012]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/illicit-drugs>.

4.4 Druhy drogových závislostí

Jako druhy drogových závislostí bývá nejčastěji uváděno členění na závislosti psychické a fyzické.

Kolektiv autorů sdružení SANANIM uvádí, že ačkoliv je laickou společností, jako jsou uživatelé, rodinní příslušníci, či běžná veřejnost, často právě fyzická závislost vnímána jako zásadní a psychická závislost často bagatelizována, odborníci se shodují na opaku.⁸²

„Fyzická složka závislosti nutí uživatele dodržovat mezi jednotlivými užitími drogy určitý časový odstup, aby nedošlo k rozvoji odvykacího stavu. Odvykací stav je sice nepříjemný, může v některých případech ohrozit i život postiženého, ale odeznívá během několika dní.“⁸³ Kolektiv autorů sdružení SANANIM se nadále shoduje, že komplikace tělesného odvykacího stavu u nelegálních látek nebývají tak strašné, mnohem větší riziko hrozí u legálně získávaných látek, jako jsou léky a alkohol.⁸⁴

Presl dodává, že fyzická závislost je stav organismu, který vznikl častým užíváním drogy. Je to vlastně chronická otrava lidského těla. V této situaci dochází k tomu, že organismus paradoxně zahrne drogu do své látkové výměny, začne ji „potřebovat“ a pokud ji nemá, vyžadovat.⁸⁵

„Psychická závislost je mnohem hůře ovlivnitelná a její zvládnutí vyžaduje mnohem více než jen pevnou vůli. (...) K jejímu zvládnutí je totiž třeba mnoha měsíců či let a je také příčinou recidiv i po několikaleté abstinenci.“⁸⁶

Podle Presla je psychická závislost duševní stav vzniklý podáváním drogy a projevuje se různým stupněm touhy či potřeby drogu znovu užít, kdy cíleným důsledkem je stav navozený drogou. Závislý člověk ztrácí svoji svobodu, a přestože již není schopen prožívat původní euforii bezprostředně po aplikaci, chce docílit alespoň přibližného stavu.⁸⁷

⁸² Srov.: KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s.19.

⁸³ KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s.20.

⁸⁴ Srov.: KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s.20.

⁸⁵ Srov.: PRESL, J., *Drogová závislost, Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf. 1994. s. 12.

⁸⁶ KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s.20.

⁸⁷ PRESL, J., *Drogová závislost, Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf. 1994. s. 12.

4.5 Důsledky užívání drog

„Závislost je jen jedním z mnoha problémů, které alkohol a jiné návykové látky působí. K dalším patří četná interní neurologická i jiná onemocnění, úrazy, dopravní nehody, trestná činnost pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek, vyšší nemocnost u dětí a dalších členů rodiny a další komplikace.“⁸⁸

Užívání drog může vést k mnoha velmi nepříjemným důsledkům, které závislému komplikují či přímo ničí život. Nešpor a Millerová uvádějí několik oblastí, v nichž se každodenní prožitek výrazně změní k horšímu. Z tělesného zdraví jmenují: AIDS, epileptické záchvaty, oslabení imunitního systému, možnosti infekce, jaterní nemoci, častější kožní nemoci, menstruační problémy, poškození mozku, vyšší riziko nádorů u některých drog, těžší průběh jakékoliv nemoci, odvykací stav, otrava krve, případné předávkování, sexuální problémy, poškození sliznic, srdeční nemoci, poruchy trávicího systému, zanedbávání lékařské péče.⁸⁹

„Onemocnění, která může uživatel drog získat, mohou být v konečném důsledku závažnějším problémem než sama drogová závislost. Mnohdy se jedná o neléčitelné poruchy, které je možno jen stabilizovat, jiné mají nepříznivou prognózu v kombinaci se závislostí jako primárním onemocněním.“⁹⁰

Z oblasti duševního zdraví pak: násilí vůči blízkým i cizím lidem, „dojezdy“, deprese, dezorientace, větší riziko duševních chorob, halucinace, náladovost, nejistota, nutkavé myšlenky, ukvapené jednání, touha po droze, která se po aplikaci dále zvětšuje, poruchy paměti, pocity pronásledování, rozladěnost, sebeklam, sebevražedné myšlenky, špatný spánek, děsivé sny, výčitky svědomí, uzavření do sebe, úzkosti, závislost.⁹¹

Kalina uvádí statistiku amerického Národního institutu pro nadužívání drog, která říká, že 30 – 60 % osob zneužívajících návykové látky trpí zároveň i duševní poruchou nějakého typu. Pro objektivitu je však třeba dodat, že někteří autoři nesouhlasí, míní, že výskyt duševních chorob u lidí závislých na návykových látkách se přeceňuje, a že řada ze

⁸⁸ NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Léčba a prevence závislostí*. Praha : Psychiatrické centrum Praha.1996. s.15.

⁸⁹ Srov.: NEŠPOR, K., MILLEROVÁ, M., *Jak přestat brát (drogy), Svépomocná příručka*. Praha: Fit in. 2006. s. 8.

⁹⁰ KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 221.

⁹¹ Srov.: NEŠPOR, K., MILLEROVÁ, M., *Jak přestat brát (drogy), Svépomocná příručka*. Praha: Fit in. 2006. s. 8.

symptomů při abstinenci spontánně odezní.⁹² Dokud však uživatel drogu bere, je faktem, že ho mnohé psychické poruchy doprovázejí.

Z oblasti vztahů k druhým lidem jsou nejčastějšími problémy: bezohlednost vůči druhému člověku, stigmatizace, falešné vztahy s cílem získat drogu, hádky kvůli drogám v rodině, napětí ve vztazích, nedůvěra ze strany druhých, odcizení partnera, osamělost, povrchnost ve vztazích, problémy v mezilidských vztazích se množí, ale neřeší provinilost vůči druhým, trestné činy, zanedbávání rodiny.

Dále z oblasti financí: zbytečně vyhozené peníze za drogy, prodej osobních věcí kvůli drogám, prodávání sebe sama.⁹³

Oblasti, které Nešpor a Millerová vyjmenovávají, jsou jistě závažné a v běžném životě zaujímají stěžejní pozice. Existují však ještě další důsledky, které může bránit drog způsobit a které jsou téměř psychiatrického rázu. V nejpoužívanější diagnostice MKN-10 se tyto komplikace označují jako „duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. Označují se kódem F10 až F19. Za desetinnou čárkou se pak uvádí konkrétní typ poruchy.“⁹⁴

Akutní intoxifikace podle Kaliny je přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látkou, který vede k poruchám vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování nebo jiných psychofyzilogických funkcí a reakcí. Škodlivé užívání je vzorec natolik problematický, že poškozují lidské zdraví. Poškození může být tělesné nebo duševní. Škodlivé užívání je často kritizováno okolím a vyvolává krom poškození samotného i různé nepříznivé sociální důsledky.⁹⁵

Syndrom závislosti je další poruchou, která je charakterizována tím, že „užívání nějaké látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si dříve cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák.“⁹⁶ Tento typ poruchy se tedy velmi často objevuje

⁹² Srov.: KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 224.

⁹³ Srov.: NEŠPOR, K., MILLEROVÁ, M., *Jak přestat brát (drogy), Svépomocná příručka*. Praha: Fit in. 2006. s. 8.

⁹⁴ Srov.: NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Národní protidrogová politika v ČR v r. 2010 a její kontext*. [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 9.10.2012]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/f/faze_zavislosti.

⁹⁵ Srov.: KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 217.

⁹⁶ KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 218.

brzy, a je proto zahrnut i do prvotní diagnostiky závislosti, jak je možno dočíst se v kapitole 4.2.

Odvykací stav je další z problémů, které užívání drog přináší. I odvykací stav vzhledem ke své specifčnosti patří podle v diagnostice mezi nosné prvky při určování diagnózy závislosti. Opět je možno dočíst se v kapitole 4.2. „Je to skupina různě závažných a různě kombinovaných příznaků, ke kterým dochází při úplném nebo částečném vysazení látky po tom, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána. (...) Příznaky odvykacího syndromu jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu a nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní chorobou. Odvykací stav může být komplikován křečovými záchvaty či deliriem.⁹⁷

Dalším typem je takzvaná psychotická porucha, která vzniká během nebo bezprostředně po požití látky a projevuje se živými halucinacemi, záměnou osob, bludy, vztahovačností, psychomotorickými poruchami, abnormálními emocemi.⁹⁸

Amnestický syndrom a Korsakov syndrom je vyvolán také užíváním psychoaktivní látkou, a je spojen s chronickým zhoršením krátkodobé paměti, někdy i dlouhodobé paměti. Obvykle jde o poruchy časového typu a časových událostí, rovněž se zhoršuje schopnost učit se něco nového. Výrazné mohou být konfabulace.⁹⁹

Poslední z řady poruch vyvolaných zneužíváním návykových látek je reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem, neboli demence. Řadí se sem však i flashbacky a reziduální afektivní porucha.¹⁰⁰

⁹⁷ KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 218.

⁹⁸ Srov.: NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Národní protidrogová politika v ČR v r. 2010 a její kontext*. [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 9.10.2012]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/f/faze_zavislosti.

⁹⁹ Srov.: KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 218.

¹⁰⁰ Srov.: KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 218.

5. Výzkum a diagnostika drogových závislostí

Výzkum a diagnostika drogových závislostí procházely velmi složitým vývojem a proměnami. Během let se často měnila jejich základní paradigmatata a podle nich pak navazující práce samostatných výzkumů, metod a způsobu nazírání na výsledky. Tuto historii zde autorka nepopisuje, neboť si myslí, že se nosného tématu dotýká jen okrajově.

V současné době je převažujícím paradigmatem v oblasti výzkumu ve většině zemí paradigma epidemiologické. „Pojem epidemiologie tak, jak je v oblasti drog používán, se vztahuje k široce definované oblasti výzkumu, monitorování a analýz. Epidemiologie si klade za cíl studovat výskyt, vzorce a vývoj fenoménu užívání drog v populaci. Studované jevy nejsou nahlíženy v pojmech nemocí nebo symptomů v biologickém slova smyslu, ale jako vzorce chování a rovněž jako sociální a psychologické podmínky spojené s takovými typy chování, anebo k nim přispívající. Do oblasti epidemiologie je rovněž zahrnuta etiologie těchto vzorců chování, analýza zapojených procesů, studium jejich výsledků, a monitorování dopadů intervencí a opatření drogových politik.“¹⁰¹

V této široké oblasti zkoumání je, jak uvádí Hartnoll, k dispozici mnoho dostupných metodologií, průzkumy zaměřené na obecnou populaci, longitudinální kohortové studie, průzkumy uživatelů různých typů drog, informační systémy založené na údajích z léčebných zařízení, etnografické studie skupin uživatelů drog nebo vysoce rizikových skupin populace, systémy monitorování zdravotních důsledků, z oblasti vymáhání práva a další možnosti.¹⁰²

Epidemiologie ve svém zkoumání používá kvantitativní i kvalitativní metody výzkumu. Měří prevalenci, což je číselný údaj, který vypovídá jistou hodnotu a jistém časovém období, procentu určitého jevu ve stanovené populaci a tak podobně a incidenci, což je míra, v níž se vyskytnou nové případy v daném časovém období. Odpovídají na otázky o primární prevenci, minimalizaci rizik, léčbě, odhadu velikostí trhů s drogami, odhadu finančních výdajů a podobně.¹⁰³

¹⁰¹ HARTNOLL, R., *Drogy a drogové závislosti: propojování výzkumu, politiky a praxe*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2005. s.41.

¹⁰² Srov.:HARTNOLL, R., *Drogy a drogové závislosti: propojování výzkumu, politiky a praxe*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2005. s.42.

¹⁰³ Srov.:HARTNOLL, R., *Drogy a drogové závislosti: propojování výzkumu, politiky a praxe*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2005. s.44.

Z teoretického výzkumu vychází mimo jiné i výsledky, které jsou relevantní pro lékaře pro diagnostiku jednotlivých případů. Stanovení správné diagnózy je pak klíčové při rozhodování o vhodném způsobu léčby.

Podle Kaliny však diagnóza není jediným kritériem při plánování vhodné léčebné intervence. Pro komplexní pohled na klienta, který při volbě nejvhodnější formy pomoci bere v úvahu nejen diagnostickou kategorii se vžil pojem matching.¹⁰⁴ Nešpor uvádí, že matching je způsobem, jak přiřadit optimální léčebnou intervenci pacientovi, podle jeho specifických charakteristik a potřeba.¹⁰⁵ Na matching je v posledních letech kladen velký důraz tato technika podléhá mnohým výzkumům.

Při matchingu tedy podle Kaliny bereme v úvahu veškeré údaje o klientovi a snažíme je utřídit do vzorce léčby jeho závislosti tak, aby řešil právě jeho osobní problémy. „Podstatnou roli při tom můžou hrát různé psychologické charakteristiky klienta, trvání návykového problému, jeho sociální situace, včetně schopnosti určitou formu léčby uhradit, selhávání v určitých životních rolích, fungující nebo nefungující síť sociálních vztahů, trestní stíhání, motivace k léčbě, dosavadní zkušenosti s různými léčebnými programy a jejich efekt, pohlaví, věk, náboženské vyznání, tělesné zdraví a podobně.¹⁰⁶ Tyto jednotlivé údaje se později zpracovávají podle jistých statistických výsledků efektivity. Příklad uvádí Nešpor: „Zdá se, že lidé, kteří nepotřebují takovou emoční a sociální podporu ze strany okolí, mohou mít větší prospěch z individuální terapie v porovnání s těmi, kteří mají velkou potřebu sociální podpory a více profitují z terapie skupinové.“¹⁰⁷

¹⁰⁴ Srov.: KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 213.

¹⁰⁵ Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Léčba a prevence závislosti*. Praha : Psychiatrické centrum Praha.1996. s. 18.

¹⁰⁶ KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003. s. 213.

¹⁰⁷ NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Léčba a prevence závislosti*. Praha : Psychiatrické centrum Praha. 1996. s. 18 - 19.

6. Prevence

Pod pojmem prevence se obecně rozumí způsob, jak předcházet nemoci vůbec, nebo jak předcházet zhoršení stávajícího stavu. Drogová prevence je tedy o tématu, jak se s drogami nezaplést a pokud se tak již stalo, jak jim nepodlehout. Většina kapacit se shoduje, že drogová prevence se dělí do tří základních skupin:

Primární prevence: „Cílem primárně (proti)drogových aktivit je předejít zneužívání drog anebo oddálit první setkání mladých lidí do co nejpozdějšího věku.“¹⁰⁸ Další definici nabízí sdružení SANANIM: „Primární prevencí nazýváme aktivity a intervence, které směřují k předcházení užívání návykových látek, případně oddalují kontakt s drogou. Programy primární prevence usilují o to, aby cílová skupina získala znalosti, dovednosti a postoje podporující zdravý životní styl a aby tyto nástroje dokázala uplatnit ve svém chování nejen v době realizace programu, ale i po ní.“¹⁰⁹

Primární prevence je tedy zaměřena na skupinu, která nemá s drogami ještě žádné nebo minimální zkušenosti. Jejím cílem je jedince odradit od užívání specifickou. Specifická se zabývá programy zaměřenými na některou z forem sociálně-patologického jednání spojeného s drogovou problematikou. Nespecifická prevence naproti tomu shrnuje všechny aktivity, které mají podpořit zdravý životní styl. Nejedná se tedy o programy, které by měly přímou souvislost s užíváním návykových látek, mohou sem patřit i například zájmové kroužky a aktivity.¹¹⁰

Sekundární prevence: „Cílem je prostřednictvím dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace pomoci problémovým uživatelům drog a drogově závislým vést smysluplný a spokojený život.“¹¹¹ Sekundární prevence tedy pracuje s klientelou, která má zkušenost s drogami a případně i se závislostí. Zjednodušeně lze říci, že jde vlastně o vyhledávání počátečních stadií problému s drogami a jeho následná léčba. Jde tedy o pomoc těm, kteří již drogy berou. Hlavní náplní je pomáhat těmto lidem při zvládnání různých životních situací tak, aby droga nehrála v jejich životě primární úlohu. Pro uživatele drog je utvářen určitý systém odborné pomoci, kde se jeho jednotlivé programy nabízí podle určitých indikátorů,

¹⁰⁸ ZÁBRANSKÝ, T., *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s. 55.

¹⁰⁹ SANANIM. *Drogová poradna : občanské sdružení Sananim* [online]. 2003. [cit. 2012-11-12]. Dostupný z [www:<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=16>](http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=16).

¹¹⁰ Srov.: SANANIM. *Drogová poradna : občanské sdružení Sananim* [online]. 2003. [cit. 2012-11-12]. Dostupný z [www: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=16>](http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=16).

¹¹¹ ZÁBRANSKÝ, T., *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s.56

například fáze závislosti, hloubka motivace změnit se, ochoty spolupracovat, sociální situace jedince, psychické poškození a podobně. Program sekundární prevence je dále členěn na nízkoprahové programy, které tolerují závislost při vstupu do programu a vysokoprahové programy, které mají jako podmínku danou momentální abstinenci při vstupu do programu.¹¹²

Terciální prevence: „Terciální prevence je zaměřena na ty uživatele drog, kteří nejsou schopni nebo ochotni se užívání drog vzdát. Cílem intervencí nebo opatření je předejít či změnit rizikové chování, jež může mít za následek poškození či zhoršení jejich zdravotního stavu anebo jejich sociální situace.“¹¹³

Terciální prevencí rozumíme předcházení vážnému či trvale poškozenému zdravotnímu či sociálnímu stavu z nadužívání drog. Jde tedy o resocializaci či rehabilitaci uživatelů návykových látek, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci anebo se zapojili do substituční léčby a abstinují do nelegálních drog. Druhým typem klientely mohou být ti, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat. U této klientely jde především o pomoc, která slouží ke snížení zdravotních rizik. K aktivitám, které jim mají pomoci, patří streetwork, tedy služba kdy sociální pracovníci vyhledávají své klienta přímo na ulici, mluví s nimi o jejich těžkostech a problémech, doporučují nízkoprahová zařízení, kde je možné sehnat pomoc. Dále jim mohou dávat léky či vyměňovat použité stříkačky za čisté a sterilní, aby neroznášeli, či se nenakazili AIDS. V nízkoprahových zařízeních je možno často dát si nějaké jídlo, odpočinout si v teple, někdy i za malý poplatek použít sprchu.¹¹⁴

¹¹² Srov.: SANANIM. *Drogová poradna : občanské sdružení Sananim* [online]. 2003. [cit. 2012-11-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=16>>.

¹¹³ ZÁBRANSKÝ, T., *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 56 – 57.

¹¹⁴ Srov.: SANANIM. *Drogová poradna : občanské sdružení Sananim* [online]. 2003. [cit. 2012-11-12]. Dostupný z WWW:<<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=16>>.

7. Prezentace kazuistik

Kazuistiky jsou převzaty z odborné literatury. Jejich cílem je ilustrovat opravdovost problému braní drog. Už i jen experimentování může být nebezpečné. Tři případy jsou vybrány od nejméně závažného závažnějšímu.

7.1 První kazuistika¹¹⁵

„Dobrý den obracím se na Vás se žádostí o radu. Píše se mi docela těžko, neboť je pro mně tato otázka velmi osobní a nepříjemná. Chtěl bych vás požádat o radu ohledně psychických problémů, které mi vznikly v důsledku braní drogy extáze. Nepovažuji se za nějakého feťáka nebo závislého člověka, neboť pro mně není problém extázi nebrat (taky už ji nikdy nevezmu :-)). Avšak od jisté doby mám stavy úzkosti, například v supermarketu nebo ve společnosti lidí. Cítím se divně, ztuhle a „nenormálně“. Mám taky problém podívat se lidem do očí, protože mi připadá, že ze mně mají divný pocit. Že prostě podle očí poznají, že je se mnou něco v nepořádku. A to se přeneso do „ovzduší“ mezi námi. Takže mám pak pocit, že kvůli mně je celá situace taková divná a vyhrocená....Nevím jak to líp popsat... Vím, že je to jen v mé hlavě ale nemůžu se toho pocitu zbavit. Ať si to snažím jakkoliv logicky vysvětlit, fakt se toho pocitu nemůžu zbavit. Trvá to už přibližně půl roku, ale bojím se, aby to nebylo napořád. Je to sice lepší, a některé dny jsem v pohodě, ale v hlavě to mám pořád. Kdybych to měl popsat ještě jinak, nedokážu se chovat mezi lidmi tak, abych pořád neměl v hlavě ten nepříjemný pocit. Nebojím se přiznat, že mám problém. Ale mám dojem, že je načase, aby mi někdo odborně poradil. Děkuji za odpověď.“

7.2 Druhá kazuistika¹¹⁶

„Na začátku prázdnin odjeli rodiče na tři týdny pryč a já (je mi 17) jsem absence kontroly zneužil k pařbám a hlavně ke konzumaci přemíry drog. Teď kromě toho, že je mi dost blbě, mám strach, že jsem si vyřídil játra. Chtěl jsem se zeptat, jestli je možný, nechat si udělat v Praze anonymně jaterní testy. Za svým doktorem s tím nepůjdu, za první bych se styděl říct, co jsem prováděl a za druhý je to známej mejch rodičů...Asi bych měl napsat, kolik

¹¹⁵ Srov.: KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s. 25 – 28.

¹¹⁶ Srov.: KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s. 42 – 43.

jsem toho za těch čtrnáct dní měl...Je toho hodně, první tejdny to byly jenom extáze a chlást, druhý tejdny i piko (který jsem nikdy předtím neměl), celkem těch éček bylo asi 13 za dva tejdny (byl jsem za tu dobu pětkrát na party, takže v průměru je to 2,5 pilule na akci), pak taky několikrát čáru a chlást a nějaký jointy. V neděli ráno, když jsem přišel polomrtvej z klubu, jsem si řekl, že končím ale v pondělí jsem se nechal přemluvit kámošema na oslavu narozenin, kde jsem se (ještě na dojezdu E a P) hrozně opil, včera jsem celý den pak ale nějak to nepomohlo, protože takhle blbě mi snad ještě nebylo. O ty játra se bojím, protože cítím tlak napravo pod žebra, navíc mě bolejí záda v dolní části a nemůžu nic jíst. A ještě taková zvláštní věc, když prudce změním polohu, tak mám před očima snad na 5 vteřin totální tmou – je to docela humáč. Psychicky jsem taky vyřízený, dopoledne jsem normálně ležel na koberci a bulel, že jsem doma sám a že je mi blbě. Chci se teda zeptat na ty jaterní testy a taky kdy mi přestane bejt blbě.“

7.3 Třetí kazuistika¹¹⁷

Tato kazuistika je přeložena ze slovenštiny. „Dobrý den, jsem závislý na pervitinu, v květnu jsem nastoupil na 10týdenní léčení, když jsem vyšel, schytl jsem obrovskou depresi, která stále trvá. O nějaký ten měsíc později jsem sáhl po alkoholu a začal popíjet, potom stále víc myslet na piko. Víc a víc. Věděl jsem, že tu myšlenku mám od sebe odhánět, ale mně se to líbilo a řekl jsem si: „Vždyť na to jenom myslím.“ No a stalo se to, co se stát nemělo, už včera jsem byl hodně nervózní a pořád mi to nějak nedocházelo a dnes jsem si dal lajnu za 500. Dá se to brát jako zakopnutí, ale opakovaně by to byla recidiva a tomu se chci vyhnout. Nemůže ale jít znovu na léčení, protože to bych ztratil práci a v mojí situaci by to byl průšvih. Nevím, jestli jít na ambulanci, protože je v jiném městě a mně teď z práce nepustí. Měl bych mít nějaký plán jak se o sebe postarat a jak pokračovat, ale ten bohužel nemám. Doufám, že mi trochu poradíte vy. Díky.“

¹¹⁷ Srov.: KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s. 112 – 113.

7.4 Vyhodnocení kazuistik

Zde zohlednila autorka jednak svůj názor na celou situaci v jednotlivých případech, dále zde uvádí vyhodnocení z pohledu odborníka.

První kazuistika

Dotaz je v první řadě velmi komplexní, což celé situaci jen prospívá. Klient popisuje stavy derealizace a depersonalizace, tedy pocity, jako by svět kolem byl nějak jiný, zvláštní a on sám byl někým jiným. Stav je spojen se vztahovačným paranoidním vnímáním světa, pocity, že jej okolí pozoruje. Stav se může prohloubit až k pocitu pronásledování. Celkově se jedná spíše o lehčí stav, který lze zvládnout psychoterapeutickou intervencí nebo medikací.

Odbornice tedy klientovi poradila, navštívit odbornou poradnu. Klient nějakou chvíli hledal vhodného psychiatra, několik ho odmítlo, protože třeba měli plno, nebo neměl odpovídající pojišťovnu. Díky stálému spojení s odbornicí však tento nezdar klient překonal a svého lékaře našel. Jako jeden z mála po čase napsal, jak se mu daří. Tato zpětná vazba je poměrně vzácná.

„Dobrý den, jen jsem vám chtěl napsat jak se mi daří. Nakonec jsem zakotvil u pana doktora Z. Jsem rád, že jsem se k jeho návštěvě odhodlal. Už asi dva měsíce beru antidepressiva a musím říct, že se můj stav zlepšil. Stále to sice není úplně „ono,“ ale už se zase mohu normálně bavit a pohybovat mezi lidmi.Uff...Kdo mohl na začátku (když jsem bral extázi) tušit, že to může člověka tak ovlivnit...Přečetl jsem si sice mnoho článků po extázi a marihuaně, ale slova úzkost a deprese byla pro mně prázdná. Než jsem je prožil :-(. Chci vám ještě jednou poděkovat za pomoc.“¹¹⁸

Druhá kazuistika

V tomto případě je vidět, že klient začíná, aniž by to sám přiznával drogám podléhat. Je to zřejmé z momentu, kdy přišel domů z party, bylo mu špatně a přesto neodolal a šel na další „akci,“ kde se opil, přestože, jak sám popisuje na to neměl chuť. Toto stadium je ještě stále relativně málo nebezpečné samo o sobě, je však chůzí po „ostří nože.“ Že nad klientem drogy převládnu se mu může snadno stát.

Odborník odpovídá, že po požití tolika látek je docela nasnadě, že klientovi je tak, jak mu je. Doporučuje dietu a hodně tekutin a okamžitě přestat „pařit.“ Doporučil klientovi vhodnou

¹¹⁸ Srov.: KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s. 25 – 28.

ambulanci pro jaterní testy. „ Taky byste možná měl uvažovat, co bude dál, protože až vám bude líp, asi zase „dostanete roupy“. Stálo by asi za to nějak přibrzdit hned, nebo se vám taky může stát, že za rok tuhle dobou budete na heroinu, budete mít abst'ák a budete si říkat že ten zatracenej doktor z té internetový poradny měl pravdu a já blb ho neposlech' .:-)“¹¹⁹

Třetí kazuistika

Na tomto příkladu je vidět, že klient se snaží se svou závislostí bojovat, ale je to těžké, život se mu zdá tvrdý. Zároveň je to příklad toho, jak drogy jiného charakteru, mohou být iniciačními drogami pro relaps. Stejně k tomu přispívá i duševní onemocnění, v tomto případě depresivní porucha.

Odborník radí klientovi, aby vytrval, zkusil dělat to, co ho baví, aby na drogy nemyslel. Zároveň doporučuje návštěvu psychiatra kvůli depresím, které nejspíše stojí jako hlavní motivátor při jeho uklouznutí směrem k léčené závislosti.¹²⁰

¹¹⁹ Srov.: KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s. 42 – 43.

¹²⁰ Srov.: KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. s. 112 – 113.

ZÁVĚR

Návykové látky jsou zneužívány odjakživa. Bývaly používány u příležitosti oslav, náboženských ceremoniálů či pro spojení se s některou z forem božstev. Tyto látky však bývaly přírodního původu a byly užívány pouze příležitostně. Historie však zaznamenává i mnohem pozdější pokusy látky zneužít ke zcela praktickým účelům. Mnoho drog bylo vyvinuto v období válek pro větší odolnost odvahy, a aby odbourávaly pocit únavy. Další byly objeveny náhodou. Lidé se však naučili látky používat pro vylepšení svého stavu. V této chvíli můžeme začít vznik závislostí. Drogy samy proto nemohou za to, že se lidé naučili je zneužívat a posléze nad mnohými potřeba drogy přerostla v závislost.

V dnešní společnosti je užívání drog zcela standardní a nad mnohými se společnost ani nepozastavuje. Mladí lidé a děti se proto se světem drog setkávají neúměrně brzy. Jsou zvědavé a tak i první experimenty mohou přijít dříve, než by si rodiče přáli, nebo než by bylo po zdravotní stránce vhodné. I společensky akceptované drogy jako je tabák nebo alkohol v sobě nesou potenciální nebezpečí, neboť kde se vyskytuje jedna droga, vyskytuje se i jiná a tyto látky mohou být pouze předstupněm k užití některé ze silnějších drog. Pokud se k ranným experimentům přidají další rizikové faktory jako je špatná vrstevnická skupina, nedostatek jiných zájmů, labilní psychické zdraví či nedostatek sebedůvěry a zdravého sebevědomí, může experimentování velmi snadno přejít v závislost.

Závislost si velice často uživatel zprvu ani neuvědomuje, jeho touha po droze mu připadá samozřejmá, jako touha po dobré zábavě, či oblíbených přátelích. V tuto chvíli však již droga hraje prim. Není – li tento bludný kruh brzy rozpuštěn pomocí autority rodičovské či lékařské, závislost se postupem času bude prohlubovat, až zcela pohltí vůli a osobní život uživatele. A v takové chvíli je nejvyšší čas začít s léčbou své závislosti.

O tom jak předcházet drogové závislosti, jaká nebezpečí drogy představují, ale také o tom jaké drogy společnost zná a jak k nim přistupuje, o takových tématech pojednávala tato bakalářská práce.

Resumé

V první kapitole se autorka zabývá zejména historií jednotlivých drog a jejich zařazením do určité skupiny drog podle chemického složení, nebo podle stejné či velmi podobné psychoaktivní látky. Z této kapitoly je tedy možné se dozvědět, jaké drogy lidská společnost zná a jak dlouho je užívá.

Další kapitola bakalářské práce je rozdělena na několik sekcí. První sekcí je definování pojmu drogy tak, aby byly postiženy všechny možné varianty tohoto termínu, stejně jako všechny úhly pohledu, které je možno v této problematice zaujmout. S definicí samotnou úzce souvisí názory na to, co dělá určitou látku drogou, tedy podle čeho jednotlivé látky posuzovat. Dále se autorka zaměřila na drogy jako globální problém a popsala, jaké problémy drogový trh do společnosti přináší.

Druhá sekce je věnována podrobné kategorizaci drog, tedy různým systémům dělení psychotropních látek, které vyplývají z různého nazírání na ně jednotlivými kapacitami.

Třetí sekce je spojena s prvním užitím drogy. Zde autorka popisuje důvody, které vedou člověka k užití drogy. Popisuje zde náhledy jednotlivých kapacit na to, jaké vnitřní či vnější spouštěče mohou toto rozhodnutí ovlivnit.

Čtvrtá sekce této kapitoly je věnována tématu mládež a drogy, tedy tomu, jak autority doporučují přistupovat k mladistvým, ať již v roli rodičovské, vrstevnické nebo jiné, aby se snížila pravděpodobnost užívání drog.

Třetí kapitolu bakalářské práce tvoří přehled nejčastěji používaných drog, doplněný statistikami a dalšími analýzami, které se váží k tomuto tématu.

Čtvrtá kapitola je věnována tématu drogová závislost. V první části se autorka věnuje definici tohoto termínu a problému diagnostiky drogové závislosti.

V druhé části se autorka zabývá zejména příčinami vzniku a rozvoje drogové závislosti. Existuje celá řada teorií a modelů, která se snaží postihnout příčiny vzniku závislosti na drogách. Zde je autorka předkládá.

Třetí část je věnována jednotlivým fázím vývoje závislosti na drogách.

Čtvrtá část pojednává o typech drogových závislostí, které jsou odvozeny od typu drogy, kterou jedinec nadužívá.

Obsahem páté části jsou druhy drogových závislostí, jako je například závislost fyzická a psychická.

Šestá sekce je postavena na důsledcích užívání drog, které mohou být fyzické, psychické i sociální.

Pátá kapitola bakalářské práce pojednává o výzkumu a diagnostice drogových závislostí. Krátce se autorka dotýká historie diagnostiky této oblasti, popisuje v současnosti převládající úhel pohledu. Dále se autorka věnuje tématu diagnózy jako základní prognózy o léčbě pacienta. A popisuje různé způsoby jak toto provádět.

Šestá kapitola je o tématu prevence. Zde autorka popisuje, na čem je založena primární sekundární a terciální prevence.

Sedmou a poslední kapitolou je pak prezentace kazuistik, tedy případových studií, které dokreslují celkový obraz drogového světa, který jak doufá autorka, touto prací podala.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Seznam použitých zdrojů

- 1) BRUNNO, F., MANNINO, G., *A general view on drug dependence*. Řím: Prevence compendium. Substance abuse and Illicit trafficking. 1991.
- 2) DUŠEK, K., JANÍK, A., *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum. 1990.
- 3) FLEISCHMANN, O., Problematika primární prevence abúzu drog. In *Prevence sociálně patologických jevů. Ústí nad Labem: UJEP*.
- 4) HARTNOLL, R., *Drogy a drogové závislosti: propojování výzkumu, politiky a praxe*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2005.
- 5) KALINA, K., a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády české republiky. 2003.
- 6) KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007.
- 7) NEŠPOR, K., *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. Praha: Sportpropag, 1996.
- 8) NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. 2011.
- 9) NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: SportPrag, 1992.
- 10) NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Léčba a prevence závislostí*. Praha : Psychiatrické centrum Praha.1996.
- 11) NEŠPOR, K., MILLEROVÁ, M., *Jak přestat brát (drogy), Svépomocná příručka*. Praha: Fit in. 2006.
- 12) NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch latin press. 1997.
- 13) ONDRUŠ, D. *Toxikománia strašiak či hrozba?*. Banská Bystrica: Osveta, 1990.
- 14) POKORNÝ, V. a kol., *Patologické závislosti*. Brno: Prevence SPJ, 2000.
- 15) PRESL, J., *Drogová závislost, Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf. 1994. *Příručka k identifikaci drog*. Washington: Ministerstvo financí USA – celní služba, Praha: překlad národní drogové informační služby, 1988.
- 16) SKÁLA, J., *Závislost na alkoholu a jiných látkách*. Praha: Avicenum, 1987.
- 17) VALÍČEK, P., et al. *Rostlinné omamné látky*. Praha: Start, 2002.
- 18) ZÁBRANSKÝ, T., *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003.
- 19) ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum.2001.

Seznam použitých internetových zdrojů

- 20) *International Narcotics Control Board: Report of the International Narcotics Control Board for 2005* [online]. 1995-2005 [cit. 20S12-11-09]. Dostupný z WWW: <http://www.incb.org/incb/en/annual_report_2005.html>.
- 21) NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Národní protidrogová politika v ČR v r. 2010 a její kontext.* [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 9.10.2012]. Dostupné z: http://www.Drogyinfo.cz/index.php/pomoc_a_podpora/protidrogova_politika/narodni_protidrogova_politika_cr_v_r_2010_a_jeji_kontext.
- 22) NEŠPOR, K., *Doporučené postupy pro praktické lékaře.* [online]. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty purkyně. 2002. [citováno 20. 10. 2012]. Dostupné z: <http://www.primat.cz/cuni-fhs/predmety/spolecenske-vedy-v-interdisciplinari-perspektive-q5304/tema-psychologie-uvod-do-adiktologie-nespor-navyk-chovani-a-zavislost-m156393/nelzestahnout/>.
- 23) SANANIM. *Drogová poradna : občanské sdružení Sananim* [online]. 2003. [cit. 2012-11-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=16>>.
- 24) STŘIHAVKA, M., *Historie drog obecně.* [online]. 2009. [citováno 4.10.2012]. Dostupné z: <http://www.underground.cz/763>.
- 25) SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, *Drugs.* [online]. 2011. [citováno 9.10.2012]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/illicit-drugs>.

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

Seznam tabulek

Tabulka 1: Míra prevalence užití drogy ve Výzkumu občanů 2010.....	49
Tabulka 2: Míra prevalence užití drogy ve Výzkumu občanů 2010.....	51
Tabulka 3: Tabulka okolností týkajících se dítěte, které ovlivňují riziko zneužívání alkoholu a drog.....	52
Tabulka 4: Tabulka okolností týkajících se rodiny, které ovlivňují riziko zneužívání alkoholu a drog.....	53
Tabulka 5: Tabulka okolností týkajících se vrstevníků, které ovlivňují riziko zneužívání alkoholu a drog.....	54

Tabulky

Tabulka 1:Míra prevalence užívání drogy ve Výzkumu občanů 2010, v %,(Institut pro kriminologii a sociální prevenci)¹²¹

Prevalence	Typ drogy	Muži	Ženy	15-24 let	15-34 let	15-64 let
Celoživotní prevalence	Tabák	78,2	59,9	71,2	72,3	68,9
	Alkohol	95,2	93,3	90,8	93,8	94,2
	Marihuana či hašiš	29,8	17,3	40,2	38,9	23,4
	Extáze	8,5	6,0	16,6	14,7	7,2
	Amfetaminy, pervitin	4,0	2,9	6,6	5,9	3,4
	Kokain	2,3	0,9	1,5	1,9	1,6
	Heroin	1,9	0,4	1,8	1,8	1,1
	LSD	3,3	1,9	5,2	4,7	2,6
	Halucinogenní houby	6,8	4,2	11,8	9,2	5,4
Prevalence v posledních 12 měsících	Tabák	55,8	37,8	57,6	52,5	46,6
	Alkohol	90,6	85,4	84,9	89,3	87,9
	Marihuana či hašiš	13,6	5,8	25,1	20,3	9,7
	Extáze	2,8	1,6	6,6	3,9	2,2
	Amfetaminy, pervitin	0,9	0,8	2,6	1,6	0,9
	Kokain	0,6	0,2	1,5	0,9	0,5
	Heroin	0,5	0,1	0,4	0,3	0,3

¹²¹ NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2010.* [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 17. 10. 2012]. Dostupné z: NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Národní protidrogová politika v ČR v r. 2010 a její kontext.*[online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 9.10.2012]. Dostupné z: http://www.Drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpráva/vyrocní_zpráva_o_stavu_ve_věcech_drog_v_cr_v_r_2010. s. 24.

	LSD	0,7	0,2	1,5	0,9	0,5
	Halucinogenní houby	1,3	0,6	3,0	1,9	0,9
Prevalence v posledních 30 ti dnech	Tabák	48,4	32,5	46,5	43,8	40,3
	Alkohol	74,7	57,5	60,5	67,1	66,0
	Marihuana či hašiš	6,6	2,4	12,5	9,2	4,5
	Extáze	1,2	0,3	3,0	1,3	0,7
	Amfetaminy, pervitin	0,1	0,3	1,1	0,4	0,2
	Kokain	0,2	0,1	0,0	0,3	0,2
	Heroin	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1
	LSD	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
	Halucinogenní houby	0,2	0,2	0,4	0,3	0,2

Tabulka 2: Míra prevalence užívání drogy ve Výzkumu občanů 2010, v %, (Agentura INRES-

Prevalence	Typ drogy	Muži	Ženy	15-24 let	15-34 let	15-64 let
Celoživotní prevalence	Marihuana či hašiš	38,6	22,3	52,2	49,3	30,5
	Extáze	4,8	3,1	7,4	7,8	4,0
	Amfetaminy, pervitin	1,9	1,0	2,2	2,9	1,4
	Kokain	1,5	0,4	0,4	1,6	0,9
	Heroin	0,5	0,1	0,0	0,5	0,3
	LSD	4,1	1,0	3,7	5,0	2,6
	Halucinogenní houby	5,7	2,9	8,9	8,1	4,3
	Těkavé látky	1,3	0,8	1,1	1,5	1,1
Prevalence v posledních 12 měsících	Marihuana či hašiš	14,8	5,8	23,7	20,7	10,4
	Extáze	0,8	0,7	2,6	1,6	0,7
	Amfetaminy, pervitin	0,4	0,3	0,4	0,8	0,3
	Kokain	0,7	0,0	0,0	0,5	0,1
	Heroin	0,3	0,0	0,0	0,3	0,1
	LSD	0,4	0,1	0,7	0,7	0,3
	Halucinogenní houby	1,6	0,5	2,6	2,3	1,1
	Těkavé látky	0,7	0,5	0,0	0,8	0,6
Prevalence v posledních 30 - ti dnech	Marihuana či hašiš	6,0	2,3	8,9	8,0	4,2
	Extáze	0,1	0,0	0,0	0,8	0,6
	Amfetaminy, pervitin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Kokain	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
	Heroin	0,5	0,1	0,4	0,7	0,3
	LSD	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
	Halucinogenní houby	0,5	0,1	0,4	0,7	0,3

SONES)¹²²

¹²² NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2010.* [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 17. 10. 2012]. Dostupné z: NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Národní protidrogová politika v ČR v r. 2010 a její kontext.* [online]. Úřad vlády české republiky. 2011. [citováno 9.10.2012]. Dostupné z: http://www.Drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpráva/vyrocní_zpráva_o_stavu_ve_věcech_drog_v_cr_v_r_2010. s. 24.

Tabulka 3: Tabulka okolností týkajících se dítěte, které ovlivňují riziko zneužívání alkoholu a drog¹²³

Zvyšují riziko alkoholu a drog	Snižují riziko alkoholu a drog
Duševní poruch a poruchy chování	Vysoká míra duševního zdraví
Setkání s alkoholem nebo tabákem v mladém věku	Dobré tělesné zdraví
Poškození mozku při porodu nebo úrazu hlavy	Pozdní nebo žádné setkání s drogou
Dlouhé bolestivé onemocnění	Dostatek dovedností týkajících se mezilidských vztahů
Nedostatek dobrých způsobů jak zvládat stresové situace	Dobré sebevědomí
Nedostatek dovedností v mezilidských vztazích	Dobré způsoby, jak zvládat obtížné situace a řešit problémy
Nízké sebevědomí	Alkohol a drogy špatně snášeny
Po alkoholu a drogách výrazně převažují příjemné pocity	Dobrá schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí
Nízká schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí	Vnitřní přijetí hodnot, které jsou v rozporu s alkoholem a drogami
Agresivita, špatné ovládání	Veselost, vytrvalost, pilnost, svědomitost
Nízká inteligence	Odolnost vůči neúspěchu
	Schopnost plánovat a řešit problémy
	Dobrá inteligence
	Účinné způsoby, jak mírnit nepříjemné duševní stavy
	Schopnost navodit si příjemné pocity nějakým zdravým

¹²³ Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: SportPrag, 1992. s.14.

	způsobem
--	----------

Tabulka 4: Tabulka okolností týkajících se rodiny, které ovlivňují riziko zneužívání alkoholu a drog.¹²⁴

Zvyšují riziko alkoholu a drog	Snižují riziko alkoholu a drog
Nejasná pravidla týkající se chování dítěte	Jasná pravidla týkající se chování dítěte
Nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství, malá péče	Přiměřená péče, dostatek času na dítě, zejména v časném dětství
Nedostatečný dohled	Přiměřený dohled
Nesoustavná a přehnaná přísnost	Pevné citové vazby dítěte.
Nedostatečné citové vazby dítěte	Pozitivní hodnoty
Manželský konflikt	Rodiče spolu ne výchově spolupracují
Schvalování alkoholu a drog u dětí	Styl výchovy vřelý a málo kritizující
Zneužívání alkoholu, tabáku nebo jiných drog rodiči nebo příbuznými	Rodiče tabák, alkohol ani jiné látky nezneužívají
Malé očekávání od dítěte a podceňování ho	Přiměřená a jasná očekávání od dítěte, Respekt vůči němu.
Špatné duševní a společenské fungování rodičů	Dobré způsoby v rodině, jak zvládat stres.
Rodiče osamělí, vůči společnosti nepřátelští nebo lhostejní	Zajištěna ochrana bezpečí a přiměřené uspokojování potřeb dítěte.
Duševní choroba rodičů	Rodiče duševně zdraví
Chudoba, nezaměstnanost rodičů	Dobré přizpůsobení rodičů ve společnosti, snaha pomáhat druhým
Sexuální zneužití dítěte v rodině	Výchova pomáhá vytvářet kvalitní vztahy s dospělými mimo rodinu
Rodina ve zmatku, špatně funguje, nezaměstnanost rodičů	Sdílená odpovědnost v rodině
Výchova pouze jedním rodičem bez pomoci příbuzných	Rodiče vytvářejí prostor pro kvalitní zájmy a záliby
Dítě žije bez rodiny a bez domova	Dobré fungující mezigenerační vztahy a spolupráce

¹²⁴ Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: SportPrag, 1992. s.15.

Časté stěhování rodiny	
------------------------	--

Tabulka 5: Tabulka okolností týkajících se vrstevníků, které ovlivňují riziko zneužívání alkoholu a drog.¹²⁵

Zvyšující riziko	Snižující riziko
Kamarádi mají problémy s autoritami, rebelují	Respektují dobré dospělé authority
Protispolečenské chování kamarádů	Kamarádi s vazbou na nějakou dětskou organizaci s dobrým programem
Odcizení cyničtí vrstevníci	Mají zájmy neslučitelné nebo nesouvisející s alkoholem a drogami
Ke zneužívání alkoholu a drog se staví pozitivně	Drogy ani alkohol nezneužívají a odmítají je
Začínají alkohol nebo drogy brzy zneužívat	Kamarádi schopni přijímat dobré hodnoty dospělých
Mají sklon dítě zesměšňovat, snižovat jeho sebevědomí	Respekt t k jednotlivým členům dětského kolektivu
Kamarádi mají další přátele, kteří drogy ani alkohol zneužívají	Mají přátele se zdravým životním stylem
	Vrstevníci sami od alkoholu a drog aktivně odrazují

¹²⁵ Srov.: NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: SportPrag, 1992. s.18.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Šárka Pundy

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinované studium

Název práce: Drogy a drogová závislost u mládeže

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 56

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 19

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:

Počet internetových zdrojů:6

Počet ostatních zdrojů:

Vedoucí práce: PhDr. Eleonóra Strapcová