

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Následná péče o mladistvé uživatele drog

Bakalářská práce

Autor: Jaroslav Kraus

Studijní program: B7506 Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kaliba, Ph.D.

Oponent práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Jaroslav Kraus
Studium:	P17K0294
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Název bakalářské práce:	Následná péče o mladistvé uživatele drog
Název bakalářské práce AJ:	Subsequent care for juvenile drug users

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se věnuje problematice života rodin, které pečují o dítě se závislostí na drogách. V teoretické části bude vymezena historie a současnost užívání drog. Z hlediska metodologie bude využita forma rozhovoru. Cílem výzkumného šetření bude analýza zaměřená na zjištění, jakými způsoby může rodina řešit následnou péči o mladistvé uživatele drog.

Escohotado, Antonio. Stručné dějiny drog. Praha: Volvox Globator, 2003. Labyrint (Volvox Globator). ISBN 80-7207-512-8. GÖHLERT, Fr.- Christoph a Frank KÜHN. Od návyku k závislosti: toxikomanie: drogy: účinky a terapie. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9. TRAIN, Alan. Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2. PLATZNEROVÁ, Andrea. Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-606-9.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	Mgr. Martin Kaliba
Oponent:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	5.1.2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval pod vedením vedoucího bakalářské práce pana Mgr. Martina Kaliby, Ph.D. samostatně a uvedl jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Poděkování

Děkuji touto cestou panu Mgr. Martinu Kalibovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady, připomínky a pomoc při zpracování této práce.

Anotace

KRAUS, Jaroslav. *Následná péče o mladistvé uživatele drog*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. Bakalářská práce. 80 s.

V bakalářské práci jsem se zabýval problematikou následné péče o mladistvé uživatele návykových látek. Popsal jsem stručnou historii užívání drog, která provází lidstvo od jeho počátků. Následně jsem zaznamenal cestu od návyku užívání omamných a psychotropních látek mladistvými až ke vzniku závislosti na těchto látkách, která je jistě stejná jak v historii, tak v současnosti.

Děti, závislé na drogách, vykazují další poruchy chování, včetně dalších průvodních jevů, které mají vliv na jejich psychiku a mohou tak vyústit ve výskyt depresí a sebepoškozování.

Rodiče těchto dětí často nemají tušení, na jaké odborníky se mohou v těchto případech obrátit a požádat o pomoc. Bez vlastních vědomostí a znalosti tohoto ožehavého problému totiž sami nedokážou svému dítěti od závislosti pomoci.

V praktické části jsem proto provedl výzkum, který by rodičům mohl napovědět, jak se mají zachovat po zjištění, že jejich potomek užívá návykové látky. Výzkum probíhal formou rozhovorů s odborníky, kteří se ve své pracovní činnosti setkávají s mladistvými uživateli drog.

Výsledkem je, že v každém zařízení, ve kterém jsem prováděl výzkum, respondenti vědí přesně, na jaká pracoviště se mají rodiče obracet v různých fázích závislosti dítěte.

Nejzávažnějším faktem výzkumu je, že mladiství uživatelé si dostatečně neuvědomují závažnost vlastní situace.

Klíčová slova: drogy, mladiství, návyk, péče, závislost

Annotation

KRAUS, Jaroslav. *Subsequent care for juvenile drug users*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2021. 80 pp. Bachelor Thesis

In my bachelor thesis I dealt with the issue of aftercare of adolescent addictive substances users. I have described a brief history of drug use that has been accompanying the humankind since it's origins. Subsequently, I noted the path from the habit of using narcotic drugs and psychotropic substances by adolescents to the outbreak of addiction to these substances, which certainly is of the same nature, both in the past and today.

Drug addicted children show many behavioral disorders, including other side effects that affect the psyche and may result in depression and self-harm.

Parents of these children often struggle to find competent specialists who could provide them with adequate consulting and help. Without the deep knowledge of this issue they, of course, are unable to help their children to get rid of addiction.

In the practical part, therefore, I conducted research that could advise parents on how to behave after revealing their offspring's addiction. The research was conducted in the form of interview with experts who encounter juvenile drug users in their work.

As a result, in every facility where I carried out my interviews the respondents know exactly which workplaces parents should turn to at different stages of child dependence.

The most important fact of the research is that young users are not sufficiently aware of the seriousness of their situation.

Keywords: drugs, youth, habit, care, addiction

Obsah

Úvod.....	2
1. Užívání návykových látek a situace v ČR.....	3
2. Dějiny drog.....	4
3. Historie léčby drogové závislosti v České republice.....	6
4. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách ESPAD 2019.....	8
5. Analýza systému péče o drogově závislé v ČR	10
5.1 Prevence závislostního chování	10
5.2 Snižování rizik závislostního chování	10
5.3 Léčba a sociální začleňování osob ohrožených závislostí	12
6. Kdo je mladistvý?.....	15
6.1 Dle Zákona	15
6.2 Dle biologie.....	16
6.3 Dle psychologie	16
6.3.1 Specifické vývojové problémy dospívajících	16
7. Od návyku k závislosti	18
7.1 Návyk.....	18
7.2 Vznik závislosti	19
7.3 Závislost	21
7.3.1 Druhy závislosti.....	21
7.3.2 Klinické znaky tělesných abstinčních příznaků	23
7.3.3 Léčba tělesné a psychické závislosti	23
7.4 Různé typy závislostí	24
7.4.1 Kdo je ohrožen závislostí na drogách?	24
7.4.2 Jak se staví okolí k drogám?	25
7.4.3 Rizikové faktory k rozvoji závislosti	26
7.4.4 Ztráta kontroly nad užíváním	28
8. Sebepoškozování	29
8.1 Způsoby sebepoškozování	30
8.2 Deprese a sebepoškozování	31
8.3 Terapeutické metody v léčbě sebepoškozování	31
9. Úvod do praktické části – výzkumné šetření	34

9.1	Metodologie	34
9.2	Cíl práce	35
9.3	Pohled rodiče.....	35
9.4	Praxe vykonávaná organizacemi při následné péči	36
9.5	Příklady „špatné“ praxe.....	36
10.	Průzkum postojů odborníků, kteří aktivně pracují se závislými mladistvými, k problematice následné péče	37
10.1	Cílová skupina	37
10.2	Průběh rozhovorů	38
10.2.1	První rozhovor s ředitelkou základní školy.....	38
10.2.2	Druhý rozhovor s vedoucím speciálním pedagogem SVP	39
10.2.3	Třetí rozhovor s ředitelkou ambulantního centra.....	39
10.2.4	Čtvrtý rozhovor s kurátorkou pro mládež na OSPOD	40
10.2.5	Pátý rozhovor s vedoucím výchovy VÚ	41
10.3	Shodná zjištění vyplývající z rozhovorů.....	42
10.4	Předpoklady šetření	42
11.	Zkušenost se systémem následné péče otce náctiletého uživatele OPL.....	43
11.1	Vymezení hypotéz	43
11.2	Shrnutí analýz výzkumu.....	47
12.	Doporučení rodičům	50
13.	Závěr	53
	Seznam použité literatury	54
14.	Příloha – rozhovory.....	58
14.1	Nestrukturovaný rozhovor s rodičem náctiletého uživatele OPL.....	58
14.2	První polostrukturovaný rozhovor s ředitelkou základní školy ve městě se 100 tisíci obyvateli.....	62
14.3	Druhý polostrukturovaný rozhovor s vedoucím speciálním pedagogem-etopedem Střediska výchovné péče ve městě se 100 tisíci obyvateli.	64
14.4	Třetí polostrukturovaný rozhovor s ředitelkou ambulantního centra pro drogově závislé ve městě se 100 tisíci obyvateli.....	67
14.5	Čtvrtý polostrukturovaný rozhovor s kurátorkou pro mládež na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí na Magistrátu města se 100 tisíci obyvateli.	70
14.6	Pátý polostrukturovaný rozhovor s vedoucím výchovy Výchovně léčebného oddělení pro děti ohrožené závislostmi a drogově závislé, které rámcově spadá pod Výchovný ústav.	75

15.	Seznam tabulek.....	80
-----	---------------------	----

Seznam použitých zkratk a termínů:

Abúzus – nadměrné užívání, nadužívání, zneužívání většinou návykových látek

Automutilace – sebepoškození

Craving – bažení a tlak k užití drogy se označuje také jako psychická žádostivost

Dealer – člověk, který prodává OPL uživatelům

Ecstasy – droga, která může způsobit trvalé poškození mozku

Intoxikace – otrava

LSD – halucinogenní droga.

Účinnou látkou je diethylamid kyseliny lysergové– LSD– 25.

OPL – omamné a psychotropní látky

OSPOD – Oddělení sociálně – právní ochrany dětí

Psychotropní substance – látka působící na psychiku člověka

Recidiva – opakování, návrat k něčemu

Subkultura – specifická minoritní (menšinová) kultura

Suicidium – dobrovolné ukončení života, zpravidla v důsledku psychických poruch, sebevražda

SVP – Středisko výchovné péče

Tenze – tlak, napětí v psychice osobnosti

THC – Tetrahydrokanabinol. Psychoaktivní látka obsažená v květenství konopí.

Úvod

Následná péče o drogově závislé mladistvé. Jak již z názvu této bakalářské práce vyplývá, věnuje se problematice zneužívání omamných a psychotropních látek uživateli ve věku, který je v životě každého člověka velmi specifický a v drogovém kontextu i velmi problematický.

Bakalářská práce ve třech svých částech zachycuje systém péče o jedince se syndromem závislosti, snaží se doporučit první kroky rodičům dětí, které více či méně pohltil svět drog. Zároveň dává naději, že z tohoto světa je možné se vymanit.

Tato bakalářská práce pojednává o drogově závislých mladistvých a následné péči o ně. O tom, co je vlastně spojuje, i když se na první pohled zdá, že jednotlivci nemají nic společného. O tom, co je odděluje od většinové společnosti. Odpovědí je jejich společný zájem. Drogy.

První část bakalářské práce uvádí čtenáře do drogové problematiky, popisuje současnou situaci užívání návykových látek u mladistvých, krátce popisuje dějiny užívání drog a zabývá se i historií léčby drogové závislosti v České republice. Dále bakalářská práce vysvětluje, kdo je „mladistvý“ z hlediska psychologie, biologie, z hlediska zákona. Několik kapitol je věnováno samotné závislosti. Bakalářská práce popisuje cestu od návyku k závislosti, přičemž tyto pojmy vysvětluje. Poukazuje na různé typy závislostí, vysvětluje faktory, které vznik závislosti provázejí. Připomíná, kdo je závislostí ohrožen, jaké jsou rizikové skupiny, jaký je postoj okolního světa. V závěru teoretické části je popsáno sebepoškozování, které s drogovou problematikou úzce souvisí.

V praktické části bakalářská práce nabízí pohled na drogovou problematiku analýzou několika rozhovorů s odborníky, kteří se drogovou problematikou bezprostředně zabývají nebo mají v náplni práce se touto problematikou zabývat. Nedílnou součástí je rozhovor s rodičem dítěte závislého na užívání drog.

V závěru pak bakalářská práce shrnuje získané poznatky, pokouší se poskytnout doporučení, jak mohou rodiče postupovat, k jakým odborníkům mohou přijít se žádostí o pomoc. Nabízí způsoby chování, které by mohly pomoci rodičům v prvních chvílích od zjištění, že jejich dítě bere drogy.

1. Užívání návykových látek a situace v ČR

Užívání návykových látek a nezákonné zacházení s nimi je nejenom v naší zemi, ale v celém světě vnímáno jako vážný problém, který stále představuje ohrožení zdraví, bezpečnosti, sociální pohody a prosperity obyvatel, zejména mládeže. Podemílá udržitelný rozvoj, politickou stabilitu a demokratické instituce, ohrožuje bezpečnost států a vládu práva, přináší útrapy jednotlivcům i rodinám a vede ke ztrátám lidských životů. Česká republika si tato nebezpečí uvědomuje a pokládá za svou povinnost aktivně provádět a podporovat na svém území i v mezinárodní spolupráci důslednou protidrogovou politiku s cílem zajistit lidské společnosti zdraví, důstojnost a bezpečí.

V průběhu let 2010 – 2018 se podařilo udržet relativně stabilní situaci v počtu problémových uživatelů nelegálních drog, ale míra užívání návykových látek v dospělé populaci neklesá a je na poměrně vysoké úrovni. Na nízké úrovni se podařilo udržet výskyt zdravotních následků užívání drog – infekčních onemocnění a úmrtí. Podařilo se také udržet základní síť programů a služeb v primární, sekundární a terciární prevenci zneužívání drog s relativně širokým spektrem typů a zavést systém ověřování jejich odborné způsobilosti (kvality). Síť specializovaných ambulantních zdravotnických zařízení je ale stále nekonsolidovaná. Aktuálně je oblast služeb pro uživatele drog ohrožena omezenými personálními kapacitami a stejně tak omezenými možnostmi financování některých aktivit z veřejných rozpočtů.

Hodnocení problematiky užívání nelegálních drog ze začátku roku 2018 ukázalo nedostatky v zajištění školské prevence, nedostatečnou dostupnost programů primární prevence v oblasti závislostí a nízkou dostupnost specifických programů selektivní a indikované prevence. Adiktologické služby, zdravotnické ambulantní služby a programy sociální reintegrace uživatelů návykových látek jsou také dostupné jen omezeně.

Ze zprávy Vlády ČR pramení, že užíváním návykových látek je ohrožena zejména mládež. (Národní strategie protidrogové politiky na období 2019 až 2027 - schválena usnesením vlády č. 329 dne 13. května 2019)

2. Dějiny drog

Dějiny drog vrhají neobvyklé světlo na dějiny celého lidského rodu. Již kultury lovců a sběračů byly nejstaršími na světě, o nichž dnes bezpochyby víme, že při vyznávání bezpočtu božstev prochází jedinci nějakou zkušeností s psychoaktivní drogou, jež je učí nebo upevňuje jejich kulturní sounáležitost. (Escohotado, 2003)

K užívání těchto látek, které má dlouhodobou historii, existuje celá řada důvodů. Patří mezi ně povzbuzení, prožívání příjemného stavu, dosažení nedosažitelného, přičemž se z těchto důvodů vyvinuly tradice. (Fischer, Škoda, 2008)

Tyto tradice vytváří naprosto základní kapitolu, z níž vychází význam výrazu zjevená pravda. Nadpřirozenost se tehdy ještě nezhmotnila v psaných verzích, ale prožitky pozměněných stavů vědomí se stávaly zdrojem skutečně zjevného poznání nespočetných kultur. První hostie neboli posvátné pokrmy, se skládaly z psychoaktivních látek jako je peyotl, víno nebo některé houby. Jedna kultura přináší oběti živočišné nebo lidské nějakému svému božstvu, aby si získala jeho přízeň. Další společně pojídají nějaký pokrm, který údajně patří Bohu. Toto rituální stolování je spojováno s drogami a je známo ve většině světa, a to v Mexiku, v Amazonii, v Africe nebo i v Oceánii. Četné nálezy ukazují, že od úsvitu lidstva můžeme pojídání něčeho, co považujeme za tělo nebo krev vyznávaného božstva, pokládat za projev přírodního náboženství. Rozdíl mezi krvavou a nekrvavou objetí je zřejmý, ale ke spojení obou typů může dojít v obřadech, jako je mše, při níž Kristův obětní beránek vytváří požehnaný chléb a požehnané víno představuje tělo a krev samotné oběti. (Escohotado, 2003)

Užívání halucinogenních látek je mezi přírodními národy a jejich domorodými šamany a kouzelníky dokladováno na všech kontinentech. K významným objevům ze studia prvních uměleckých děl patří, že často vznikala při užívání psychoaktivních látek. (Miovský a kol., 2008)

Naší pozornosti by neměla uniknout skutečnost, že řecký výraz pro označení drogy phármakon, lze jen změnou jednoho písmenka a polohou přízvuku lehce změnit na pharmakós, což znamená obětní beránek. Toto zcela jistě není jen shoda náhod, která nám dokazuje, jak jsou lékařství, náboženství a magie ve svých počátcích neoddělitelné. Teprve v pozdějších dobách začali kněží různých náboženství vykládat po svém vůli jediného a všemocného Boha a vytvářeli tím vlastní dogmata. (Escohotado, 2003)

Španělský vysokoškolský učitel, filozof a spisovatel Antonio Escohotado vydal svá dlouholetá bádání ve své knize Stručná historie drog a přispěl tím k otevření veřejné diskuze o této problematice. V současnosti totiž zneužívání omamných a psychotropních látek dosahuje hrozivých rozměrů a přímo či nepřímo se dotýká nás všech bez rozdílu pohlaví, věku a společenského postavení. Omamné a psychotropní látky tělo nestráví jako běžný pokrm, ale jejich účinek tělo přemůže a vyvolá i při malé dávce značné organické a duševní změny. (Escohotado, 2003)

3. Historie léčby drogové závislosti v České republice

První léčebnou v tehdejším Rakousko – Uhersku byla léčebna ve Velkých Kunčicích na Moravě, která byla založena roku 1909. V první polovině 20. století vznikaly hlavně protialkoholní léčebny. Roku 1951 byla zřízena první záchytná stanice v nemocnici U Apolináře v Praze, která sloužila osobám pod vlivem alkoholu nebo jiných látek. Tato stanice měla za úkol tyto osoby krátkodobě izolovat, protože byly nebezpečné svému okolí. Založením záchytné stanice se tehdejší Československo stalo světovým průkopníkem boje proti užívání návykových látek. V roce 1971 bylo založeno Středisko drogových závislostí vedle protialkoholního oddělení psychiatrické kliniky v Praze. (Nožina, 1997)

V období let 1948 – 1989 bylo užívání drog v ČSSR tabuizováno. Komunistický režim měl uzavřeny trhy se západním světem a distribuce drog tak byla maximálně omezena. Užívání návykových látek byl velmi uzavřený systém a před většinou společností se odhalené případy utajovaly. Zdravotní péče o závislé a protidrogové aktivity podléhaly přímo státu. Uživatelé drog se seskupovali v malých skupinách kolem osoby, která drogy vyráběla. (Kalina, 2003)

Pokud bylo užívání drog spojeno s další trestnou činností, do statistik se tyto údaje nedostaly. Statistiky kriminality mládeže rozlišovaly pouze pachatele kriminality majetkové, mravnostní a pachatele násilných trestných činů. (Nožina, 1997)

Už v komunistické společnosti bylo ale snahou tehdejších správních orgánů vytvořit podmínky pro organizované a smysluplné trávení volného času mládeže, zřizování Domů mládeže, nebo pořádání dětských táborů. Vše se dělo podle vzoru Sovětského Svazu v návaznosti na tehdejší ideologii. I zde byla důležitá konkrétně vedená a na osobnostní rysy vázaná pedagogická práce školy a dalších výchovných zařízení, které cílevědomě vytvářely systém jak pro sféru trávení volného času mládeže, tak pro sféru zaměstnávání mládeže. (Štípek, 1974)

Léčba uživatelů návykových látek probíhala pouze v protialkoholních a „protitoxikomanických“ odděleních psychiatrických léčeben a ambulancí. Tato léčba byla převážně nucená. Čtyři roky po Sametové revoluci, v roce 1993, Vláda ČR vydala strategii národní drogové politiky, kterou se inspirovala v západních zemích. (Kalina, 2003)

Situace na drogové scéně začala být podrobněji mapována až od roku 1990. V roce 1993 byly formulovány zásady protidrogové politiky. Dosud neexistovala žádná primární prevence, což se vláda rozhodla změnit, přičemž se zaměřila zejména na děti a mladistvé. Pozornost je věnována poradenství, léčbě a resocializaci drogově závislých. Za podpory státu dnes fungují kontaktní, terénní a ambulantní centra, denní stacionáře, terapeutické komunity, které v péči o osoby závislé na OPL poskytují podporu v nouzi, léčbu i poradenství. (Kalina a kol., 2003)

4. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách ESPAD 2019

Tato studie probíhá již od roku 1995, a to formou standardizovaných nástrojů a metod, které poskytují velmi kvalitní a srovnatelné informace o užívání návykových látek u studentů mezi 15 – 16 lety v různých zemích v Evropě. Je sledována spotřeba cigaret, konzumace alkoholu, zkušenost s užitím nelegálních drog, dostupnost návykových látek a subjektivní vnímání rizik, gaming a gambling, trávení volného času, a to všechno v mezinárodním srovnání.

Studie z roku 2019 ukazuje, že 1 z 6 studentů (17 %) má zkušenost s užitím nelegální drogy. Existují významné rozdíly v rámci celé Evropy (rozpětí od 4,2 % do 29 %). Zkušenost mladistvých s nelegálními drogami v Evropě mírně klesá již od r. 2011.

Dlouhodobě nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou mezi dospívajícími studenty konopné látky. 16 % dotázaných mladistvých užilo konopné látky alespoň jednou v životě. Do rizikové kategorie v souvislosti s užíváním konopí ve všech evropských zemích spadá 4 % populace studentů. Pochopení rizikového užívání konopí je důležité k lepšímu nastavení aktivit v oblasti prevence.

Zneklidňujícím jevem je zneužívání psychoaktivních farmaceutik bez lékařského předpisu. Užívání sedativ nebo hypnotik za účelem dostat se do lepší nálady uvedlo 6,6 % studentů, přičemž 4 % užila za tímto účelem léky proti bolesti. Nové syntetické drogy, užila průměrně 3,4 % studentů, což je mírný pokles oproti 4 % v r. 2015. Téměř všichni studenti, kteří užili nové psychoaktivní drogy včetně amfetaminu, extáze, kokainu nebo LSD, užili také alkohol, konopné látky nebo stimulancia.

Mezi nové psychoaktivní drogy patří látky, které mají účinky obdobné jako drogy nelegální, jako je např. marihuana, halucinogeny nebo extáze a objevují se v různých formách (např. bylinné směsi, krystaly, tablety nebo prášek) a jsou pod jinými názvy prodávány hlavně na internetu. Jedná se například o mefedron či MDPV.

Dostupnost drog je poměrně vysoká, nejsnadněji lze obstarat konopné látky, nejhůře sehnatelné jsou naopak kokain a pervitin. Studenti nevnímají jako rizikové a zdraví škodlivé užít drogu příležitostně. V průběhu let se však názory dotázaných mění.

V mezinárodním srovnání jsou čeští studenti v kouření cigaret a konzumaci alkoholu na prvních příčkách. U nelegálních drog mají naši studenti prvenství v užívání konopných látek.

Tab. č. 1: Prevalence zkušeností s nelegálními drogami mezi žáky ZŠ ve věku 11–15 let a studenty SŠ ve věku 15–19 let podle pohlaví – studie UPOL 2018, v %

Typ drogy	Žáci ZŠ / Věková skupina 11–15 let			Studenti SŠ / Věková skupina 15–19 let		
	Chlapci (n=693)	Dívky (n=735)	Celkem (n=1428)	Chlapci (n=1247)	Dívky (n=1275)	Celkem (n=2522)
Celoživotní prevalence						
Jakákoliv nelegální droga	10,1	9,1	9,6	46,2	41,9	43,9
Konopné látky	9,1	8,1	8,5	44,7	41,4	42,9
Extáze	0,4	0,9	0,7	8,1	4,9	6,4
LSD nebo jiné halucinogeny	0,2	0,3	0,3	4,0	2,5	3,2
Halucinogenní houby	0,2	0,3	0,3	3,9	2,4	3,1
Pervitin	0,2	0,2	0,2	2,0	2,1	2,0
Kokain	0,6	0,3	0,5	2,7	1,7	2,2
Těkavé látky	2,1	1,4	1,7	4,1	2,2	3,1
Léky bez předpisu (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	5,4	12,8	9,5	12,2	19,5	16,1

5. Analýza systému péče o drogově závislé v ČR

Politiku České republiky v oblasti závislostního chování koordinuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Vytváří platformu pro komunikaci s ministerstvy, s dalšími články veřejné správy a s dalšími subjekty, včetně nestátních neziskových organizací a odborných společností, které se podílí na realizaci protidrogové politiky. Vláda na návrhy RVKPP přijímá opatření a aktivity v oblasti závislostí. RVKPP koordinuje a vyhodnocuje jejich realizaci, přičemž provádí kontrolu plnění úkolů, které plynou z národní strategie pro oblast závislostí, a zajišťuje finanční prostředky na realizaci této politiky. Garantuje zabezpečení kvality programů:

- prevence závislostního chování
- snižování rizik závislostního chování
- léčby a sociálního začleňování osob ohrožených závislostí. (Protidrogová politika | Vláda ČR)

5.1 Prevence závislostního chování

Cílem primární prevence je předejít již experimentování s návykovými látkami včetně tabáku a alkoholu. Pokud tato prevence není účinná, je její snahou alespoň oddálit užívání do pozdějšího věku. Dospívající jsou už relativně odolnější než mladší děti. Mezi další cíle prevence patří předcházení škodám na tělesném a duševním zdraví a zdravější návyky v chování cílové populace. (Nešpor, 2011)

Problémem prevence ve školách je nedostatečné financování. Finanční prostředky MŠMT určené k realizaci programů školské primární prevence jsou stejné již mnoho let. Zhruba 20 milionů Kč není dostatečných. Časová dotace stanovená pro výkon práce školního metodika prevence je stejně tak nedostatečná. Jde tak často pouze o formální naplňování preventivního programu školy. (Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027)

5.2 Snižování rizik závislostního chování

V současnosti je systém péče o drogově závislé zajištěný státními institucemi a neziskovými organizacemi, které spolupracují nebo na sebe jejich práce navazuje. Společnými silami se tak podílí na prevenci, na snižování rizik závislostního chování

i na represivních opatřeních. Pod Ministerstvem práce a sociálních věcí se problematikou drogově závislých mladistvých zabývá Odbor sociálně právní ochrany dětí. Ministerstvo zdravotnictví pokrývá svou působností psychiatrické léčebny, nemocnice a detoxikační oddělení. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy zaštiťuje Dětské domovy se školou a Výchovné a diagnostické ústavy. Ministerstvo spravedlnosti má ve své působnosti Detenční ústavy a věznice, do kterých jsou umísťováni drogově závislí mladiství s kriminální minulostí.

Opatření stanovená Zákonem č. 218/2003 Sb. O soudnictví mladistvých jsou výchovná, ochranná a trestní.

Výchovná opatření

Výchovnými opatřeními jsou:

- a) dohled probačního úředníka
- b) probační program
- c) výchovné povinnosti
- d) výchovná omezení
- e) napomenutí s výstrahou

Ochranná opatření

Ochrannými opatřeními jsou ochranné léčení, zabezpečovací detence, zabránění věci, zabránění části majetku a ochranná výchova. Jejich účelem je kladně ovlivnit duševní, mravní a sociální vývoj mladistvého a chránit společnost před pácháním provinění mladistvými.

Trestní opatření

Za spáchané provinění může soud pro mládež mladistvému uložit pouze tato trestní opatření:

- a) obecně prospěšné práce
- b) peněžité opatření
- c) peněžité opatření s podmíněným odkladem výkonu
- d) propadnutí věci
- e) zákaz činnosti
- f) zákaz držení a chovu zvířat

- g) vyhoštění
- h) domácí vězení
- i) zákaz vstupu na sportovní, kulturní a jiné společenské akce
- j) odnětí svobody podmíněně odložené na zkušební dobu (podmíněně odsouzení)
- k) odnětí svobody podmíněně odložené na zkušební dobu s dohledem
- l) odnětí svobody nepodmíněně (Zákon č. 218/2003 Sb.)

Péče od drogově závislé ve věznicích

Vězeňské systémy vyspělých zemí si kladou za hlavní úkol snižovat kriminogenní rizika vězňených osob, tedy snižovat pravděpodobnost toho, že se propuštěný jedinec vrátí ke své předchozí trestné činnosti. Vězeňská služba ČR se snaží přispívat k ochraně společnosti tím, že poskytuje odborné intervence z oblasti drogové prevence, tedy poskytuje protidrogové služby a celkově monitoruje situaci v oblasti uvězněných uživatelů drog. Spolupracuje přitom s nestátními neziskovými organizacemi, jimž umožňuje vstup do věznic. Tyto organizace se věnují vězňům, kteří mají nařízené ochranné léčení soudem a stejně tak vězňům, kteří před výkonem trestu OPL aktivně užívali a v rámci svého uvěznění chtějí podstoupit léčbu dobrovolně.

Ve věznicích probíhá pravidelný screening, je prováděno systematické testování na přítomnost návykových látek a alkoholu v těle. Tento screening se provádí u obviněných i odsouzených. Testování se provádí už od devadesátých let minulého století a probíhá dvěma formami. Přítomnost drog v těle se zjišťuje za pomoci soupravy k detekci návykových látek v moči a metodou konfirmační analýzy, kterou provádí akreditovaná laboratoř pomocí chromatografické metody. Testování probíhá při vstupní prohlídce při nástupu k výkonu trestu delšího čtyř měsíců, dále jsou pak prováděna systematická testování, kde jsou testované osoby vybírány náhodně. Probíhají také cílená testování při podezření na zneužití návykové látky. Veškerá tato opatření i spolupráce VSČR s neziskovými organizacemi je ztížena podmínkami, které plynou z charakteristik výkonu trestu odnětí svobody. (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003)

5.3 Léčba a sociální začleňování osob ohrožených závislostí

Národní strategie protidrogové politiky ČR si dává za cíl zkvalitnění sítě adiktologických služeb, podporu jejích mechanismů, její dobudování s prioritním zaměřením na ambulantní adiktologické služby pro děti a dospělé.

Dalšími cíli jsou:

- Vyhledávání a zajištění moderních, ověřených a efektivních typů služeb a postupů.
- Adiktologické služby i pro obyvatele sociálně vyloučených lokalit.
- Zajištění kapacity a podpora nízkoprahových harm reduction programů pro problémové uživatele pervitinu a opioidů.
- Zajištění dostupnosti substituční péče pro chronické uživatele se závislostí na opiátech.
- Zahájení studie substituční léčby pro chronické uživatele či uživatele závislé na pervitinu s vyhodnocením dopadů na jejich tělesné a duševní zdraví, jejich sociální začleňování.
- Podpora opatření, která podporují přechod k méně rizikovým vzorcům užívání návykových látek, hazardního hraní a dalších forem závislostního chování.
- Zpřístupnění vyšetření na infekční onemocnění v adiktologických službách, podpora vstupu infikovaných klientů a jejich setrvání v léčbě.
- Podpora resocializačních doléčovacích programů klientům po absolvované léčbě v terapeutických komunitách a střednědobých odvykacích léčbách.
- Zvýšení kapacity a podpora programů bydlení pro uživatele návykových látek a další opatření v oblasti jejich sociální stabilizace (pracovní uplatnění).
- V rámci výkonu trestů nespojených s odnětím svobody (např. domácí vězení, obecně prospěšné práce) a výkonu uložených ochranných opatření, ale i v detenčních ústavech a ve věznicích, podpořit preventivní a léčebné programy určené osobám s adiktologickou poruchou nebo rizikem vzniku adiktologické poruchy.
- Zvyšování kvalifikace a odbornosti pracovníků pracujících v adiktologických službách. (Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027)

Adiktologické ambulance provozují nemocnice i neziskové organizace

Adiktologická ambulance poskytuje ambulantní, poradenskou, preventivní a edukativní péči. Nabízí možnost využití krátkodobé intervence pro osoby závislé na návykových látkách, alkoholu či pro osoby, které experimentují s drogami. Zabývá se

i dalšími závislostmi, jako je gambling nebo závislost na internetu. Ambulance je prvním místem kontaktu klienta, který je pak předán do další péče. Program léčby je pro všechny osoby bez rozdílu věku. Hlavními službami jsou individuální a párové poradenství, adiktologická a psychosociální edukace, včasná diagnostika a krátkodobá terapie. Ambulance doporučují kontakty na další typy odvykací léčby. Pokud je to pacientem požadováno, komunikují s jinými zdravotnickými zařízeními, ale také s úřady, soudy, policií. (<https://www.adiktologie.cz/adiktologicka-ambulance>)

Příklady neziskových organizací, které se zabývají následnou péčí o drogově závislé:

- Laxus, o.p.s.
- Magdaléna o.p.s.
- Drop in
- Progressive o.p.s.
- DROP IN
- Sananim, z.ú.
- Linky důvěry

Uživatel drog se své závislosti nebo nadměrného užívání drog nemůže zbavit sám, ale potřebuje pomoc odborníků. Takovou pomoc, radu i následnou péči poskytují střediska pro drogově závislé, ambulantní centra, kontaktní centra i linky důvěry. Tato zařízení poskytují potřebné poradenství nejen uživateli OPL, ale i jeho rodině, která člověku se závislostí může pomoci v léčbě a následně k návratu do společnosti. Pomůže také v motivaci absolvovat léčbu na specializovaných odděleních psychiatrických léčeben nebo v různých terapeutických komunitách, které poskytují nestátní neziskové organizace. (Vágnerová, 1999)

6. Kdo je mladistvý?

6.1 Dle Zákona

Dle Zákona č. 218/2003 Sb. o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy, o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže)

§ 1

Účel zákona a jeho vztah k jiným zákonům

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

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

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

§ 2

Vymezení některých pojmů

(1) Není-li zákonem stanoveno jinak, pak se rozumí

- a) mládeží děti a mladiství,
- b) dítětem mladším patnácti let ten, kdo v době spáčení činu jinak trestného nedovršil patnáctý rok věku,
- c) mladistvým ten, kdo v době spáčení provinění dovršil patnáctý rok a nepřekročil osmnáctý rok svého věku; má se za to, že mladistvým je i ten, kdo

v době spáchání provinění dovršil patnáctý rok věku, ale u něhož není možné bez důvodné pochybnosti určit, že v době spáchání provinění překročil osmnáctý rok věku. (Zákon č. 218/2003 Sb.)

6.2 Dle biologie

Podle biologie člověka se věkové období mezi patnáctým a osmnáctým rokem života nazývá adolescence, období dorostového věku, tedy období mladistvých. V tomto věku již bylo dosaženo plné sexuální zralosti, ale plná fyzická a psychosexuální zralost nastupuje až ve 21 letech. Tím také končí růst těla do délky. (Novotný, Hruška, 2015)

6.3 Dle psychologie

Dle psychologického slovníku je mladistvým jedinec, který je ve věku od 15 do 18 let a je trestně odpovědný. (Hartl, Hartlová, 2000)

6.3.1 Specifické vývojové problémy dospívajících

Rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí

Tělesný růst a pohlavní zrání v dospívání s sebou přináší hormonální změny. U adolescenta můžeme pozorovat větší či menší kolísavost nálad, emoční labilitu a přecitlivělé reakce i na běžné podněty. Jeho prožitky i naladění bývají i pro něho nepříjemné, ale není schopen si sám vysvětlit jejich příčinu, a proto reaguje podrážděně a rozmrzele, což působí rušivě na jeho sociální okolí. (Vágnerová, 2000)

Rozpor mezi rolí a statusem

Sociální rolí rozumíme zpravidla chování, které odpovídá pozici člověka ve společnosti (pozice otce, manžela, lékaře). Sociální status je soubor práv a povinností, které určují postavení člověka ve společnosti. Od dospívajících, kteří už jsou téměř zralí fyzicky, se očekává plně odpovědné a vyspělé chování, jenže jejich status je zatím nízký, jsou kontrolováni rodiči a jsou ještě v postavení, kdy musí poslouchat. Rozpor role a statusu se vyskytuje i mezi dospělými, kteří se podílejí na výchově, učitel, rodič, vychovatel a mezi jejich postupy k mladistvému. Nezkušený vychovatel neví, jak přesně s dospívajícím zacházet a jednat, zda jako s dítětem nebo už dospělým. Mladiství

tuto nejednotnost sledují a cítí se nespokojeni s omezeními. (Langmeier. Krejčířová, 2018)

Rozpor mezi chováním mladistvého a vnější společností

Citové vztahy v rodině a v širší společnosti jsou konfliktem po celou dobu vývoje dítěte, v dospívání se však vyostřují. Adolescence patří k nejobtížnějším stadiím ve vývoji dítěte, což dokazuje i vysoký výskyt kázeňských přestupků, delikvence, a dokonce i duševních poruch a sebevražd. Dospívající by v tomto věku měl dostatečně spát zdravě jíst, v klidu dodržovat denní režim a hygienická pravidla, ale často tato pravidla hrubě zanedbává, což jeho okolí málokdy chápe. I když jsou na rodičích stále závislí, ve společnosti kamarádů jsou kritičtí, vzdorují a ke svým vychovatelům zaujímají silácké postoje. (Čáp, 1993)

7. Od návyku k závislosti

7.1 Návyk

Z historie lidstva je patrné, že člověk má již od nepaměti přirozenou potřebu dostávat se do stavu, ve kterém může najít formy zážitků, které v realitě nezíská. Přirozená lidská potřeba překračovat hranice, hledat cesty do neznámých světů a zkoumat nové a nové věci, je snahou vymanit se ze stereotypů. Je tím i touha po extázi, dostat se mimo sebe sama, přání vymanit se z vlastních omezení. Návyk je tedy jednou z mnoha možností různých variant lidského chování v konkrétních situacích. (Göhlert, Kühn, 2001)

Návykem rozumíme toleranci k droze. To znamená, že stále stejné množství aplikované drogy má stále slabší účinek na jedince, a proto aby dosáhl stejného účinku, musí drogu konzumovat ve větších dávkách a v kratších intervalech mezi užitím. (Novotný, Hruška, 2015)

Společným znakem každého návyku je mechanismus vlastního odměňování. Uživatelé drog je používají, aby své pocitové stavy v podstatě zmanipulovali. Potlačují nepříjemné nebo vyvolávají příjemné pocity. Mladiství jsou ohroženi tím víc, že jejich hlavním úkolem mezi vrstevníky je „povinnost“ se bavit. Drogy jim pomáhají odstranit obavy, strach a zlobu, dodávají sebevědomí a novým způsobem rozšiřují pohled na svět. Dosažení pocitů štěstí, lásky, přátelství, osvobození od strachu nebo úzkosti můžeme samozřejmě i bez drog. Tuto cestu se však musíme naučit. Pro žádného člověka není snadné dosáhnout toho, aby byl milován, nacházel uznání a přiměřeně prosazoval své zájmy. Člověk, který chce žít spokojeně s ostatními, musí se naučit dělat kompromisy, postavit se nepříjemnostem, naučit se zodpovědnosti a někdy se i vzdávat. (Göhlert, Kühn, 2001)

Uživatel drog si opatří pozitivní zážitky chemickým ovlivněním svého mozku, aniž by pro ně musel něco udělat, ale návyk na drogu mění jeho životní styl. Tato osoba ohrožená závislostí propadá užívání nějaké substance, aby touto cestou zažila pocit, že je někým přijímána a akceptována. Je to uměle vytvořený svět, protože většině uživatelů drog je zatěžko, aby se s ostatními vypořádali přiměřeně, přijímali kritiku a žili v sociálně nezávadném společenství. Droga ovšem v jejich životě zabírá stále více prostoru, a nakonec zbývá jen ona. Z návyku se stává závislost. Závislý člověk

neplánuje budoucnost, neuvažuje o ní a ani o ní nechce nic vědět. Soustředí se pouze na přítomnost a snahu obstarat drogu jakýmkoli způsobem. (Vágnerová, 1999)

7.2 Vznik závislosti

Syndrom závislosti vzniká, když užívání nějaké látky má u jedince vyšší prioritu než jiné jednání. Je to často silná touha užívat psychoaktivní látky. Návrat k užívání těchto látek po období abstinence většinou vede k rychlejšímu vzniku opětovného syndromu závislosti. Tento syndrom může být přítomen pouze pro jednu látku nebo pro řadu různých látek. Diagnóza závislosti by se měla stanovit, pokud v průběhu jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících ukazatelů: (Nešpor, 2011)

Závislost vzniká, když během posledního roku byla splněna tato kritéria:

- silné nutkání používat návykovou látku
- neschopnost kontrolovat začátek, ukončení a množství používané látky
- užívání návykové látky ke zmírnění abstinčních syndromů
- větší rozvoj tolerance
- omezený úsudek o vlastním chování při zacházení s návykovou látkou
- častější zanedbávání ostatních dříve preferovaných zájmů
- pokračující užívání návykové látky přes dokázané škodlivé psychické, tělesné či sociální následky. (Nešpor, 2011)

Nelze přitom předem rozpoznat osobnost, která je k užívání drog a případné závislosti předem určena. Každý člověk se na droze může stát závislým. Rozeznáváme ale určité **rizikové faktory, které významně zvyšují riziko vzniku závislosti:**

- Současná stresová situace, která funguje jako spouštěč užívání.
- Nefunkční, rozvrácená nebo neúplná rodina.
- Rodina s příliš volným nebo naopak přehnaně tvrdým vyžadováním disciplíny.
- Rodina bez žádoucích citových vazeb.
- Chybějící pocit jistoty svého místa v sociálním společenství.
- Chybějící vazby na vhodné a přiměřené vrstevníky a kolektiv.
- Závislost v rodině.
- Abúzus léků či alkoholu nebo jiné návykové chování v rodině.

- Neúspěch ve škole a z něj pramenící nižší úroveň vzdělání.
- Vliv party, společenství či subkultury, kde je užívání drogy normou.
- Městské prostředí, kde je dostupnost drogy snadnější.

Toto jsou obecné faktory, ke kterým se přidávají i určité psychické dispozice, které jsou pro uživatele drog charakteristické a které zvyšují pravděpodobnost vzniku závislosti. (Wágnerová, 1999)

Psychické dispozice, které se týkají:

- Jedinců s nedostatečným emočním prožíváním, kteří snadno podléhají stresu, hůř se orientují v problémech a těžko hledají cestu k jejich adekvátnímu řešení.
- Jedinců, kteří se obtížně orientují ve vlastní situaci, s negativním sebehodnocením a nízkou sebedůvěrou.
- Jedinců s odchylkou v oblasti autoregulace, špatně hodnotící vlastní osobnost i aktuální situaci a okolní realitu, kteří mohou toužit po větším vzrušení, než jaké poskytuje běžný život.
- Jedinců, kteří mají tendenci volit stále stejné vzorce chování, které neodpovídají situaci, nepoučí se z vlastních zkušeností, což vede k dalším neúspěchům, které posilují větší frustraci. (Wágnerová, 1999)

Pro lidi s těmito dispozicemi je zatěžko zvládat i poměrně běžné situace. Tato neschopnost vyrovnat se s aktuální situací a najít přiměřené řešení může vyústit k užití návykové látky. Droga potom nahrazuje vlastní řešení nebo únik od problému. (Göhlert, Kühn, 2001)

Většina uživatelů s drogovou závislostí začala nejprve užívat alkohol, marihuanu, ecstasy nebo nikotin. Uživatel návykových látek včetně alkoholu ukazuje připravenost manipulovat pocitové stavy pomocí narkotik. S riziky možných zdravotních komplikací počítá a tuší je na pozadí toho, že se může lépe cítit, více se bavit a snadněji odstraní nepříjemné pocity. (Göhlert, Kühn, 2001)

Velké množství lidí je přesvědčeno, že k našemu životu by nemělo patřit nic negativního. Bolest, strach, nespavost, trápení i neočekávané, negativní události považujeme za zbytečné strasti, které musíme odstranit. Na všechna trápení máme svoji pilulku nebo pravidelnou konzumaci kávy, čaje, tabáku a alkoholu. Tato užívání patří

k našemu všednímu dni. Sami nejlíp víme, která z látek v danou hodinu dne nás povzbudí a co zklidní napětí. Drogy usnadňují kontakt s okolím a zmírňují nejistotu. Jejich konzumace slouží k tomu, aby uživatelé zvládali každodenní život právě tak, jako prostředek k regulaci úzkosti a stresu. Pokud tedy odsuzujeme uživatele drog, odsuzujeme tak v podstatě i sami sebe. (Göhlert, Kühn, 2001)

7.3 Závislost

Závislost je stav chronické nebo periodické otravy přírodní nebo syntetickou drogou, která je uživatelem opakovaně aplikována, přičemž dochází k akutní intoxikaci. Toto jednání poškozuje člověka i jeho okolí a vede k silné touze až nutkání látku znovu užít. (Hartl, Hartlová, 2000)

Závislost se přitom může vztahovat na jednu návykovou látku, na kombinaci s další návykovou látkou nebo na kombinaci několika návykových látek najednou. Závislost vede k narušení osobnosti, k poklesu výkonnosti a často i ke snížení inteligence. V důsledku chronického nebo akutního působení psychotropní látkou dochází k poškození centrálního nervového systému, a tak ke změně osobnosti. Tyto otravy drogami jsou choroby, které zasahují mozek, a proto je v systému klinické psychiatrie řadíme k psychózám s psychosomatickými příčinami. (Göhlert, Kühn, 2001)

7.3.1 Druhy závislosti

Polymorfni toxikomanii se v literatuře označuje vícečetné užívání drog, což znamená, že někteří závislí na OPL užívají více návykových látek zároveň. V legální oblasti může jít o alkohol a nikotin. V ilegální oblasti může jít o THC a pervitin. Polymorfni toxikomanie nastává, jestliže uživatel návykové látky po delší dobu užívá hlavní drogu jako třeba heroin a později, například v důsledku chybějících finančních prostředků tuto drogu vymění za levnější pervitin, přičemž mezi jednotlivými dávkami užívá THC. Uživatelé drog užívají celou škálu legálních a nelegálních drog. Mohou vyměňovat jeden typ drogy za jiný. Polymorfni užívání drog lze rozdělit na chaotické užívání drog, které jsou právě dostupné, a systematickou kombinaci drog pro dosažení optimálního účinku. (Göhlert, Kühn, 2001)

Ve vztahu k závislosti hovoříme o psychické a fyzické formě. Psychická závislost, která nastává vždy jako první, představuje základ terapie v psychoterapeutickém smyslu a měla by být chápána jako základní chování podmíněné situací. (Kalina a kol., 2003)

Psychická závislost se vyjadřuje jako nepotlačitelná touha užívat psychotropní látku pro její povzbuzující, euforizující, stimuluující nebo také tlumivý a halucinogenní účinek. Touha získat drogu všemi prostředky a užít ji je tak silná, že uživatel nemá šanci jí odolat. Proto uživatelé páchají kriminální činy pro získání finančních prostředků, potřebných k získání drogy. Psychická závislost vzniká určitým druhem návykové paměti, která se vícenásobným použitím vytváří v mozku a funguje právě tak, jako kdybychom se učili nazpaměť básničku. Chemické látky vytvářejí v mozku cestičku k transportu informací, které si uživatel zapamatuje a s každým dalším užitím je prohlubuje. Díky nim touží zažít znovu a znovu pocit opojení, což svádí k častějšímu užívání, a nakonec vede k psychické závislosti. Uživatel si může být zcela vědom, že při škodlivém užívání dochází k jeho tělesnému nebo duševnímu poškození, ale bažení po návykové látce je silnější. (Nešpor, 2011)

Bažení, je silná touha k pravidelnému a opětovnému užití drogy, je jedním ze znaků syndromu závislosti. Odborně také craving. (Kalina, 2008)

Tělesná závislost se projeví při absolutní nebo relativní abstinenci, tedy když uživateli úplně chybí droga nebo je její dávka příliš malá. Dochází přitom k mučivým abstinenciím příznakům. Základem je fakt, že si biorytmus uživatele velice rychle zvykne na cizí látku a po určité době může fungovat jenom s ní. Z cestičky je tak v mozku postavena dálnice, která ke svému provozu látku nutně potřebuje. Mozek na ni vše nastavil a začal se projevovat fenomén tolerance. Pokud látka chybí, zhroutlí se celý biorytmus a dochází k abstinenciím příznakům. Protože tolerance k droze se neustále zvyšuje, musí uživatel tělu dodávat stále více látky, aby dosáhl stejného účinku. Tento ukazatel je přítěžujícím faktorem závislosti. (Göhlert, Kühn, 2001)

Akutní intoxikace je přechodný stav po užití psychoaktivních látek. Výsledkem jsou změny ve fyziologických, psychických nebo behaviorálních charakteristikách člověka. Účinek jakékoliv látky se u jednotlivých uživatelů liší v závislosti na dávce, okolnostech užití a stavu organismu i psychiky před užitím. (Miovský a kol., 2008)

Tělesné abstinenční příznaky mají více klinických znaků. V každém případě vyžadují lékařský zásah. Projevují se při odnětí uklidňujících drog, například opiátů, alkoholu, barbiturátů, benzodiazepinů, betablokátorů a mohou se projevit i u otrav aktivizujícími drogami a antidepresivy. Tlumivé znaky se vyskytují při otravách opiáty, alkoholem, benzodiazepiny, rozpouštědly a beta-blokátory. (Göhlert, Kühn, 2001)

7.3.2 Klinické znaky tělesných abstinenčních příznaků

Znaky aktivace

- Stupeň 1: vyražení potu, zvýšená dráždivost, rozšíření zornic, zvýšené reflexy, zvracení, nevolnost, průjmy
- Stupeň 2: zmatenost, horečka, vysoký tlak a bušení srdce
- Stupeň 3: psychotické znaky, poruchy vědomí, poruchy srdečního rytmu
- Stupeň 4: záchvaty křečí, šok, ztráta vědomí až kóma a ohrožení života

Tlumivé znaky

- Stupeň 1: zákal vědomí – omámenost, spavost
- Stupeň 2: zákal vědomí – kóma, pokles krevního tlaku
- Stupeň 3: kóma ochrnutím dýchání
- Stupeň 4: poškození mozku, postupně bez reflexů, schází obrana proti bolesti, pokles dechové frekvence, krevního tlaku, tepu, ohrožení života. (Göhlert, Kühn, 2001)

7.3.3 Léčba tělesné a psychické závislosti

Tělesnou závislost můžeme během dvou až čtyř týdnů přiměřenou lékařskou péčí překonat. Psychická závislost podle klinické psychiatrie přetrvává celý život. Tři základní typy léčby:

- Léčba s farmakologickou podporou,
- Abstinenčně orientovaná léčba
- Detoxikace

K těmto třem typům je často využívána podpůrná léčba, která se nazývá substituční. Substitucemi jsou lékařem předepsané látky, které částečně nahrazují

účinky nelegálních OPL. Další důležitou pomocí ve zvládnutí závislosti je pomoc jedinci se začleněním do společnosti. (Fischer, Škoda, 2008)

7.4 Různé typy závislostí

Světová zdravotnická organizace stanovila také rozdělení typu závislosti. U uživatelů vznikají typické znaky užívání různých chemických substancí, které mohou být všechny shrnuty do různých typů závislosti. Typy závislostí se dělí na takzvané excitační, tedy aktivující – stimulancia. Rozeznáváme také uklidňující typy - sedativa. (Göhlert, Kühn, 2001)

Stimulancia

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

Sedativa

- opiátový typ
- benzodiazepinový typ
- barbiturátový/alkoholový typ
- nikotinový typ

7.4.1 Kdo je ohrožen závislostí na drogách?

Závislostí na drogách jsou ohroženi zvláště mladiství. V jejich životních hodnotách nabývá na významu skupina jejich vrstevníků. Tito mladí lidé v tomto věku často nebývají ochotni přijímat doporučení preventivních programů. Často chtějí diskutovat, testovat hranice možností a sami vyzkoušet účinky návykových látek. (Nešpor, Csémy, Pernicová, 2011)

Jedná se o třífaktorovou strukturu osobnosti. Třífaktorovou proto, že drogu, jedince a sociální prostředí musíme vidět jako jednotu. Ve vývoji závislosti nejde pouze jen o jednu příčinu. Je to souhra různých faktorů z okruhu osoba, droga a prostředí, které se u člověka projevují negativně nebo pozitivně. Například silný nebo slabý pocit sebehodnocení, nekritický nebo kritický postoj k drogám mohou být rizikem, nebo

naopak ochranou před rozvojem závislosti. Převaha faktorů podporujících užití drogy uvádí do chodu osudný koloběh. U jiných lidí, kteří nekonzumují drogy, jsou ochranné faktory před užitím drogy silnější než faktory rizikové. Tím může být například kladné sebehodnocení, pozitivní vztah k přátelům, kteří neužívají drogy, povědomí o budoucím povolání nebo smysluplné zájmy v trávení volného času. (Göhlert, Kühn, 2001)

Dítě, kterému od nejranějšího věku chyběla pozornost a láska vychovatelů, vykazuje malou schopnost pro soucit a identifikaci s druhými. Takovému dítěti chybí interpersonální vřelost a v pozdějším věku přestane očekávat uznání či zájem dalších lidí, přičemž mu okolní svět může připadat nepřátelský a nebezpečný. Taková deprivace může vyústit až v delikventní chování, přičemž stoupá i riziko užívání OPL. (Koudelková, 1995)

Podstatným rizikovým faktorem rozvoje závislosti na návykových látkách je porucha sebehodnocení mladistvého. V tomto případě chybí sebejistota při styku s ostatními vrstevníky i dospělými provázená nedostatkem důvěry ve vlastní schopnosti. Schopnost vystupovat se sebejistotou při konfliktech, strachu a napětí je nepatrná. Průvodním znakem absence sebejistoty jsou frustrace, které se nedají snášet po delší dobu. Východisko mladistvý nachází v konzumu drog. Lékařské pojmy jako „odklad odměny“ a „negativní prožitek“ jsou přitom velmi důležité. Mladiství se jen těžko zabývají sami sebou, neumí najít vnitřní motivaci k vlastní aktivizaci a jejich zábava je většinou pouze pasivní. Ve svém volném čase se potloukají po sídlištích s mobilním telefonem v ruce a všechno jim připadá nudné. Často střídají koníčky nebo nemají žádné. Převládají pouze povrchní zájmy, jako jsou například značky výrobců oblečení nebo elektroniky. Hlubší zájmy úplně chybí. Škola je otravuje, o budoucím povolání nemají žádnou představu. Spoléhají na to, že konkrétní plány jim předloží rodiče nebo škola. Rezignace na školu, rodiče, budoucí povolání i koníčky spojuje názor mladistvých, že to všechno stejně nemá smysl. Tento přístup je typickým znakem mladistvých zvláště ohrožených užíváním návykových látek. (Göhlert, Kühn, 2001)

7.4.2 Jak se staví okolí k drogám?

Setkání se s užíváním drog v okruhu vrstevníků je dalším rizikovým faktorem. K němu patří i aktuální vzor příslušné skupiny, která aktivně zneužívá návykové látky.

Když se mladý člověk do takové skupiny dostane, jeho pocit méněcennosti ho žene k užívání návykové látky. V tu chvíli nezáleží na tom, jestli jde o skupinu zneužívající alkohol, marihuanu nebo další látky. Nováček zkusí nejdřív alkohol, ve skupině mezi kuřáky marihuany vyzkouší marihuanu také. Vliv party, která podporuje užití návykové látky je stejně tak nebezpečný, jako je nebezpečný nekritický postoj rodičů k alkoholu. V domácím prostředí se z jeho konzumace jen zřídka dělá problém a ve skupině uživatelů s kritikou užívání jistě nepřijde nikdo. (Göhlert, Kühn, 2001)

Aktuální krize

Charakteristické pro dospívající mladistvé je emoční nestabilita, nápadné a časté změny nálad, impulzivita jednání, nepředvídatelnost a nestálost reakcí a životních postojů. Malá schopnost koncentrovat pozornost díky emoční nestálosti často ztěžuje učení a dochází tak k výkyvům ve školním prospěchu, na který je právě v tomto období kladen zvýšený důraz. (Langmeier, Krejčířová, 2018)

Zvláště ohrožení vznikem závislosti jsou mladiství, kteří zažili přerušování vztahů. Jedná se o mladistvé, v jejichž dětství a dospívání hrálo podstatnou roli přerušování nějakého významného vztahu. To znamená především odloučení od jednoho nebo obou rodičů, odloučení od přátel mezi vrstevníky nebo změna známého prostředí, ve kterém dítě vyrůstalo. Mezi důvody, které tato odloučení způsobují, patří onemocnění, nehody, smrt blízké osoby, ale také méně dramatické události jako přestěhování rodiny do jiného města, změna základní školy a tím konec vztahu s přáteli. Podstatným mezníkem může být rozvod rodičů a změna fungování domácnosti v době začínající puberty mladistvého. V tomto období má člověk o obrazu sebe sama značně zkreslené představy, a proto je jeho přesazení do nového prostředí spojeno s nejistotou a ztrátou orientace, s čímž se právě dospívající člověk jen těžko vyrovnává. Nelze z toho samozřejmě vyvodit, že při jakékoli události tohoto druhu se z dítěte stane uživatel drog. (Göhlert, Kühn, 2001)

7.4.3 Rizikové faktory k rozvoji závislosti

- Porucha sebehodnocení
- Postoj bezprostředního okolí k návykovým látkám
- Náhlé ukončení některého zásadního vztahu v dětství a dospívání

Příslušným pravidlům o správném a nesprávném užívání se učíme už od dětského věku pozorováním svého výchovného vzoru. Tím jsou většinou rodiče nebo jiní vychovatelé, jejichž důležitým úkolem je rozpoznat vnější znaky závislosti, které se u dítěte při užívání OPL začnou projevovat. (Miovský a kol., 2008)

Všeobecné vnější znaky závislosti

- Změna okruhu přátel
- Snížená komunikace s dalším sociálním prostředím
- Změna denního rytmu (v noci je aktivní, ve dne unavený)
- Zvýšená potřeba peněz bez viditelných nákupů
- Zhoršení prospěchu ve škole, přitom dává vinu druhým
- Častá onemocnění nebo poranění na nezvyklých místech
- Zanedbávání vnějšího zjevu, dítě je vzhledově nezdravé
- Změna osobnosti
- Kolísání nálad
- Nesoustředěnost, neschopnost pozorně naslouchat

Tyto znaky je možno pozorovat u konzumentů drog. Je to takzvané škodlivé užívání psychoaktivní látky, při kterém dochází k poškozování zdraví. Užívání začíná většinou mezi dvanácti a čtrnácti lety, v ojedinělých případech i dříve. Od první zkušenosti s drogou až k úplné závislosti většinou uplyne několik let, protože návyk se vytváří postupně. Osobní krize může vznik závislosti urychlit. (Fischer, Škoda, 2008)

Rodiče by si měli uvědomit, že dítě potřebuje uznání a potvrzení svých kvalit. Samo sebou si není jisté. I malá kritická poznámka může vyvolat silné pochybnosti o sobě a posílit tak negativní sebehodnocení. Taková poznámka není dítětem brána jako konstruktivní kritika jeho chování, ale jako ohrožení jeho osoby. Vyvolává v něm silnou úzkost a strach, že bude opuštěno, nemilováno a bez pomoci. Jeho schopnost vyrovnat se s nepříjemnými pocity je totiž jen nedostatečně vyvinuta. Užití drogy se mu pak může zdát jako jediná možnost vyhnout se frustrujícím situacím a pocitům. Droga umožňuje vytěsnit nepříjemné pocity a uniknout každodenní realitě, přestože by jí člověk měl být vystaven. Oslabuje se přitom zatím aktivní schopnost zvládat problémy a změny nálad.

Každý dospívající člověk se přirozeným způsobem odpoutává od rodičů. Tento proces je spojen se získáním uznání od skupiny vrstevníků. Nebezpečí nastává, když se mladistvý setkává s vrstevníky, kteří posilují jeho protest a utvrzují ho v jeho vyřazenosti z většinové populace. Mladistvému tím dodávají pocit, že je v jejich skupině přijímán a že někam patří. Nedostatečný pocit vlastní sebehodnoty ho utvrdí v tom, že návykovou látku od svých vrstevníků přijme za svou. (Röhr, 2013)

Mladí lidé se díky euforizujícím látkám cítí jistější a silnější, z čehož vznikne návyk, poté zvyk, a nakonec závislost na droze. V každé situaci, která ho sebeméně frustruje, sáhne po droze. Jeho výkony ve škole jsou stále slabší. Dosavadní volnočasové aktivity se omezily na konzumaci a obstarání drog. Poté se mladistvý už jen tak potlouká nebo sedí před televizí. Ztratil schopnost sám něco aktivně začít, protože ho všechno otravuje. Kritika okolí způsobuje jeho podrážděné reakce, přičemž popírá každý problém. Poté se dostaví vznětlivost, podrážděnost, odmítání, vyhýbání se zodpovědnosti – to jsou vzorce chování, které mohou znamenat ohrožení mladistvého vznikem závislosti. (Göhlert, Kühn, 2001)

7.4.4 Ztráta kontroly nad užíváním

Dospělý člověk potřebuje k vytvoření závislosti na návykových látkách často roky nebo desítky let. Dospívající člověk si závislost na OPL vytváří podstatně rychleji, a to řádově během měsíců. U mladistvých existuje vyšší riziko těžkých otrav díky nižší toleranci, menší zkušenosti a sklonu k riskování. Zároveň se zde vyskytují tendence zneužívat širší spektrum návykových látek, přecházet od jedné ke druhé nebo užívat více látek současně. Recidiva závislosti je u dětí a dospívajících častá, avšak dlouhodobá prognóza může být příznivější, než jak naznačoval bouřlivý průběh v minulosti. Důvodem je přirozený proces dospívání a zrání, který je důležitým spojencem ve snaze léčit závislost. (Nešpor, 2011)

8. Sebeпоškozování

Komplexní autoagresivní chování, které nemá fatální následky, protože jeho cílem na rozdíl od sebevraždy není smrt, lze chápat jako odpověď na jinak nezvládnutelný a chronický stres. Psychiatrie tuto autoagresivitu označuje jako sebeпоškozování. Je to psychická porucha, agresivní chování člověka, které je nasměřované proti sobě samému a které může vykazovat znaky suicidiálního jednání. Mnozí lidé si myslí, že hlavním cílem je sebevražda. Bylo však vědecky prokázáno, že se tito lidé nechtějí úmyslně zabít. Ulevují si tím od svých problémů. (Platznerová, 2009)

Záměrné sebeпоškozování je specifickým typem poškozování. Nelze jej srovnávat se suicidiálním chováním či jiným rizikovým chováním. Záměrné poškozování lze rozdělit do dvou hlavních skupin sebetrávení (předávkování) a sebezraňování. Pro sebetrávení je typické požití většího množství léků, alkoholu, drog nebo nápojů či substancí nepoživatelného původu se záměrem poškodit si své tělo. (Kriegelová, 2008)

Sebeпоškozování, sebezraňování neboli automutilace je aktem autoagrese. Je to chování, u kterého není záměrem vlastní smrt, ale poškození a narušení tělesné integrity. Nejčastěji se objevuje v období adolescence, častěji u dívek než u chlapců. Pokud jsou osoby psychicky nemocné, souvisí jejich sebeпоškozování s jejich vážným stavem, mohou se úmyslně zranit pod vlivem bludu či halucinace. Sebeпоškozovat nevědomě se mohou osoby s mentálním postižením, kteří tlučou hlavou o zeď, kousají se, či jinak sebeпоškozují. Pokud člověk psychicky nemocný není, bývá sebeпоškozování cestou pro získání „něčeho“, např. vyhnout se nějaké pro ně nepříjemné situaci či povinnosti. (Fischer, Škoda, 2014)

Ve společnosti se o tomto problému neví mnoho, potýká se s ním ale mnoho osob. Nejčastěji jím trpí dospívající a osoby mladého dospělého věku do 35 let. Z toho dvě třetiny pacientů této věkové skupiny jsou ženského pohlaví. Opakování sebeпоškozování u lidí mezi 25 a 49 lety se vyskytuje především u pacientů z nižších sociálních vrstev, kteří jsou nezaměstnaní a rozvedení, nebo jsou závislí na drogách, alkoholu a trpí pocity beznaděje a bezmoci, nebo prošli výkonem trestu odnětí svobody. Může jít i o osoby, které prožily nějakou traumatizující životní událost. V menší míře se poškozují i lidé staršího věku, ale důsledky bývají daleko závažnější. Jejich jednání se často klasifikuje na hranici sebevraždy a odhaduje se, že jeden z pěti poškozujících se starších pacientů sebevraždu dokoná. (Platznerová, 2009)

Každý poškozující se pacient toto sebezraňující chování opakuje, vede ho k němu neodolatelná touha, je návykové. Mnozí z nich přirovnávají svoje jednání k drogové závislosti, prožívají nutkavé pocity poškodit se, přičemž cítí potřebu frekvenci i závažnost sebepoškozování neustále zvyšovat. Prožívají totiž psychickou bolest, se kterou se nedokážou vyrovnat a tím, že si způsobí bolest fyzickou, si vlastně uleví. Někteří z nich uvádí, že při pořezání cítí, jak jim psychický tlak odtéká spolu s krví. Tito pacienti vykazují spoustu predispozic k sebepoškozování. Trpí depresemi, chronickými úzkostmi, sami sebe nemají rádi, a proto se znehodnocují, potlačují zlost a vztek mají nejčastěji na sebe, neplánují do budoucna, jednají v souladu se svou momentální náladou, těžko zvládají odmítnutí, jsou impulzivnější, vyhýbavější, cítí se slabí a bezmocní ve zvládnutí svého života. (Platznerová, 2009)

Sebepoškození se kromě automutilace označuje také jako sebezrazení nebo autodestrukce. Dochází k němu pomocí například řezání použitelnými nástroji do různých částí těla nebo polykání předmětů různých tvarů a velikostí. Mezi sebepoškozování do roku 1969 patřilo také tetování. Rozlišujeme automutilaci účelovou, která se praktikuje pro dosažení určitých výhod, například v minulosti vyhýbání se základní vojenské službě. Dále rozlišujeme automutilaci, která je příznakem duševní choroby, která může být způsobena mentální retardací, ale taky užíváním drog a akutní intoxikací. (Hartl, Hartlová, 2000)

Tyto poruchy mohou pocházet z dětství, obzvlášť pokud byla v tomto období osoba vystavena týrání nebo zneužívání, zanedbávání, odloučení od rodičů a následná samota. Pacient pochází z výrazně chaotického rodinného prostředí, kde se mu nedostalo rodičovské podpory, dále může jít o problém domácího násilí a tělesného týrání, o bulimii, u žen může jít i o nespokojenost s vlastním tělem, nebo o sexuální zneužívání nebo znásilnění v dospělosti, alkoholismus nebo užívání psychoaktivních látek. (Platznerová, 2009)

8.1 Způsoby sebepoškozování

Způsobů sebepoškozování je nepřehledné množství. Mezi nejčastější patří řezání do různých měkkých částí těla. K tomuto účelu jsou většinou použity nůž nebo nůžky. Výjimkou ale nejsou ani břity na holení. Ke stejnému účelu jsou používány i kousky skel, porcelánových kachliček z koupelen, kusy drátů z oplocení, zlámané lžice,

odštěpky dřeva ze židlí. Dalším „oblíbeným“ způsobem je polykání různých předmětů. Dalšími způsoby sebepoškozování jsou například kousání do vlastních částí těla, škrábání, a dokonce i pálení. (Platznerová, 2009)

U sebezraňování pak dochází k různému poškození těla prostřednictvím řezání, pálení se, propichování, bití sebe sama, kousání se nebo trhání vlasů. Toto jednání však nemá suicidální podtón. (Kriegelová, 2008)

Sebepoškozování je znakem narušené osobnosti hraničního charakteru. Motivy pro sebepoškozování jsou různé, úleva od napětí, vztek na sebe sama. Formou sebepoškozování je pálení se, kousání se, řezání se nebo i předávkování se léky. (Fischer, Škoda, 2014)

8.2 Deprese a sebepoškozování

Jedna z nejčastějších psychických poruch, která sebepoškozování provází, je deprese. Tato porucha vede až k celkovému oslabení jedince. Z psychoanalytického hlediska je to reakce na ztrátu. Ať už je její důvod jakýkoliv, osoba na ni reaguje intenzivně, protože je pravděpodobně založena na obavě ze ztráty lásky rodičů. Je možné, že potřeby lásky jedince nebyly v dětství uspokojeny. Pozdější ztráta vede k jeho regresi do období, kdy se prvotní ztráta udála. Osoba v depresi tak vykazuje chování, které touží po lásce a bezpečí. Nízké sebevědomí a pocit méněcennosti pacienta vychází z dětské potřeby souhlasu rodičů. Člověk zraje a pocit vlastní pozitivní sebehodnoty by měl vycházet z vlastní úspěšnosti. Depresivní osoba je ale závislá na hodnocení svého okolí. Když se jí kladného hodnocení nedostává, upadá do depresivních stavů. Psychoanalytické teorie se pak zaměřují na ztrátu i závislost na souhlasu zvenčí a na vztek, který si už pacient zvnitřnil a který v agresi obrací proti sobě při automutilaci. (Atkinson, 1995)

8.3 Terapeutické metody v léčbě sebepoškozování

Terapeutické metody v léčbě sebepoškozování se v posledních letech zlepšily, jejich cílem je redukce touhy poškodit se a zlepšení kvality života včetně sociálního fungování pacienta. Základním a nekontroverzním postupem k léčbě sebepoškozování je respektující, chápající a diskrétní přístup k pacientům, což je základ každé dobré psychiatrické praxe. Každý pacient by měl absolvovat psychosociální vyšetření a jeho

lčba by se měla opírat o výsledky komplexní zprávy. Další podmínkou pro prvotní kontakt s pacientem je vytvoření prostředí, kde se bude cítit v bezpečí. To může být složité zejména u mladistvých. Tam by se terapeut měl zaměřit na jejich předvídatelnost, vlastní důslednost a strukturu vyšetření, přičemž je rozhodně důležitá vzájemná důvěra. Terapeut poté pomáhá pacientovi s vytvářením vlastních plánů na převzetí zodpovědnosti za vlastní chování, identifikuje spouštěče i fyzické podněty vedoucí k sebepoškozování. Pomůže mu zaměřit se na osoby, které mu v případě nutkání k sebepoškození poskytnou oporu, a na místa, kde se pacient cítí v bezpečí. Musí se vyhnout předmětům, kterými by se mohl poškodit. Tato doporučení pomáhají snížit rozsah a závažnost sebepoškození. Tento plán by mohl pomoci stav pacienta stabilizovat, přičemž mu poskytne podporu a strukturu následného chování. (Atkinson, 1995)

Při psychoterapii s klientem se terapeut musí vyvarovat přílišné lítosti, projevů zděšení, odsuzování nebo dokonce odporu. Obzvlášť důležité je, aby měl terapeut jasno v tom, jestli sebepoškozující jednání už není sebevražedným gestem. Každý z těchto problémů totiž vyžaduje jiný přístup k léčbě. (Atkinson, 1995)

Neméně důležitá je také následná péče, která by měla trvat minimálně tři měsíce v závislosti na závažnosti duševní poruchy klienta. Při ní je asi nejdůležitějším pravidlem, že musí být poskytnuta okamžitě, protože asi čtvrtina pacientů se po prvotní péči znovu poškodí do třech týdnů. Dalšími strategiemi, které pomáhají v léčbě, patří navštěvování pacienta v místě jeho bydliště a pozitivním faktorem také je, když následnou péči zajistí stejný lékař, který provedl vstupní vyšetření. Pokud existuje reálné riziko, že opět dojde k sebepoškození, prospívá možnost telefonického kontaktu klienta s lékařem, v případě potřeby léčba v domácím prostředí, a i kontrola pacienta v případě nedocházení na kontroly. Podle autorky publikace *Sebepoškozování*, aplikace těchto doporučení není příliš realistická. (Platznerová, 2009)

V přístupu k sebepoškozujícím se lidem je důležitý respekt k jejich psychickému rozpoložení. V jednání s nimi je důležité brát ohled na jejich lidskou důstojnost a zároveň je nutné vyjádřit jim uznání za pokroky a úspěchy v léčbě, čímž může být naplněna jejich potřeba uznání a pochopení. V péči o mladistvé uživatele drog je možno využít sebepoškozování jako negativní motivaci k zahájení boje proti závislosti. (Kopřiva, 2008)

Základní komunikační schopností terapeuta je navození a udržování klientova pocitu spojenectví, přičemž musí být kladen důraz na empatický, nehodnotící a neodsuzující přístup. Klient by měl být přesvědčen o terapeutově správném porozumění a pozorném naslouchání. (Vybíral, 2005)

9. Úvod do praktické části – výzkumné šetření

Pro hlavní část výzkumu byla zvolena forma polostrukturovaných rozhovorů s pěti odborníky z různých zařízení, která se zabývají problematikou drogově závislých mladistvých. Tyto rozhovory nebyly nahrávány a jsou anonymizovány, a proto nemůže být popsán přesný obsah rozhovoru. Tazatel si se svolením respondentů zapisoval poznámky k předem připraveným deseti základním otázkám a k otázkám, které vyplynuly z průběhu rozhovorů. Mezi odborníky, kteří byli dotazováni, byli ředitelé a vedoucí zásadních typů zařízení, která se danou problematikou zabývají. Tazatel všechny rozhovory provedl osobně po předchozí telefonické domluvě v místě výkonu práce respondentů. Všechny polostrukturované rozhovory proběhly v uvolněné a vzájemně vstřícné atmosféře. Výsledkem rozboru rozhovorů je kvalitativní výzkum, jehož analýza vychází z informací od určených jedinců.

Důležitým faktorem tohoto tématu jsou rodiče mladistvých drogově závislých. Otázkou je, co mohou dělat rodiče, jak se mají zachovat? Tato bakalářská práce se touto zásadní otázkou ve své praktické části zabývá. Rodiče by si především měli uvědomit, že pláč a zoufalost matky a agresivita otce jejich dítě od užívání drog ani v prvopočátku neodradí. Měli by se, už když je jejich potomek ještě ve fázi experimentování s drogami, vždy obrátit na odborná poradenská zařízení, která se danou problematikou zabývají. V praktické části práce bude vyhodnocen rozhovor s rodičem mladistvého uživatele OPL a odpovědi pěti odborníků, kteří se při své práci více či méně setkávají s drogovou problematikou mladistvých.

9.1 Metodologie

Pro vypracování bakalářské práce jsem zvolil metodu kvalitativní, zaměřenou na sběr dat. Technikou kvalitativní metody je rozhovor, což je „výzkumný prostředek používaný při dotazování, spočívající v přímé komunikaci výzkumného pracovníka s respondentem“. (Mareš, Průcha, Walterová, 2003, s. 202)

Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření, je to popis sociální reality. Jeho cílem je vytváření nových teorií. Kvalitativní výzkum je analýzou rozhovoru, které vedou k porozumění zkoumaného problému. (Švaříček, Šedřová 2014)

Pro výzkum bylo osloveno pět odborníků z různých organizací, kteří se s mladistvými užívajícími OPL mohou setkat nebo se následnou péčí o ně primárně zabývají. Tato bakalářská práce nabízí pohled těchto odborníků na danou problematiku a příklady z jejich dobré i špatné praxe.

Rozhovory s respondenty probíhaly od října 2019 až do února 2020. Respondenti souhlasili s poskytnutím rozhovoru ve všech pěti zařízeních, přičemž každému z nich byl vysvětlen průběh a důvod rozhovoru. Dále byli seznámeni s tím, že jejich identita bude anonymní a jejich informace plynoucí z rozhovorů budou použity pouze v této bakalářské práci.

9.2 Cíl práce

Cílem práce je zmapovat systém péče o drogově závislé mladistvé v ČR, což by mohlo pomoci rodičům, kteří zjistili, že jejich potomek užívá omamné a psychotropní látky. Zároveň ukazuje průvodní znaky užívání drog, kterým by rodiče měli věnovat pozornost a jejich výskyt nepodceňovat. Nabízí pohled rodiče mladistvého uživatele na zjištění, že jeho dítě užívá OPL.

9.3 Pohled rodiče

Z výpovědi rodiče vyplynulo, že žádný člověk se dopředu nedokáže připravit na zjištění, že jeho dítě užívá OPL. Každý rodič doufá, že jeho dítě nikdy návykové látky brát nebude. Tuto informaci následně potvrdili i odborníci v zařízeních, která se problematikou zabývají, a kteří se pravidelně s rodiči uživatelů setkávají. Rodič neví, jak v těchto případech postupovat, přičemž následují nejdříve například tresty fyzické a zákazy všeho druhu. Tato opatření nefungují, protože na užívání se často přijde až ve chvíli, kdy už se jedná o závislost. Teprve potom se rodič snaží obrátit na odborníky. Díky systému péče rodič může postupovat od prvního kontaktu např. se školním psychologem nebo dětským lékařem k dalším odborníkům. Přesto se mu nemusí podařit přimět dítě k abstinenci. Rodič jedná často impulzivně a následná péče o potomka, kterého ještě nedávno viděl jako malé dítě, je značně emotivní.

9.4 Praxe vykonávaná organizacemi při následné péči

Z rozhovorů s odborníky těchto organizací vyplynulo, že se snaží pomáhat mladistvému klientovi a jeho rodině. Snaží se, aby si uvědomil svoji současnou situaci, a současně definují prostor pro změnu a ukazují k ní cestu. Poskytují ujasnění životních priorit v hodnotovém žebříčku klienta. Podněcují jeho kreativitu a podporují proces jeho sebepoznání a uvědomění si daného problému. Z rozhovorů vyplynula spousta informací nejen o životě závislých uživatelů návykových látek v naší republice, ale také o životech lidí, kteří svůj život zasvětili pomoci právě uživatelům drog. Jejich práce pro ně není ani tak zaměstnání, jako spíš poslání.

9.5 Příklady „špatné“ praxe

Terénní programy veřejně prospěšných organizací poskytují uživatelům OPL bezplatnou výměnu injekčních jehel a dalšího materiálu od pevného k aplikaci drog. Velká většina většinové společnosti s tímto systémem nesouhlasí a viděla by raději všechny uživatele někde v izolaci. Neuvědomují si totiž, že výměna materiálu není jen bezplatnou pomocí drogově závislým, ale primárně slouží hlavně k ochraně veřejného zdraví. Uživatelé si totiž injekční jehly půjčovali, čímž mezi sebou šířili různá onemocnění, která by se následně přenesla mezi populaci, která OPL neužívá.

10. Průzkum postojů odborníků, kteří aktivně pracují se závislými mladistvými, k problematice následné péče

Tato část práce je zaměřena na vnímání drogové závislosti z pohledu vysokoškolsky vzdělaných odborníků, aktivně pracujících s mladistvými, kteří jsou ve fázi experimentu nebo jsou již na OPL závislí. Záměrem šetření, které bylo provedeno na základě polostrukturovaných rozhovorů s těmito odborníky, bylo zjistit, jaké možnosti mají rodiče ve chvíli, kdy nějakým způsobem zjistí, že jejich dítě experimentuje nebo již aktivně užívá návykové látky.

Dalším záměrem bylo zjistit, kterých sociálních vrstev se problematika drog týká, jak vypadá současná drogová scéna, jak se mladiství projevují a jaké jsou jejich postoje k užívání drog.

10.1 Cílová skupina

Cílová skupina respondentů je zastoupena ředitelkou ZŠ, vedoucím speciálním pedagogem - etopedem Střediska výchovné péče, ředitelkou ambulantního centra pro drogově závislé, kurátorkou pro mládež na Oddělení sociálně - právní ochrany dětí a vedoucím výchovy Výchovně léčebného oddělení pro děti ohrožené závislostmi.

Deset základních výzkumných otázek k rozhovorům

1. V jakém věkovém rozmezí jsou vaši klienti?
2. Kolik klientů v mladistvém věku máte v péči?
3. Kolik let je vašemu nejmladšímu klientovi?
4. Z jakých sociálních vrstev jsou vaši klienti?
5. Jaké druhy drog užívají vaši klienti?
6. S jakými zařízeními spolupracujete?
7. Kam by se, jako na první instituci, měli obrátit rodiče při zjištění, že jejich dítě bere drogy?
8. Jak pracujete s rodiči uživatelů?
9. Jaká je úspěšnost vašeho zařízení, co se týče recidivy mladistvých klientů?
10. Jaký způsob odvykání od závislosti na návykových látkách je podle Vás nejúčinnější?

10.2 Průběh rozhovorů

10.2.1 První rozhovor s ředitelkou základní školy

První rozhovor probíhal s ředitelkou základní školy. Cílem tohoto rozhovoru bylo zjištění, jakou metodiku má tato škola nastavenou pro případ zjištění, že některý z žáků zneužívá OPL. Na této ZŠ se případy, které se týkají drog, vyskytují ojediněle. Tento rozhovor trval necelou jednu hodinu. Schůzka byla domluvená s paní ředitelkou, která na mě čekala se svou zástupkyní a s metodikem školní prevence.

Před zahájením rozhovoru na základě připravených otázek jsem byl seznámen s tím, že škola užívání nelegálních látek svých žáků řeší na základě Minimálního preventivního programu, který má rozpracován na základě metodického pokynu MŠMT. Tento program stanovuje cíle a úkoly školy při realizaci prevence rizikového chování. Vychází z Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže, Národní strategie protidrogové politiky, Strategie prevence kriminality a Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže.

Za plnění tohoto programu je odpovědný metodik školní prevence, který spolupracuje nejen s vedením školy, ale i s ostatními pedagogy, se školním psychologem a s žáky. V případě potřeby se na něj mohou obrátit i rodiče žáků a stejně tak metodik prevence informuje rodiče o rizikovém chování jejich dětí. Jeho starostí není pouze užívání OPL žáky, ale i další sociálně patologické jevy, ke kterým patří například šikana, rasismus nebo i poruchy příjmu potravy.

Škola tento program každoročně upravuje na základě aktuálního stavu jako základní nástroj prevence. Nárůst sociálně patologických jevů včetně zneužívání návykových látek v populaci mládeže a dětí školního věku se stává celospolečenským problémem. Děti a dospívající patří k nejohroženější skupině. Proto je důležité poskytnout žákům co nejvíce informací o drogové problematice, naslouchat jejich problémům a otevřeně s nimi hovořit i na neformální úrovni.

Když jsem byl seznámen s Minimálním preventivním programem školy, paní ředitelka zodpověděla mé výzkumné otázky. Rozhovor byl zaznamenáván na připravený list papíru, z něhož jsem poté učinil přepis.

10.2.2 Druhý rozhovor s vedoucím speciálním pedagogem SVP

Druhý rozhovor byl domluven s vedoucím speciálním pedagogem Střediska výchovné péče, který ve středisku vykonává i funkci speciálního pedagoga - etopeda. Nejdříve mě už v úvodu rozhovoru seznámil s činností zařízení a upozornil na fakt, že drogová problematika jejich klientů je pouze okrajová. Středisko se zaměřuje na řešení obtíží týkajících se problémového chování dětí ve školním i v domácím prostředí. Zaměřuje se na pomoc dětem, jejich rodinám a úzce spolupracuje se školami i dalšími institucemi, které vstupují do výchovného procesu dětí a mládeže, nejčastěji s OSPOD.

Na ambulantní oddělení SVP se mohou obracet rodiče v případech, kdy potřebují poradit nebo třeba jenom konzultovat otázky týkající se problematických projevů v chování svých dětí. Poradenství může mít formu jednorázové telefonické intervence nebo osobního setkání jak v přítomnosti, tak bez přítomnosti dítěte.

Oddělení celodenní péče zajišťuje službu každodenní preventivně výchovné docházky, která trvá zpravidla 6 – 8 týdnů a realizuje se na doporučení ambulantního oddělení střediska nebo jiných spolupracujících organizací. Docházka do střediska se uskutečňuje od pondělí do pátku. Děti docházejí do střediska na dopolední vyučování a odpolední volnočasové aktivity, kde je zabezpečena i školní příprava. Docházka do oddělení celodenní péče je dobrovolná a klient by měl být opět co nejvíce motivován.

Internátní oddělení v prostředí SVP zajišťuje službu preventivně výchovného pobytu, který trvá zpravidla 6 – 8 týdnů a realizuje se na doporučení ambulantního oddělení nebo jiných spolupracujících organizací. Pobyt v zařízení je dobrovolný. Středisko uzavírá smlouvu se zákonnými zástupci dítěte, které se po ukončení pobytu vrací zpátky do rodiny.

Po obecných informacích o středisku odpovídal vedoucí SVP na mé dotazy. Rozhovor s ním probíhal v jeho kanceláři, v klidné atmosféře u kávy a byl opět zaznamenán a poté přepsán.

Po ukončení rozhovoru mě vedoucí SVP ještě provedl zařízením, kde mi ukázal kulturní místnost a dvě učebny žáků oddělení celodenní péče.

10.2.3 Třetí rozhovor s ředitelkou ambulantního centra

Třetí rozhovor jsem uskutečnil s ředitelkou ambulantního centra, které poskytuje sociální a adiktologické služby pro uživatele nelegálních drog, alkoholu, patologické

hráče a jejich blízké ambulantní formou. Před zahájením rozhovoru jsem byl seznámen se základními informacemi o centru a jeho práci.

Pro klienty, kteří absolvovali pobytovou léčbu, ambulantní léčbu nebo samostatně abstinují, nabízí centrum služby následné péče pro drogově závislé.

V současné době centrum dokáže měsíčně přijmout až dvacet nových klientů, přičemž každý měsíc vykonají cca 150 terapeutických sezení. Podle paní ředitelky je největší zájem nových klientů začátkem každého nového roku. Hodně uživatelů návykových látek, kteří se rozhodují přestat s užíváním, směřuje svá předsevzetí o abstinenci na nový rok.

Při příjmu klienta musí pracovník centra nejdříve zpracovat jeho celkovou anamnézu, která zahrnuje všechny oblasti osobnosti klienta. Terapeut musí nejdříve klientovi porozumět a na základě všech informací s ním poté může dále pracovat.

Do zařízení také ambulantně dochází klienti po podmíněčném propuštění z výkonu trestu odnětí svobody. Součástí dodržení podmíněčného propuštění z VTOS je právě ambulantní léčba, pokud byl VTOS nařízen za trestné činy spojené s užíváním OPL. V současné době dochází do centra jedenáct těchto klientů.

Terapeutická sezení probíhají ve dvou terapeutických místnostech, které jsou vkusně zařízeny ve stylu obývacích pokojů. Jsou vybaveny konferenčními stoly, pohodlnými křesly a pohovkami, aby se klient při terapii cítil co možná nejlépe a uvolněně. Na podlaze je položen koberec.

Rozhovor s ředitelkou centra probíhal v jedné z těchto terapeutických místností v klidné atmosféře nad sklenicí vody. Všechny odpovědi jsem si dopodrobna sepsal a v klidu doma jsem z tohoto záznamu provedl přepis.

10.2.4 Čtvrtý rozhovor s kurátorkou pro mládež na OSPOD

Čtvrtý rozhovor s kurátorkou pro mládež na OSPOD byl proveden v její kanceláři na základě předem domluvené schůzky. Rozhovor neprobíhal v příliš klidné atmosféře, protože při něm paní kurátorka musela vyřídit několik telefonátů. Přesto mě seznámila s činností celého oddělení a všemi jeho úseky.

OSPOD v péči o nezletilé uživatele drog spolupracuje s rodiči, se školou klienta, s PČR, se soudy, Diagnostickými ústavami, Terapeutickými komunitami, Detoxikačními

centry, Dětskými domovy se školou, s pediatri, s psychiatry, se Středisky výchovné péče a s výchovnými ústavy.

V současné době je nejmladšímu dětskému klientovi 12 let, OSPOD se o něj v případě dalších problémů bude zajímat až do jeho osmnácti let, ve výjimečných případech do devatenácti let.

Z rozhovoru s paní kurátorkou vyplynulo, že oddělení sociálně – právní ochrany dětí v případech, které řeší, zaujímá nezastupitelné místo v následné péči o mladistvé uživatele nealkoholových drog.

Přepis rozhovoru je uveden v příloze této bakalářské práce.

10.2.5 Pátý rozhovor s vedoucím výchovy VÚ

Pátý rozhovor s vedoucím výchovy výchovného ústavu se uskutečnil 14 dní po telefonické domluvě. Tento výchovný ústav se nachází zhruba 70 km od mého bydliště. Po příjezdu do zařízení mě vedoucí výchovy provedl objektem a seznámil mě s jeho činností i historií. Ukazoval mi společné prostory, které slouží zde umístěným chlapcům, kterých je v současné době 14, přičemž kapacita zařízení je 24. Provedl mě společenskou místností, kde pravidelně dvakrát denně probíhá terapeutická komunita. Vychovatelé i chlapci zde mají prostor k vlastnímu vyjádření, co pro ně za uplynulý den bylo přínosem nebo co se jim naopak nepovedlo nebo nelíbilo. Následovala společná jídelna a posilovna, kde chlapci zvyšují svoji fyzickou zdatnost. V zařízení mají k dispozici i prostor k hrám, jako jsou například elektronické šipky. Nedílnou součástí je i televize a počítač, kde je chlapcům umožněn přístup na sociální síť. Bylo mi umožněno prohlédnout si dvoulůžkové pokoje. Nakonec jsme prošli i venkovní prostory. Osamocené zařízení je umístěno na kopci v lesích několik kilometrů od okresního města, takže se zde prakticky nevyskytují útěky přímo ze zařízení. Chlapci se občas nevrátí z dovolenky u rodičů, na které mají nárok.

Ve výchovně léčebném oddělení pro děti ohrožené závislostmi a drogově závislé pečují o děti ohrožené závislostmi. Středisko není zaměřeno pouze na léčbu závislosti na omamných a psychotropních látkách, ale také na závislosti alkoholové a na gamblerství.

Děti, které jsou umíst'ovány na oddělení jsou ve věkové kategorii od patnácti do osmnácti let, ve výjimečných případech do devatenácti let. O uložení ústavní výchovy či předběžného opatření rozhoduje soud.

Poté následoval rozhovor podle připravených otázek v kanceláři vedoucího, jehož přepis je opět zaznamenán v příloze bakalářské práce.

10.3 Shodná zjištění vyplývající z rozhovorů

Ze všech pěti rozhovorů vyplynulo, že klíčovou a zásadní rolí v systému následné péče o drogově závislé mladistvé hraje OSPOD a dětský lékař. Pokud se rodiče nezletilých uživatelů rozhodnou obrátit se na odborníky po zjištění, že jejich dítě užívá OPL, mohou tak bez obav učinit právě u těchto odborníků, kteří jim poradí, jakým způsobem mohou pokračovat ve snaze zbavit dítě závislosti.

Respondenti se zároveň shodují v tom, že mladiství jsou velmi specifickou skupinou, protože oproti dospělým si dostatečně neuvědomují závažnost svého jednání. Z toho pramení, že motivovat mladistvé k léčbě není jednoduché.

Na odstranění syndromu závislosti mladistvého by se v co možná největší míře měla podílet i rodina uživatele, protože se tak zvyšuje účinnost léčby, čímž se snižuje možnost recidivy.

10.4 Předpoklady šetření

Předpokladem šetření bylo, že systém péče o drogově závislé mladistvé je v České republice kvalitní. Výsledkem šetření je, že systém péče je nejen kvalitní, ale i propracovaný a organizace, které se uživatelům OPL snaží pomoci, spolupracují na vysoké úrovni i přes to, že v systému péče o drogově závislé chybí finance.

Dalším předpokladem bylo, že služby všech zařízení jsou založeny na bezpečném a důstojném prostředí pro uživatele drog, což se také potvrdilo. Klienti mohou očekávat odborný a spolupracující personál, se kterým mohou navázat kvalitní spolupráci a zároveň se mohou spolehnout na zachování diskrétnosti a anonymity.

Třetím důležitým předpokladem bylo, že následná péče o drogově závislé mladistvé je podstatným článkem v boji proti užívání OPL dětmi, což potvrdili všichni dotazovaní odborníci.

11. Zkušenost se systémem následné péče otce náctiletého uživatele OPL

Vyhodnocením rozhovoru s rodičem náctiletého uživatele OPL bude nastíněno, jaké povědomí mohou mít zákonní zástupci dětí v případě zjištění, že jejich potomek užívá OPL.

Výzkumný vzorek rodiče pochází ze střední sociální vrstvy. Dítě se narodilo do úplné rodiny, ale manželství rodičů bylo následně po pěti letech rozvedeno. V rodině se nevyskytuje syndrom závislosti na OPL. Když rodiče již na základní škole zjistili, že jejich potomek užívá OPL, v prvních chvílích nevěděli, na koho se mají sami obrátit. Zkušenosti a vědomosti o následné péči drogově závislých mladistvých získávali od stále většího počtu odborníků, které navštívili a kteří se problematikou zabývají.

Mladistvý uživatel, s jehož rodičem byl veden rozhovor, nadužíval během několika let měkké i tvrdé drogy, alkohol, psychiatrické léky a tyto OPL užíval v jejich kombinacích. Vykazoval i další průvodní jevy závislosti, jako jsou například sebepoškozování, poškozování věcí v domácnosti, lhaní a krádeže.

Z rozhovoru také vyplývá potřeba jednoty společného postupu v rodině k mladistvému. Zároveň z něho vyplývá, že motivovat mladistvého uživatele OPL k abstinenci je velice složité.

Mladiství uživatelé všeobecně si neuvědomují, že jejich užívání se stále stupňuje, čímž u nich vzniká syndrom závislosti. Svě chování bagatelizují, přičemž mohou přesvědčovat své zákonné zástupce, že užívání mají pod vlastní kontrolou, nečiní jim žádné obtíže, naopak je zdrojem zábavy a chtějí v něm pokračovat. Neuvědomují si, že nadužívání jim způsobuje zdravotní problémy a jejich tolerance k droze se zvyšuje.

Následná péče o už drogově závislého mladistvého je poté složitější.

11.1 Vymezení hypotéz

V rámci praktické části bylo stanoveno následujících pět hypotéz, které charakterizují činnost jednotlivých zařízení. Základní myšlenkou stanovených hypotéz je spolupráce všech zařízení napříč spektrem organizací, které se problematikou drogově závislých mladistvých zabývají ať už okrajově nebo primárně.

Hypotéza č. 1: V případě výskytu drogově závislých mladistvých už na základní škole, má škola možnost využít služeb vlastního školního psychologa.

Skutečnost: Z rozhovoru s paní ředitelkou základní školy vyplynulo, že přestože na škole probíhají preventivní programy o užívání drog, vyskytuje se v jednotlivých případech žáků užívání návykových látek. Rodiče jsou vždy o incidentech informováni, přičemž by se měli s danou problematikou seznámit dopředu a doma si všimnout nezvyklého chování dětí, změn jejich nálad, zhoršujícímu se prospěchu ve škole, ale i například drobných a nezvyklých poranění, protože by se mohlo jednat o začátky sebepoškozování, které by také mohlo souviset s užíváním návykových látek.

Po zjištění, že dítě užívá návykové látky, se rodiče mohou obrátit s prosbou o pomoc s následnou péčí na poradenské služby školy, dětského lékaře, SVP nebo OSPOD.

Hypotéza č. 2: SVP spolupracuje primárně s rodiči a v péči o drogově závislé mladistvé mají vlastní systém.

Skutečnost: Z rozhovoru s vedoucím speciálním pedagogem SVP vyplynulo, že i v tomto zařízení probíhají preventivní programy o užívání drog. Užívání návykových látek ve fázi experimentu přiznává většina dětských klientů ve věku od 13 let. Rodiče středisko mohou se žádostí o pomoc kontaktovat sami.

Na práci s celou rodinou je založen celý systém výchovné péče. Pokud se u dítěte objeví větší problém s užíváním návykových látek, doporučují rodičům navštívit poradenská zařízení, která se drogovou problematikou zabývají primárně. V systému péče o děti s poruchami chování a se zkušenostmi s návykovými látkami zaujímá SVP nezastupitelnou roli.

Podle názoru speciálního pedagoga – etopeda je způsob odvykání u každého uživatele individuální. Největší problém v tomto směru je snadná dostupnost drog. Uživatelé si drogu objednájí přes sociální sítě a dealer jim je v krátké době doveze. V každém případě v sobě závislý člověk musí najít vnitřní sílu, která mu pomůže drogu odmítnout. U závislostí se to většinou bez vnější pomoci neobejde, a proto by se hlavně rodiče měli obrátit na centra, která se následnou péčí o drogově závislé zabývají.

Hypotéza č. 3: Ambulantní centrum pro drogově závislé mladistvé se zabývá závislostmi, kde řeší kromě užívání OPL i následky z tohoto užívání vyplývající, a proto spolupracuje se všemi organizacemi, které se touto problematikou zabývají.

Skutečnost: Z rozhovoru s ředitelkou ambulantního centra pro drogově závislé vyplynulo, že se v tomto zařízení přímo specializují na pomoc uživatelům drog, a to jak ve fázi experimentu, návyku, tak i závislosti. Centrum se zabývá uživateli návykových látek ve věku od 15 let. Rodiče středisko mohou se žádostí o pomoc kontaktovat sami. Zásadní terapeutickou technikou centra je rodinná terapie.

Cesta k úplné abstinenci je dlouhodobá a každý uživatel, který byl závislý na návykových látkách, není znovu abstinentem, ale abstinujícím uživatelem. Recidiva se může projevit i několik let od začátku abstinování. Mladiství jsou v ambulantním centru specifickou skupinou. Dospělí uživatelé centrum vyhledají, když v sobě najdou dostatek motivace k boji s vlastní závislostí. Mladistvého sem přivede rodina, často na doporučení OSPOD. Tito klienti vědí, že pokud nezačnou docházet do ambulance, hrozí jim pobyt v diagnostickém nebo výchovném ústavu. Sami si vlastní problém příliš neuvědomují nebo ho bagatelizují. Myslí si, že mají užívání pod kontrolou a že problém má hlavně jejich okolí.

V centru se snaží mladistvého dostatečně motivovat, a přitom ho informovat o možných důsledcích dalšího užívání. Pokud mladistvý nezvládá abstinenci v ambulantní péči, je mu navržen léčebný pobyt v terapeutické komunitě. Rodiče by také měli věnovat pozornost dalším průvodním jevům užívání návykových látek, jako je oslabení školního výkonu a ztráta zájmu o další činnosti. K užívání návykových látek se mohou přidružit psychické problémy a sebepoškozovací tendence. V tom případě by rodiče měli navštěvovat i psychiatra. V domácím prostředí by měli dítě motivovat k udržování zájmu o pozitivní činnosti, jakými jsou koníčky a sport. Zároveň by také měli ověřovat úspěšnost dítěte v abstinenci, což znamená testovat moč mladistvého na přítomnost návykových látek. Tyto testy jsou v prodeji v každé lékárně a jejich cena se pohybuje v řádu několika stokorun.

Podle ředitelky centra má nejvyšší šanci na úspěch následující postup. Uživatel si musí uvědomit, že je závislý a v návaznosti na toto zjištění musí najít motivaci k ukončení užívání návykových látek. Motivaci se mu pokusí dodat v centru a zároveň

mu pomohou vybrat nejvhodnější Terapeutickou komunitu. Po jejím absolvování by měl opět pravidelně docházet na konzultace do ambulantního centra.

Hypotéza č. 4: Oddělení sociálně právní ochrany dětí spolupracuje jak s organizacemi, které se snaží pomoci uživatelům OPL, tak s orgány činnými v trestním řízení ČR.

Skutečnost: Z rozhovoru s kurátorkou pro mládež na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí vyplynula celá řada zajímavých informací, a to že s mladistvými pracují na základě informací, které jim dodá škola, rodina nebo i PČR.

Největším problémem dnešních nezletilých uživatelů je, že si neuvědomují následky užívání drog. Myslí si, že nemají žádný problém, ten má pouze jejich okolí. Často dokonce přesvědčují rodiče, aby je nechali užívat návykové látky, protože se po nich cítí víc sebejistí, ničeho se nebojí a život je zábavnější. Pokud se rodičům nedaří zajistit výchovu svých dětí, které vedou rozháraný život, zanedbávají školní docházku, požívají alkohol nebo jiné návykové látky, dopouští se útěků od rodičů, mohou se obrátit přímo na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí, které je nejbliž jejich místa bydliště.

Na každém OSPOD pracují zkušení pracovníci, kteří dokážou správně vyhodnotit závažnost skutkové podstaty přestupků, kterých se děti dopouštějí. Rodičům pak poradí přesný postup, jak v následné péči o dítě dále jednat, jaké nejvhodnější zařízení mají s dítětem kontaktovat, popřípadě se problému ujmou sami ve své kompetenci. Ve všech závažnějších případech o umístění dítěte rozhoduje soud na návrh rodičů nebo OSPOD.

Záleží vždy na věku dítěte. Pokud nemá splněnou základní školní docházku, bude umístěn v Dětském domově se školou. Pokud je starší patnácti let a základní školní docházku splněnou má, může být umístěn do Diagnostického ústavu nebo do Výchovného ústavu. Kapacity zařízení jsou často plné, a proto dítě může být umístěno kdekoliv v České republice. Na adresu trvalého bydliště v tuto chvíli není brán zřetel. Všechna zařízení jsou v Databázi ústavní výchovy MŠMT, na adrese <https://dbuv.msmt.cz/>.

Hypotéza č. 5: Výchovné ústavy, které se zabývají drogovou problematikou jsou vrcholem péče o drogově závislé mladistvé. Spolupracují se všemi organizacemi zabývajících se drogovou závislostí.

Skutečnost: Z rozhovoru s vedoucím vychovatelem Výchovně léčebného oddělení pro děti ohrožené závislostmi a drogově závislé vyplynulo, že se v tomto zařízení přímo specializují na pomoc mladistvým uživatelům drog, a to jak ve fázi experimentu, návyku, tak i závislosti. Léčebné oddělení se zabývá uživateli návykových látek ve věku od 15 do 18, respektive do 19 let.

V tomto ústavu pečují pouze o chlapce, kteří experimentují s drogami, jsou na drogách závislí nebo jsou ohroženi jinými závislostmi. Výchovně léčebné oddělení je zaměřeno také na závislosti alkoholové a gamblerství.

O uložení ústavní výchovy či předběžného opatření rozhoduje soud na návrh rodičů nebo OSPOD. O umístění dětí do výchovně léčebného oddělení rozhoduje Diagnostický ústav pro mládež.

Cílem programu je ukázat dětem cestu životem bez drog, alkoholu a výherních automatů.

Bez zapojení současných rodin chlapců je ale naděje na úspěch mizivá. V prvních dvou fázích uskutečňují mezi rodinou a chlapcem intenzivní telefonáty. Rodiny při nich informují o aktuálním chování chlapce a jeho tak konfrontují s názory a reakcemi jeho blízkých. V závěrečné fázi ve výchovně léčebném oddělení se chlapec vrací do domovského prostředí. Od jeho rodičů či vychovatelů poté oddělení dostává zpětnou vazbu, jakým způsobem se chlapec na dovolence choval.

Recidiva na dovolence i po absolvování léčebného programu je vysoká. Celková úspěšnost výchovně léčebného oddělení se pohybuje kolem 20 % uživatelů, kteří drogy přestanou konzumovat.

Rodiče nebo jiní vychovatelé dětí, kteří mají problémy s nebezpečným užíváním návykových látek, by měli být v období dětského dospívání velmi pozorní. Díky tomu se jim může podařit odhalení tohoto zlovyku včas. V tomto období se mohou obracet třeba na SVP nebo ambulantní centra pro drogově závislé, kde jim poskytnou cenné rady v tom, jak mají dále v následné péči postupovat.

11.2 Shrnutí analýz výzkumu

Analýzou jednotlivých rozhovorů bylo zjištěno, že následnou péčí o děti se zkušenostmi s drogami se zabývají různá zařízení na několika úrovních. Již na základní škole se této problematice věnuje funkce metodika primární prevence, který může

rodičům doporučit využití služeb v některém ze středisek výchovné péče. V takovém středisku jsou odborníci dostatečně kvalifikovaní k tomu, aby rodičům zajistili následnou péči o jejich potomka nebo je odkázali na Centra ambulantní péče o drogově závislé mladistvé. V těchto centrech, která se na problematiku závislostí specializují, rodičům opět pomohou jak profesionální terapií, tak radou. V případě, že mladistvý uživatel drog vyhledává nebezpečné užívání OPL a vykazuje závažné asociální a antisociální chování, jeho případu se ujme Oddělení sociálně – právní ochrany dětí, což je státní represivní orgán. Odborníci, kteří se dané problematice věnují, mají zmapován komplexní přehled o zajištění výchovných i soudních opatření, která k ochraně dětí před nimi samými využívají. Toto využití spočívá hlavně v podávání návrhů soudům na učinění předběžných opatření či nařízení ústavní výchovy mladistvému. Ústavní výchova je vykonávána ve školských zařízeních. Dětem se v nich soustavně věnují a pracují na potlačení závislostního chování.

Jedním ze zajímavých faktů výzkumu je zjištění, že mladiství uživatelé pocházejí ze všech sociálních vrstev.

Z další analýzy výsledků zkoumání je patrné, že následná péče se s velkým úsilím snaží mladistvé dostatečně motivovat k abstinenci. Svět návykových látek a obzvláště nealkoholových drog je totiž jako rychle se točící kolotoč. V začátcích Vás nechá v klidu nasednout a ihned Vás přivede do stavu euforie. Vzápětí ale nabere obrovskou rychlost, která bez vnějšího zásahu nezpomalí. Z tohoto kolotoče lze jen těžko vystoupit, ale když se to podaří, ta jízda nemusí zanechat trvalé následky. Z tohoto důvodu je práce všech zařízení, která se na následné péči podílí, naprosto klíčová. Neocenitelná je také práce všech odborníků v těchto zařízeních, pro které je často pomoc drogově závislým životním posláním.

Tab. č. 2: Přehled možností odborné pomoci rodičům drogově závislých mladistvých

Organizace	Možnosti rodičů		
	Mohou požádat o pomoc sami?	Potřebují doporučení odborníka?	Potřebují orgány činné v trestním řízení?
Základní škola	Ano	Ne	Ne
SVP	Ano	Ne	Ne
Ambulantní centrum	Ano	Ne	Ne
OSPOD	Ano	Ne	Ne
Výchovný ústav	Ne	Ano	Ano

12. Doporučení rodičům

Vážený rodiči, pokud jste ve čtení této bakalářské práce došel až sem, věřte, že takhle pasáž je pro Vás nejdůležitější.

Pozorujete v poslední době Vaše dítě, že je jiné, než bývalo? Je hodně radostné, směje se naprosto všemu nebo je stále bez nálady? Přičítáte jeho chování pubertě? Může to tak být. Ale nepřestávejte si všimnout dalších znaků a situaci nepodceňujte. Zhoršil se nápadně školní prospěch Vašeho potomka a on nejeví zájem o jeho zlepšení? Přestává dbát o svůj vzhled a evidentně ho nezajímá? Máte pocit, že se Vám ztrácí peníze, alkohol nebo léky? Objevují se na jeho těle škrábance nebo jiná zranění a on jejich původ vysvětluje podivuhodnými historkami? Přestal se stýkat s dřívějšími kamarády a našel si nové, o kterých nechce mluvit? Zvyšte svou pozornost, je dost možné, že Vaše dítě experimentuje s drogami.

Každý rodič si je vědomý toho, že mezi některými dospívajícími dětmi obzvláště ve městech kolují drogy. Stejně tak každý rodič ve skrytu své duše doufá, že jeho potomka se tento problém netýká. O to větší šok nastává, když rodič zjistí, že dítě nějakou drogu užilo.

Nenadávejte. Nemoralizujte a netrestejte. Na tohle už není čas. Zároveň si od dítěte nenechte namluvit, že to bylo poprvé a že už se to nestane. Dítě už totiž zřejmě na droze získalo návyk, droga začíná ovládat jeho osobnost, a proto se přestalo soustředit na utajení svého užívání před Vámi. Jen proto jste to zjistil.

Jedněte. S dítětem si hlavně v klidu promluvte a snažte se zjistit maximum možných informací. Pokud si nejste jistí jeho užíváním, testujte. V každé lékárně můžete koupit test na přítomnost omamných a psychotropních látek v moči. Cena se pohybuje v řádech stokorun. Jakmile se Vaše podezření potvrdí, ihned kontaktujte Vám nejbližšího odborníka, kterým může být dětský lékař, koordinátor prevence ve škole Vašeho dítěte, pracovník Oddělení sociálně – právní ochrany dětí na městském úřadě, nebo nejbližší kontaktní centrum pro lidi se závislostmi. Tam se dozvíte, jakými způsoby můžete situaci řešit.

Nečekejte, že se tento problém vyřeší sám. Rozhodně se poradte s odborníky, kteří Vám ve Vaší situaci pomohou a v návaznosti na rozsahu užívání Vám pomohou v dalším postupu a léčbě.

Stejně tak nečekejte, že se tento problém vyřeší rychle. Zasuďte do problému širší rodinu, ale pozor na starší generace, které s užíváním drog nemají žádné zkušenosti. Mohou Vám tvrdit, že tyto věci by se měli řešit pouze uvnitř rodiny, a dokonce mohou nevědomky a neúmyslně Vaše dítě podporovat v dalším užívání. Stává se totiž, že pokud potomka odstříhnete od kapesného, postěžuje si například babičce, která zalomí rukama a peníze mu věnuje. Ten se potom nerozpakuje a použije je na nákup drogy, čímž se Vaše snahy rozplynou a Vy můžete začít zase od začátku.

V těchto případech je nutné nastavit hranice nejen dítěti, ale i prarodičům. Pokud Vaši situaci nepochopí a budou Vám dál „házet klacky pod nohy“, omezte s nimi kontakt tak, jak bude třeba. I v tomto případě se naštěstí můžete spolehnout na rady odborníků, kteří mají s danou problematikou cenné zkušenosti. Přesto je zapojení rodiny do léčby od drogového návyku nebo závislosti vždy užitečné. Zejména u mladistvých je zapojení původní rodiny nezbytné, jelikož bez ní nebývá léčba jednotlivce efektivní. Snažte se proto prarodičům vysvětlit nutnost Vaší spolupráce, přičemž i jim v tom mohou pomoci odborníci, se kterými jste v kontaktu.

V komunikaci s dítětem jednejte vždy klidně, nepovyšujte se z hlediska rodičovské autority a jednejte s ním jako s dospělým člověkem, ale zároveň trvejte na dodržování stanovených hranic. Dítě totiž ve vlastním užívání málokdy vidí problém, přičemž Vás dokonce může přesvědčovat, aby návykovou látku mohl užívat s Vaším svolením, protože mu dělá dobře, cítí se po ní jistější a například marihuana přece není žádná droga. V žádném případě nepolevujte a vzniklé situace konzultujte při rodinných terapiích s dítětem a s odborníky.

Motivujte. Jen Vy víte, co má Vaše dítě v oblibě a co mu udělá radost. Odborníci v zařízeních Vám pomohou správně nastavit systém odměňování za úspěchy v abstinenci i sankce za neúspěchy.

Zaměstnejte. Nastavte dítěti jeho práva a povinnosti v domácnosti. Dbejte na jeho plnění školních povinností. Pomozte mu najít vhodného koníčka nebo sport.

Neobviňujte se a nenechte se obviňovat. Možná jste v minulosti udělal jako rodič nějaké chyby, ale kdo je nedělal? Kde berete tu jistotu, že kdybyste udělal všechno správně, Vaše dítě by ve stejné situaci drogu neužilo? Přestaňte se pitvat v minulosti, řešte současnost a pracujte pro budoucnost.

Obrňte se trpělivostí a vydržte ve svém snažení. Cesta z drogové závislosti k abstinenci je trnitá, ale s pozitivním myšlením to jistě zvládnete.

13. Závěr

Bakalářská práce se věnuje problematice následné péče o člověka v mladistvém věku, který začíná experimentovat s drogami nebo je na nich závislý.

V teoretické části byla popsána historie užívání drog, která provází lidstvo od jeho počátků. Z psychoaktivních látek, které se vyskytovaly v různých druzích rostlin, byly vyráběny pokrmy, které sloužily k rituálním a později k náboženským účelům.

Současné užívání drog je spojeno s negativními důsledky na zdraví, psychiku i sociální prostředí jedince, a proto byla v teoretické části zaznamenána cesta od prvního užití drogy, ze kterého se stal návyk, až k vzniku závislosti.

Z hlediska metodologie kvalitativního výzkumu byla použita forma polostrukturovaného rozhovoru s pěti odborníky, kteří se s dětmi, které s návykovými látkami experimentují nebo jsou na nich závislé, setkávají při výkonu své profese. Výsledkem výzkumného šetření je analýza zaměřená na zjištění, jakými způsoby může rodina řešit následnou péči o mladistvé uživatele drog a jaký postoj mají tito uživatelé k omamným a psychotropním látkám.

Cílem programů následné péče je ukázat dětem cestu životem bez drog, alkoholu a dalších závislostních činností. Dalším cílem je naučit rodiče všimnout si znaků, které provází vznikající závislosti u dětí. Zároveň jsou rodičům poskytnuty informace, kde mohou očekávat odbornou pomoc. Mohou se obrátit na všechna zařízení, která jsou vzájemně propojena a společně spolupracují. Tento systém je funkčně správně nastaven, ale jeho největší trhlinou je nedostatečné financování a nedostatek personálních kapacit, což vyplývá již ze zprávy Rady vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky. Národní strategie, prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním z roku 2018 vyhodnocuje tento problém jako jeden ze zásadních, a proto by měl být vyřešen v co nejkratším časovém horizontu.

Již v úvodu bakalářské práce bylo popsáno, že užívání nelegálních drog se týká dětí ze všech sociálních vrstev. V užívání návykových látek nevidí vlastní problém a ve většině případů odmítají svůj přístup změnit. V tomto případě je zde jistě prostor pro další výzkum pozitivní motivace mladistvých, jehož výsledek by bylo možné použít již v primární prevenci, která by mladistvé odradila od prvotního experimentu s drogou. Drogová závislost totiž nenávratně poškozuje zdraví, rozkládá osobnost a ničí životy nejen jich samotných, ale i jejich blízkých, přičemž se přímo dotýká celé společnosti.

Seznam použité literatury

ATKINSON, Rita L. (1995). *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing

ISBN 80-85605-35-x

ČÁP, Jan (1993). *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha: Karolinum

ISBN 80-7066-534-3

ESCOHOTADO, Antonio (2003). *Stručné dějiny drog*. Praha: Labyrint (Volvox Globator)

ISBN 80-7207-512-8

FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří (2014). *Sociální patologie. Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada

ISBN 978-80-247-5046-0

FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří (2008). *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton

ISBN 978-80-7387-014-0

GÖHLERT, Fr.-Christoph, KÜHN Frank (2001). *Od návyku k závislosti toxikomanie: drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar

ISBN 80-7202-950-9

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál

ISBN 978-80-262-0873-0

KALINA, Kamil (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada

ISBN 978-80-247-2449-2

KOPŘIVA, Pavel (2008). *Respektovat a být respektován*. Kroměříž: Spirála

ISBN 978-80-904030-0-0

KOUDELKOVÁ, Anna (1995). *Psychologické otázky delikvence*. Praha: Victoria Publishing.

ISBN 80-7187-022-6

KRIEGELOVÁ, Marie 2008. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada

ISBN 978-80-247-2333-4

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana, (2018). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing

ISBN 978-80-247-1284-0

MAREŠ, Jiří, PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška (2003). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál

ISBN 80-7178-772-8

MIOVSKÝ, Michal a kolektiv (2008). *Konopí a konopné drogy*. Praha: Grada Publishing

ISBN 978-80-247-0865-2

MIOVSKÝ, Michal, SPIRIG, Harald, HAVLÍČKOVÁ, Miloslava (2003). *Vězeňství a nelegální drogy*. Praha: Úřad vlády ČR

ISBN 80-86734-03-X

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav, PERNICOVÁ, Hana (1996). *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách*. Praha: Sportpropag

ISBN 80-260-3877-0

NEŠPOR, Karel (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál

ISBN 978-80-7367-908-8

NOVOTNÝ, Ivan, HRUŠKA, Michal (2015). *Biologie člověka*. Praha: Fortuna

ISBN 978-80-7373-128-1

NOŽINA, Miroslav (1997). *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP-Koniasch Latin Press.

ISBN 80-85917-36-X

PLATZNEROVÁ, Andrea (2009). *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén

ISBN 978-80-7262-606-9

RÖHR, Heinz-Peter (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání*. Praha: Portál

ISBN 978-80-262-0354-4

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál

ISBN 978-80-262-0644-6

TRAIN, Alan (2001). *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha: Portál

ISBN 80-7178-503-2

VYBÍRAL, Zbyněk (2005). *Psychologie komunikace*. Praha: Portál

ISBN 80-7178-998-4.

WÁGNEROVÁ, Marie (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál

ISBN 80-7178-678-0.

Zákony

Zákon č. 218/2003 Sb. O odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže)

[218/2003 Sb. Zákon o soudnictví ve věcech mládeže \(zakonyprolidi.cz\)](#)

[www.mvcr.cz](#); Zákon č. 109/2002 Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky - Politika v oblasti závislostního chování

[Protidrogová politika | Vláda ČR \(vlada.cz\)](#)

Internetové zdroje

<https://www.adiktologie.cz/adiktologicka-ambulance>

https://www.vscr.cz/wp-content/uploads/2017/03/%C4%8CV3_2011.pdf strana 16

<http://www.magdalena-ops.eu/cz/>

<https://www.dropin.cz/>

<http://www.progressive-os.cz/>

<https://www.drogy-info.cz/article/blog/evropska-skolni-studie-o-alkoholu-a-jinych-drogach-espad-2019/>

Databáze ústavní výchovy ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online].

Dostupné z: <<https://dbuv.msmt.cz/>>

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018

Dostupné z:<<https://www.mvcr.cz/>>

Národní strategie protidrogové politiky na období 2019 až 2027

Dostupné z:<<https://www.mvcr.cz/>>

14. Příloha – rozhovory

14.1 Nestrukturovaný rozhovor s rodičem náctiletého uživatele OPL

1. Z jaké sociální vrstvy pocházíte?

Exmanželka je zaměstnaná jako úřednice státního úřadu a já pracuji v uniformě v jedné z ozbrojených složek ČR.

2. Mluvíte o exmanželce, váš syn je tedy z rozvedeného manželství?

S manželkou jsme se rozvedli před čtrnácti lety, když synovi bylo pět let. Oba jsme se ale potom snažili spolupracovat, aby věděl, že má stále oba rodiče. Domlouvali jsme se na společných dárkách k Vánocům i k narozeninám a exmanželka mi vždy vycházela vstříc, abych mohl syna vidět. Pracuji ve směnném provozu i o víkendech, takže to mám v tomhle směru složitější. Dodnes se s exmanželkou navštěvujeme i v našich domácnostech, přestože už dávno máme oba jiné partnery. Občas navštívím její rodiče a ona zase moje.

3. Kdy jste poprvé zjistili, že váš syn užívá OPL?

Zjistili jsme to, když byl syn v osmé třídě. Bylo mu čtrnáct let. Myslím, že všechno začalo o letních prázdninách mezi sedmou a osmou třídou. Zůstával sám doma a čas trávil s pochybnou partou dospívajících na dětském hřišti mezi paneláky jednoho pardubického sídliště. Tenkrát jsme v tom neviděli nic špatného, v jeho věku jsme volný čas také trávili nejvíce s našimi vrstevníky. Potom ale přišlo zhoršení prospěchu ve škole. V sedmé třídě syn ještě patřil k premiantům třídy, na vysvědčení měl ze čtrnácti předmětů sedm jedniček a sedm dvojek. Jen těsně mu uteklo vyznamenání. V pololetí osmé třídy už měl dost trojek, a i několik čtyřek. Mysleli jsme si, že ho takhle zasáhla puberta, ale pak jsme se museli dostavit do školy, protože u něj v osobní skříňce pedagogové našli větší množství marihuany.

4. Jakým způsobem tento incident řešila škola?

Pozvali si nás na pohovor, kde nám sdělili, že nebudou informovat PČR, i když mají podezření, že syn marihuanu distribuuje. Zároveň nás odeslali ke školnímu psychologovi. Paní ředitelka se zmínila o tom, že při výchově syna je škoda každé rány, která padne vedle.

5. Jakým způsobem jste tento incident řešili vy?

Provedli jsme prohlídku synova dětského pokoje, kde jsme našli menší množství marihuany, semena této rostliny, potřeby k jejímu kouření, cigarety a reklamní věci, které marihuanu propagují. Vzal jsem si k srdci slova paní ředitelky, ale hlavně jsem to neunesl a synovi jsem dost nařezal. Dnes bych to asi řešil jinak, ale tenkrát jsem měl pocit, že to tak musím udělat. Následně jsme navštívili školního psychologa, který nám sdělil, že v tomhle ohledu má jen minimum zkušeností a vydal nám doporučení k návštěvě Střediska výchovné péče. Začali jsme tam docházet všichni jako rodina, ale později tam už syn docházel sám. Takhle to probíhalo zhruba jeden rok až do deváté třídy. Paní psycholožka z SVP byla po celou dobu přesvědčena, že syn už v žádném případě marihuanu neužívá. Naneštěstí jsme zjistili, že opak je pravdou. Poté nám byl navrhován tříměsíční pobyt syna v SVP, čehož jsme nevyužili. Začaly neshody v naší širší rodině. Obzvláště synova babička, matka exmanželky, byla proti jakékoli terapii a veškeré naše snažení před synem kritizovala.

6. Jakým způsobem jste tedy postupovali dál?

Začali jsme docházet do ambulantního centra společnosti Laxus, z. s. Tam syn začal dostávat úkoly, které byly založeny na odměnách. V té době jsme také začali testovat syna na přítomnost OPL v moči. Každý měsíc, když byl negativní, dostal nějakou odměnu. Když byl pozitivní, přišel například o kapesné. Asi pět měsíců tento způsob částečně fungoval, když byl třikrát negativní a dvakrát pozitivní. To už se blížil konec základní školy, syn úspěšně složil přijímací zkoušky a byl přijat na střední průmyslovou školu.

7. Takže přišel zlom a váš syn se vydal na cestu k abstinenci?

Po pěti měsících zlom přišel, ale k horšímu. Začaly prázdniny a syn zvýšil svoji spotřebu marihuany, objevil i účinky návykových psychiatrických léků a alkohol. Nejhorší bylo, že začal užívat kombinace všech těchto návykových látek najednou. Jednoho večera zkolaboval a exmanželka byla nucena zavolat Zdravotnickou záchrannou službu, která ho v ohrožení života odvezla do nemocnice, kde byl hospitalizován na JIP dětského oddělení, protože mu ještě nebylo 18 let. Byli jsme informováni, že v tomto případě pomůže jedině pobytová léčba, ale v žádném zařízení zrovna není žádné místo. Po několika dnech syna propustili do domácího ošetřování.

Mezitím nás doma syn začal přesvědčovat, abychom ho tyto látky nechali užívat, že jejich konzumaci má pod kontrolou.

8. Jak to bylo ve skutečnosti?

V domácnostech exmanželky, mojí i babiček se začaly množit krádeže peněz, které šly do několika desítek tisíc korun. Ztrácely se i léky, cigarety a alkohol. Syn se začal sebepoškozovat, kdy se začal škrábat a řezat do různých částí těla. Začal uvádět různé psychiatrické příznaky, údajně slyšel hlasy, štítil se sahat například na kliky. Ničil i některé vybavení domácností. U mě rozřezal čalounění postele, do notebooku vylil vodu a odjel k babičce. Když si pod vlivem OPL ohříval nějaké jídlo, zčásti mu shořela kuchyňská rukavice. Začali jsme docházet k psychiatrovi, který mu předepsal léky, z čehož měl syn očividnou radost. Při každém přidělu léků dokonce tleskal. Tyto léky mu ale nestačily, a i když je užíval ráno, v poledne i večer, stejně užíval i léky, které si nějakým způsobem zvládal opatřit. Po první hospitalizaci na JIP dětského oddělení následovaly další dvě, přičemž jednou ho exmanželka v dost zuboženém stavu musela vyzvednout z výuky na střední škole. Po třetí hospitalizaci v říjnu 2018 nám byl umožněn synův dvanáctidenní pobyt v Dětském detoxifikačním centru v Praze.

9. Jak váš syn reagoval na první pobytovou léčbu a byla tato léčba úspěšná?

Po dlouhé době konečně zase abstinoval. Při jeho příjmu v Praze jsme se stali svědky incidentu, kdy sedmnáctiletá slečna pod vlivem pervitinu odmítala přijetí do centra. Rvala se s personálem a křičela. Zklidnili ji až tisíci injekce. Údajně je bez domova a peníze na drogy vydělává prostitucí. Vypadala hrozně, ruce v místech vpichů měla samý bolák. Pro mě to byl děsivý zážitek, a proto jsem doufal, že pro syna bude taky. Pravidelně jsme mu do centra telefonovali v předem přesně určenou hodinu. Vlastní telefon u sebe mít nesměl. Vyprávěl nám, jak si tam našel kamarády. Všichni byli závislí na nealkoholových drogách, většinou na pervitinu. Po dvanácti dnech jsme s exmanželkou vyzvedli syna v Praze. Po příjezdu domů ihned vyrazil za babičkou. Ta mu pravidelně poskytovala peníze. Všechno začalo znovu. Po týdnu jsme měli opět možnost syna odvést na opakovaný pobyt do detoxifikačního centra. Dřív to nikam nešlo. Když jsem přijel k exmanželce domů, museli jsme pár minut diskutovat o nutnosti opakované léčby. Sdělil nám, že ji nepotřebuje a nikam nepojede. Poté to vypadalo, že celou záležitost pochopil a začal si balit věci. Využil ale naší chvilkové

nepozornosti a utekl z bytu. Vyrazil jsem ihned za ním, ale už jsem ho nikde neviděl. Pobíhal jsem asi 30 minut po sídlišti, když jsem ho spatřil, jak míří po stezce pro pěší do centra města. Když jsem ho chytil, seděli jsme asi další půlhodinu v parku a zase diskutovali. Potom jsme odjeli do Prahy na detox. Během tohoto pobytu jsme zařídili synův pobyt v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod.

Byl už začátek listopadu a pobyt trval až do poloviny ledna 2019. V PNHB syna hospitalizovali pro psychiatrické poruchy způsobené více drogami a syndromu závislosti na BZD, THC, tramalu a tabáku. Pobyt v nemocnici měl na syna minimální vliv. Při propuštění z HB do propouštěcí zprávy ošetřující lékařka uvedla, že by syn měl podstoupit pobytovou léčbu v zařízení, které se specializuje na uživatele OPL, což PNHB není. Dále vydala doporučení, aby syn chodil pravidelně do školy, k dětskému psychiatrovi a aby nebral drogy. Asi tušíte, jaký to mělo účinek potom, co jsme se vrátili domů.

10. Opět selhal?

Nejdřív ne, zdálo se, že mu pobyt v psychiatrické léčebně přece jen prospěl. Prospělo mu také to, že po příjezdu z HB jsme ho přestěhovali od exmanželky do její domácnosti. Ta už z těch nervů měla zdravotní problémy a sama musela vyhledat psychiatrickou pomoc. Ihned jsme také opět začali docházet do ambulantního centra. Syn se ale dokázal ovládnout jen asi dva měsíce. Neznamená to ovšem, že by nebral nic, THC měl v sobě pořád, testoval jsem ho pravidelně. Pak ale začal opět míchat alkohol, THC a léky s obsahem benzodiazepinů, které jsou silně návykové. Schovával si je například k sedmiletému bratrovi pod matraci v posteli nebo do stropního svítidla.

11. Kde syn tyto léky, které se vydávají jen na lékařský předpis, sháněl?

To opravdu netuším. Nikdy se nám nepodařilo zjistit od koho léky kupuje. Dozvěděli jsme se také, že je vyměňuje za vlastní léky, ale zdroj nikdy nevedl. Navíc často dokázal sehnat celá a úplně nová balení těchto léků, nejčastěji Lexaurin. Věděli jsme jenom, že se s lidmi, kteří mu léky a další látky distribuují, kontaktuje přes sociální síť. Proto jsme mu odebrali chytrý telefon a používat směl jen jeden starý pouze na volání. Potřebovali jsme na něj mít aspoň nějaký kontakt. Tohle opatření obcházel díky babičce, která ho doma pouštěla na svůj PC a pak mu půjčila i starší chytrý telefon, o kterém jsme nevěděli. Stejně tak jsme ho odstříhli od všech finančních prostředků, ale

babička mu vždy nějaké peníze dala. Kromě toho nikdy nesouhlasila s tím, že pomoc vyhledáváme u odborníků a před synem tyto kroky vždy kritizovala. Zničila nám vlastně všechno, o co jsme usilovali, ale zakázat kontakt mezi synem a babičkou jsme prostě neuměli.

12. Tahle nejednotnost rodiny se asi musela projevit?

Netrvalo dlouho a syn opět začal nadměrně nadužívat návykové látky. Opět byl hospitalizován v nemocnici. S exmanželkou jsme kontaktovali OSPOD, kde nám bylo doporučeno dobrovolné ubytování syna v léčebně, která se specializuje na závislosti. V případě, že by syn dobrovolný pobyt odmítl, následovalo by ochranné opatření a rozhodnutí soudu o jeho umístění do diagnostického ústavu.

Syn s pobytem souhlasil a následně byl na šest týdnů umístěn v soukromé psychiatrické léčebně. Do tohoto zařízení se syn musel objednat sám, což byla jedna z podmínek jeho přijetí.

Po čtyřech týdnech závažným způsobem porušil pravidla léčebny, a proto mi ze zařízení volali, abych si pro něj ihned přijel. Po návratu domů syn ihned odjel k babičce a jeho užívání začalo nanovo, i když se začal vyhýbat alespoň psychiatrickým lékům. Tím začaly opětovné neshody v domácnosti.

Synovi v té době už bylo skoro osmnáct let, přičemž se chystal, že se z domácnosti odstěhuje. Řekl jsem mu, že na své osmnácté narozeniny čekat nemusí a může se odstěhovat hned, pokud chce dál užívat návykové látky. S tímto krokem souhlasil a odstěhoval se k babičce. Tam vydržel cca třičtvrtě roku, ale babička už jeho chování také déle nevydržela a doporučila mu jiné ubytování.

V současné době si syn pronajímá pokoj v jednom pardubickém bytě. Tento stav trvá dodnes.

14.2 První polostrukturovaný rozhovor s ředitelkou základní školy ve městě se 100 tisíci obyvateli.

1. V jakém věkovém rozmezí jsou žáci, které v současné době kázeňsky řešíte v souvislosti s návykovými látkami na Vaší škole?

V současné době kázeňsky řešíme žáky a žákyně ve věku od 12 do 15 let.

2. Kolik žáků v současnosti takto řešíte?

Jsou to dva žáci a jedna žákyně. Je ale jisté, že někteří další žáci různé druhy návykových látek zneužívají také. Jen to nedělají na půdě a v bezprostředním okolí školy. Dále naše pravomoc nesahá.

3. Kolik let bylo v poslední době Vašemu nejmladšímu žákovi, kterého jste museli takto řešit?

Bylo mu jedenáct let. Přinesl do třídy malé množství marihuany a vytahoval se sním před spolužáky. Děti to poté oznámily třídní učitelce. Rodiče jsme samozřejmě informovali, ale vzhledem k velmi malému množství látky jsme ji zlikvidovali. Další opatření nebyla nutná.

4. Z jakých sociálních vrstev jsou žáci s těmito problémy?

Pokud vím, tak většinou ze střední vrstvy.

5. Jaké druhy drog užívají Vaši žáci, kteří se s nimi dostanou do problému?

Nejčastěji se vyskytuje tabák, alkohol a marihuana.

6. S jakými zařízeními spolupracujete?

V první řadě musí být o problematice informován celý pedagogický sbor školy. Učitelé i další personál by si měli všimnout nezvyklého nebo podezřelého chování dětí, přičemž by mě v takových případech měli vždy informovat. Ve škole máme vlastního metodika primární prevence, který všechny kázeňské problémy řeší jako první se mnou a s mou zástupkyní. Situaci poté řešíme s rodiči dětí. Dále spolupracujeme s místním Střediskem výchovné péče a s OSPOD. Ve výjimečném případě, ke kterému na naší škole ještě nedošlo, jsme připraveni kontaktovat PČR.

7. Kam by se, jako na první instituci, měli obrátit rodiče při zjištění, že jejich dítě bere drogy?

Mohou se obrátit přímo na našeho školního metodika primární prevence, na dětského lékaře, na našeho školního psychologa, na SVP nebo OSPOD.

8. Jak pracujete s rodiči uživatelů?

Rodiče si zveme na konzultace o těchto závažných kázeňských problémech, přičemž jim doporučujeme další adekvátní postupy. Rodiče sami by se měli s danou

problematikou seznámit dopředu a doma si všímat nezvyklého chování dětí, změn jejich nálad, zhoršujícím se prospěchu ve škole, ale i například drobných a nezvyklých poranění, protože by se mohlo jednat o začátky sebepoškozování, které by také mohlo souviset s užíváním návykových látek.

9. Jaká je úspěšnost Vašich žáků, co se týče recidivy?

Incidenty se u jednotlivců většinou neopakují, ale je to hlavně z toho důvodu, že žáci si po první zkušenosti dají větší pozor, aby drogy nekonzumovali v blízkosti školy.

10. Jaký způsob odvykání od závislosti na návykových látkách je podle Vás nejúčinnější?

Nemám s odvykáním od závislosti žádné vlastní zkušenosti, ale nejlepším způsobem bude zřejmě s užíváním návykových látek vůbec nezačínat.

11. Jakým způsobem ve Vaší škole probíhá drogová prevence?

Na naší škole probíhají průběžně preventivní programy o užívání drog. Děti se těchto programů vždy účastní, protože na školní protidrogovou politiku klademe velký důraz.

14.3 Druhý polostrukturovaný rozhovor s vedoucím speciálním pedagogem-etopedem Střediska výchovné péče ve městě se 100 tisíci obyvateli.

1. V jakém věkovém rozmezí jsou Vaši klienti, kteří mají zkušenosti s drogami?

Drogová problematika klientů SVP je pouze okrajová. Klienti střediska mají často zkušenosti s návykovými látkami ve fázi experimentu, ale tento problém u nich není primární. Klienty střediska se stali hlavně pro poruchy chování, které je pravděpodobně dovedly k experimentu s návykovou látkou. Děti jsou ve věku 6 – 18 let.

2. Kolik klientů v mladistvém věku máte v péči?

Do našeho ambulantního a celodenního oddělení v současné době dochází cca 200 dětských klientů. Kapacita internátního oddělení je 60 dětí do 15 let, která je v tuto chvíli naplněna.

3. Kolik let je Vašemu nejmladšímu klientovi?

Historicky nejmladší dítě tady bylo na samé hranici nejnižšího věku, to znamená šestileté. Nemělo ale žádný problém s drogami.

4. Z jakých sociálních vrstev jsou Vaši klienti, kteří udávají zkušenosti s drogami?

V naší péči jsou klienti z velkých měst i z vesnic, těch je v procentech zhruba stejný počet. Je zajímavé, že 44 % klientů přichází z malých měst, kde mají děti menší možnosti smysluplného trávení volného času, než je to ve velkých městech. V oblasti sociálního postavení a finančního zabezpečení rodin jsou u dětí, které udávají zkušenost s drogou, zastoupeny všechny vrstvy. Co se týče vzdělání rodičů, nejméně dětí je zde z rodin vysokoškolsky vzdělaných rodičů.

5. Čím si to vysvětlujete?

Vysokoškolsky vzdělaným rodičům záleží na kvalitním vzdělání svých dětí. Když odhalí nějaký problém, zajímají se o jeho řešení. Pokud se dítě zhorší ve školním prospěchu, což je průvodní jev užívání návykových látek, odhalí problém často již ve fázi experimentu. Rodiče s nižším, než středoškolským vzděláním naopak školní neúspěchy často zjednodušují tím, že jim to ve škole také nešlo. Často pak užívání návykových látek odhalí později, když je už dítě na droze závislé. Tyto děti už ale nemohou být našimi klienty, protože jejich primárním problémem je závislost, ne porucha chování.

6. Jaké druhy drog ve fázi experimentu užívali někteří Vaši klienti?

Některé děti starší 13 let uvádějí okrajovou zkušenost s alkoholem, nikotinem, pervitinem, THC a s tzv. tanečními drogami. Mladší děti s drogovou zkušeností jsme ve středisku ještě neměli. Zkušenost s „tvrdými“ drogami uvádí 1 klient ze všech oddělení ročně, ale nikdo není intravenózním uživatelem.

7. Jak pracujete s Vašimi klienty?

Zaměřujeme se na pomoc dětem a rodinám, přičemž úzce spolupracujeme se školami a dalšími institucemi, které se zúčastňují výchovného procesu dětí a mladistvých.

Klientům nabízíme společný dialog založený na důvěře, snaze pomoci a poskytnutí bezpečného prostoru pro řešení aktuálních potíží.

8. S jakými zařízeními spolupracujete?

Spolupracujeme s rodinou, školou a dalšími institucemi jako jsou pracovníci sociálního odboru péče o dítě, policie, soudy. Naším hlavním zájmem je pracovat s rodinou klienta. Jeho rodiče nás mohou kontaktovat samostatně, vylicít nám problém a požadavky, se kterými do střediska přicházejí. Pobyt v našem zařízení je dobrovolný a klient by k jeho realizování měl být co nejvíce motivován. Uzavíráme smlouvu se zákonnými zástupci klienta a dítě se po ukončení pobytu vrací zpátky do rodiny.

9. Kam by se, jako na první instituci, měli obrátit rodiče při zjištění, že jejich dítě bere drogy?

Mohou se obrátit na školské poradenské pracoviště, na SVP, na dětského lékaře nebo mohou vyhledat psychologickou pomoc v některém z ambulantních center pro drogově závislé. V případě, že dítě absolvovalo pouze okrajovou zkušenost s drogou, OSPOD ještě není nutné kontaktovat.

10. Jak pracujete s rodiči uživatelů?

Poskytujeme poradenství rodičům, přičemž s nimi konzultujeme výchovné přístupy. Nabízíme rodinám dlouhodobou terapeutickou práci, přičemž se zaměřujeme například na nerespektování rodičovské autority, nastavování nezbytných hranic dítěti a na další problémy v rodinných vztazích. Na práci s celou rodinou je založen celý systém výchovné péče. Pokud se u dítěte objeví větší problém s užíváním návykových látek, doporučujeme rodičů navštívit poradenská zařízení, která se drogovou problematikou zabývají primárně. V tom případě klient odchází do jejich péče a přestává být našim klientem. Je to z toho důvodu, aby měl dítě v péči pouze jeden odborník, který mu nějakým způsobem bude nastavovat hranice a terapeutické cíle. V zájmu klienta je tyto cíle nekombinovat s dalším odborníkem.

11. Jaký způsob odvykání od závislosti na návykových látkách je podle Vás nejúčinnější?

Způsob odvykání bude u každého uživatele individuální. Největší problém v tomto směru je snadná dostupnost drog. Uživatelé si drogu objednají pře sociální sítě a dealer

jim je v krátké době doveze. V každém případě v sobě závislý člověk musí najít vnitřní sílu, která mu pomůže drogu odmítnout. U závislostí se to většinou bez vnější pomoci neobejde, a proto by se měl obrátit na centra, která se pomocí drogově závislým zabývají.

12. Jaká je úspěšnost Vašich klientů, co se týče recidivy?

Do internátního oddělení se po jeho absolvování vrací asi tak pět klientů ročně, ale je to zcela individuální a nemusí to mít souvislost s konzumací drog.

13. Jakým způsobem ve Vašem středisku probíhá drogová prevence?

SVP je školské zařízení, a proto děti pravidelně informujeme o důsledcích užívání návykových látek.

14.4 Třetí polostrukturovaný rozhovor s ředitelkou ambulantního centra pro drogově závislé ve městě se 100 tisíci obyvateli.

1. Čím přesně se zabývá Vaše společnost a kde všude působí?

Specializujeme se na poskytování sociálních a adiktologických služeb lidem ohroženým důsledky užívání nelegálních drog, alkoholu, patologického hráčství hazardu a jejich blízkým. Pracujeme s klienty, kteří uvažují o změně životního stylu, která se zakládá na abstinenci. V České republice působíme v 5 krajích a v nich v 89 městech, přičemž provozujeme ambulantní a terénní služby a K-centra.

2. V jakém věkovém rozmezí jsou klienti Vašeho místního centra, když se budeme bavit pouze o mladistvých, kteří mají zkušenosti s drogami?

Klienty do našeho ambulantního centra přijímáme od 15ti let.

3. Kolik klientů v mladistvém věku je v péči Vašeho ambulantního centra?

Do naší ambulance v současné době dochází cca 15 klientů ve věku 15 – 18 let.

4. Z jakých sociálních vrstev jsou Vaši mladiství klienti?

Všeobecně se dá říci, že v našem centru vyhledávají pomoc klienti ze všech sociálních vrstev. Každá sociální vrstva je zde zastoupena procentuálně zhruba stejně, jak je rozložena celá většinová společnost. To se týká jak mladistvých, tak dospělých uživatelů.

5. Jaké druhy drog užívají Vaši klienti?

Všechny. V současné době je dominantní drogou u klientů ve všech věkových kategoriích pervitin.

6. Jak pracujete s Vašimi mladistvými klienty?

Klient na tato setkání přichází v doprovodu rodičů nebo jiných vychovatelů dobrovolně a je nutné, aby se všichni zúčastnění při terapii cítili v bezpečí. Po postupném odhalení příčin užívání návykových látek se klient, rodiče a terapeut dohodnou na prvních cílech, které bude klient plnit. Při následných setkáních se vyhodnocují úspěchy a neúspěchy při plnění cílů, přičemž terapeut pátrá po příčinách a důsledně je rozebírá. Je to zkoumání myšlenek, pocitů, tělesných prožitků a vztahů v rodině i mezi vrstevníky. Terapeut klienta nehodnotí a neodsuzuje.

7. S jakými zařízeními spolupracujete?

Snažíme se v první řadě spolupracovat s rodinou, ale spolupracujeme i se Středisky výchovné péče, které nám posílají mladistvé klienty, kterým se experimenty s drogami vymkly kontrole. Dále spolupracujeme s OSPOD a se soudy, které nařizují ambulantní léčbu například i odsouzeným, kteří byli podmíněčně propuštěni.

8. Kam by se, jako na první instituci, měli obrátit rodiče při zjištění, že jejich dítě bere drogy?

Mohou se obrátit přímo na naše ambulantní centrum, na SVP i na dětského lékaře.

9. Jak pracujete s rodiči uživatelů?

Rodinná terapie je pro nás zásadní metodou, která pracuje s rodinou jako s celým systémem, nedívá se na klienta jako na jednotlivce, ale jako na součást konkrétního rodinného celku. Jeho problémy vidí v souvislostech s fungováním celé jeho rodiny a snaží se vymyslet změny, které by v rodině měly nastat, což by mohlo vést k vymizení symptomu užívání návykových látek. Tato terapie se zabývá rodinnými problémy. Snaží se pomoci je překonávat a dosahovat rodinného uspořádání, se kterým budou všichni členové spokojeni. Rodinná terapie je speciálním terapeutickým přístupem, který navozuje změny v narušené rodině psychologickými metodami. Při terapiích se postupně rozkrývají různě ožehavá témata, která by se v domácím prostředí nikdy neřešila, a tudíž ani nevyřešila. Mladistvý uživatel ve většině případů k rodičům nemá

důvěru, a proto je jeho důvěra v osobnost terapeuta naprosto klíčová. Rodiče by také měli věnovat pozornost dalším průvodním jevům užívání návykových látek. Je to samozřejmě oslabení školního výkonu a ztráta zájmu o činnosti, které mladistvý dříve s oblibou vykonával. K tomu se ale mohou přidružit psychické problémy a sebepoškozovací tendence. V tom případě by rodiče měli navštěvovat i psychiatra. V domácím prostředí by potom měli dítě motivovat k udržování zájmu o pozitivní činnosti, jakými jsou koníčky a sport. Zároveň by také měli ověřovat úspěšnost dítěte v abstinenci, což znamená testovat moč mladistvého na přítomnost návykových látek. Tyto testy jsou v prodeji v každé lékárně a jejich cena se pohybuje v řádu několika stokorun.

10. Jaká je úspěšnost Vašich mladistvých klientů, co se týče recidivy?

Cesta k úplné abstinenci je běh na dlouhou trať a každý uživatel, který byl závislý na návykových látkách, není znovu abstinentem, ale abstinujícím uživatelem. To znamená, že recidiva se může projevit až několik let od začátku abstinování. Ve výsledku se nedá recidiva vyjádřit v číslech. U každého mladistvého je tento údaj naprosto individuální. Tato věková skupina je totiž v ambulantním centru zcela specifická. Dospělí uživatelé naše centrum vyhledají, když v sobě najdou dostatek motivace k boji s vlastní závislostí. Mladistvého sem přivede rodina, často na doporučení OSPOD. Tito klienti vědí, že pokud nezačnou docházet do ambulance našeho zařízení, hrozí jim pobyt v diagnostickém nebo výchovném ústavu. Sami si vlastní problém příliš neuvědomují nebo ho bagatelizují. Myslí si, že mají užívání pod kontrolou a že problém má hlavně jejich okolí.

11. Jakým způsobem pak s mladistvými pracujete?

Cestu hledáme opět v rodinné terapii. Cílem této terapie je změnit pohled klienta a jeho rodiny na daný problém, ale i na sebe samu, vyvolat změny ve způsobech komunikace a interakce mezi jednotlivými členy. Snažíme se také mladistvého dostatečně motivovat, a přitom ho informovat o možných důsledcích dalšího užívání. Pokud mladistvý nezvládá abstinenci v ambulantní péči, navrhujeme mu, aby absolvoval léčebný pobyt v terapeutické komunitě. Velice kvalitním zařízením je například Terapeutická komunita Karlov, v píseckém okrese. Provozuje ji zapsaný ústav Sananim, který už od roku 1990 poskytuje pomoc osobám ohroženým závislostmi a jejich blízkým.

U mladistvých, na rozdíl od dospělých, se soustředí na zvládnutí období dospívání, vytváření hodnotového systému a přípravu na partnerství, či na profesní život.

12. V čem se liší terapeutická komunita od ambulantního centra?

Terapeutická komunita pro drogově závislé je vždy ve vybraném pobytovém zařízení, kde by měl klient v ideálním případě strávit jeden rok. Klíčovým činitelem terapie v TK je zkoumání obtíží, což poskytuje informace o zpětných vazbách ve vzájemných vztazích. Tyto vazby mohou být hluboké a často tvrdé. Prožívání a chování klientů, které si s sebou do TK přinášejí, je často destruktivní a v komunitě se odhaluje. Tyto podněty umožňuje přijmout bezpečné prostředí společenství. Klient tam proto může bezpečně prožívat nové zkušenosti a osvojovat si návyky, které pak může využít po návratu do normálního života. Pobyt v TK je uskutečněn vždy na základě dobrovolnosti, a proto je zásadním faktorem motivace mladistvého k zahájení abstinence. Mezi důležité faktory, které se podílejí na úspěšnosti TK, je vytržení uživatele z jeho drogové komunity.

13. Jaký způsob odvykání od závislosti na návykových látkách je podle Vás nejúčinnější?

Podle mého názoru by mělo odvykání od závislosti správně probíhat v tomto pořadí. Uživatel si musí uvědomit, že je závislý a v návaznosti na toto zjištění musí najít vnitřní motivaci k tomu, aby chtěl s užíváním návykových látek přestat. S motivací mu dokážeme pomoci v našem centru a zároveň mu pomůžeme vybrat nejvhodnější TK. Po jejím absolvování by měl opět pravidelně docházet na konzultace do našeho centra. Tento postup se mi jeví jako nejúčinnější, ale podle mých zkušeností je úspěšnost léčby asi tak do 15 %.

14.5 Čtvrtý polostrukturovaný rozhovor s kurátorkou pro mládež na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí na Magistrátu města se 100 tisíci obyvateli.

1. Čím se zabývá Vaše oddělení v souvislosti s mladistvými uživateli návykových látek?

Oddělení zaměstnává kurátory pro mládež, kteří se kromě jiných zabývají dětmi se závislostmi. Dále řešíme problematiku nezletilých dětí, které se dopustily činu jinak

trestného, a mladistvých, u nichž bylo zahájeno trestní stíhání, případně kteří se dopustili přestupku. Účastníme se hlavních soudních líčení v trestních věcech mladistvých a nezletilých v pozici účastníka řízení s právem podávat soudu návrhy a opravné prostředky. V rámci zákonných kompetencí řešíme problematiku dětí a mladistvých s opakovanými výchovnými problémy závažnějšího charakteru. Podáváme návrhy a podněty soudu na uložení výchovných opatření. To vše na základě Zákona č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. Výkon naší práce je ale samozřejmě založen i na základech dalších zákonů.

2. V jakém věkovém rozmezí jsou Vaši klienti, když se budeme bavit pouze o mladistvých, kteří mají zkušenosti s drogami?

Nejmladšímu dítěti, jehož drogovou problematiku v současné době řešíme, je 12 let. Všechna naše oddělení se zabývají dětmi ohroženými nejen drogami ve věku od narození do dosažení zletilosti, což je dovršením osmnáctého roku věku. V ojedinělých případech se zabýváme nezletilými až do devatenáctého roku jejich života. Do 14ti let jsou problémy dětí spojené s užíváním návykových látek většinou ojedinělé, to ale eskaluje v období mezi 15. – 17. rokem. V tomto věku už po předchozím experimentování s drogami dochází k vzniku závislosti a k dalším průvodním jevům, které přerůstají až ke kriminalitě mládeže.

3. Kolik klientů v mladistvém věku je v péči Vašeho oddělení?

Na oddělení pracuje 5 kurátorů pro mládež, kteří v současné době dohromady řeší cca 25 případů zneužívání návykových látek mladistvými. Tento počet je každoročně zhruba stejný.

4. Z jakých sociálních vrstev jsou Vaši mladiství klienti?

Určitě ze všech, ale dominuje střední vrstva. Mladiství jsou v dnešní době poměrně dobře zajištěni, dostávají vysoké kapesné a další příspěvky například od prarodičů, takže v první experimentální fázi mají dost prostředků na obstarání drogy.

5. Jaké druhy drog užívají Vaši klienti?

Nejčastěji užívají nikotin a alkohol, ale také THC, pervitin, extázi, psychiatrické léky s obsahem benzodiazepinů, tlumící léky nejčastěji na bolest, LSD a lysohlávky.

Výjimečně se objevuje kokain, ten je ale pro vysokou cenu nahrazován pervitinem. 1 g kokainu = 2000 Kč, kdežto 1 g pervitinu = 800 – 1000 Kč. 1 g drogy = cca 5 dávek, záleží na toleranci uživatele k droze. Tolerance k droze znamená, jakou dávku uživatel potřebuje k tomu, aby dosáhl požadovaného výsledku. V začátcích užívání člověk potřebuje jen malou dávku, ale při rychle vznikající závislosti potřebuje dávku zvyšovat a intervaly mezi dávkami snižovat, aby dosáhl stejného výsledku jako v začátcích. S rostoucí tolerancí k droze totiž dítě potřebuje stále více finančních prostředků na její koupi. V domácnosti poté rodiče čím dál častěji zjišťují krádeže, které se nepohybují v řádech desetikorun, ale v tisících.

6. Jak pracujete s Vašimi mladistvými klienty?

S mladistvými pracujeme na základě informací, které nám dodá škola, rodina neboi PČR. Ve škole se z uživatele stává podprůměrný žák, který ztrácí zájem o studium, protože jeho svět už se točí jen kolem získání drogy a jejího užití. Všechno ostatní jde stranou a na ničem jiném nezáleží. Ve škole dojde k nějakému incidentu, kterého se ujme jejich metodik primární prevence a když zjistí, že problém už škola nemůže vyřešit svými silami, informuje naše oddělení. V některých případech je situace tak závažná, že mladistvý uživatel pod vlivem drog začne páchat trestnou činnost. PČR ho odhalí a jeho případ nám postoupí k šetření. Trestná činnost je ale někdy tak závažná, že může dojít až k odsouzení a uvěznění mladistvého do věznice pro mladistvé.

Z těchto důvodů je nutné u dítěte zjistit problém včas a začít ho intenzivně řešit. Pokud se vyskytnou ojedinělé incidenty v chování a užívání drog je pouze okrajové a ve fázi experimentu, rodiče by měli kontaktovat některé ze středisek výchovné péče, kam může mladistvý docházet ambulantně nebo v něm může být umístěn na dvouměsíční pobyt. Tento pobyt však musí být dobrovolný, ale dítěti je ve většině případů řečeno, že pokud nepůjde „dobrovolně“ do SVP, čeká ho soud a diagnostický ústav.

Ve všech ostatních závažnějších případech o umístění dítěte rozhoduje soud na návrh rodičů nebo OSPOD. Záleží vždy na věku dítěte. Pokud nemá splněnou základní školní docházku, bude umístěn v Dětském domově se školou. Pokud je starší patnácti let a základní školní docházku splněnou má, může být umístěn do Diagnostického ústavu nebo do Výchovného ústavu.

7. S jakými zařízeními spolupracujete?

V rámci trestního řízení ve věcech nezletilých a mladistvých pachatelů trestné činnosti spolupracujeme s orgány činnými v trestním řízení, to znamená s PČR, státním zastupitelstvím, soudy pro mládež. Spolupracujeme také se školami, zájmovými organizacemi, občanskými sdruženími, úřady práce, probační a mediační službou, se školskými zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy, případně s věznicemi, kde pravidelně sledujeme dodržování práv nezletilých dětí a mladistvých umístěných v těchto zařízeních. Spolupracujeme s Komisí pro sociálně právní ochranu dětí.

8. Kam by se, jako na první instituci, měli obrátit rodiče při zjištění, že jejich dítě bere drogy?

Pokud se rodičům nedaří adekvátním způsobem zajistit výchovu svých dětí, které vedou zahálčivý nebo nemravný život, zanedbávají školní docházku, požívají alkohol nebo návykové látky, žijí se prostitutí, spáchaly trestný čin nebo opakovaně páchají přestupky nebo jinak narušují občanské soužití, dopouští se útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za jejich výchovu, mohou se obrátit přímo na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí, které je nejbliž jejich místa bydliště.

9. Jak pracujete s rodiči uživatelů?

Listina základních práv a svobod České republiky věnuje pozornost dětem a rodině tak, že dává rodičovství a rodinu pod ochranu zákona a dětem a mladistvým zaručuje zvláštní ochranu. Zákony proto také respektují jeden ze základní principů fungování rodiny, a to právo a povinnost rodičů společně vychovávat a pečovat o děti, a pokud je toho třeba, požadovat pomoc. Jakékoliv zasahování do soukromí a rodinného života je možné teprve tehdy, jestliže rodiče nebo osoby odpovědné za výchovu dětí o to požádají nebo se o děti nemohou nebo nechtějí starat. Na každém OSPOD pracují zkušení pracovníci, a proto dokáží správně vyhodnotit závažnost skutkové podstaty přestupků, kterých se děti dopouštějí. Rodičům pak poradí přesný postup, jak s dítětem dále jednat, jaké nejvhodnější zařízení mají s dítětem kontaktovat, popřípadě se problému ujmou sami ve své kompetenci.

10. Jaká je úspěšnost Vašich mladistvých klientů, co se týče recidivy?

Recidiva je, bohužel, vysoká. Mladiství příliš nedbají na rady či snahy jim pomoci a v jejich komunitě se jim dostane uznání za to, že budou nastavená pravidla porušovat.

Jedinou cestou je přetrhat tato pouta, ale děti se závislostí na návykových látkách uvádějí, že jejich parta je pro ně v současné chvíli jedinou „rodinou“, kde jsou přijímáni a kde se cítí dobře.

11. Jakým způsobem pak s mladistvými pracujete?

Největším problémem dnešních nezletilých uživatelů je, že si neuvědomují následky užívání drog. Myslí si, že nemají žádný problém, ten má pouze jejich okolí. Často dokonce přesvědčují rodiče, aby je nechali užívat návykové látky, protože se po nich cítí víc sebejistí, ničeho se nebojí a život je zábavnější. Tímto však lžou sami sobě, protože z počátečních občasných epizod dochází k vzniku závislosti a následným problémům doma i ve škole. S rostoucí tolerancí k droze totiž dítě potřebuje stále více finančních prostředků na její koupi. V domácnosti poté rodiče čím dál častěji zjišťují krádeže, které se nepohybují v řádech desetikorun, ale v tisících. Následně se dostanou na naše oddělení, kde se jim snažíme nastítnit, jaké důsledky bude mít jejich rozhodnutí pokračovat v užívání návykových látek. Přestože mladiství chápou tyto důsledky, často s užíváním nechtějí přestat. Zatím nevidí do budoucna a nedokáží si představit, co se bude dít po osmnáctém roce jejich života. Nechtějí si připustit, že by za své činy mohli jít do vězení nebo že by je mohla opustit rodina. Nezřídka se totiž stane, že rodičům při starosti o nezdárné dítě hrozí sebezničení. Pokud nezaberou výchovná i soudní opatření, je jejich jedinou možností, po dosažení zletilosti dítěte, nechat ho odejít ze společné domácnosti. Z dítěte se pak většinou stane závislý bezdomovec, žijící mezi drogovou komunitou.

12. Jaký způsob odvykání od závislosti na návykových látkách je podle Vás nejúčinnější?

V první řadě by se v zájmu dítěte měla na nastavovaných změnách a pravidlech shodnout i širší rodina. Často se stává, že například babičky s rodiči ve výchovném postupu nesouhlasí a před dítětem je kritizují. Když rodiče odeberou dětem kapesné, peníze jim dají samy. Stejně postupují u zabaveného mobilního telefonu i přesto, že dítě ho používá hlavně ke spojení se svojí drogovou komunitou. Dítě pak sice babičku miluje, ale napáchané škody mohou mít dalekosáhlé důsledky, protože motivace ke změně chování se dostává do bodu nula.

13. Jaká zařízení navrhuje soudům k umístování dětí a mladistvých do ústavní péče?

V první řadě musíme najít zařízení, které je schopno dítě do své péče přijmout. Kapacity zařízení jsou často plné, a proto dítě může být umístěno kdekoliv v České republice. Na adresu trvalého bydliště v tuto chvíli není brán zřetel. Všechna zařízení jsou v Databázi ústavní výchovy MŠMT, na adrese <<https://dbuv.msmt.cz/>>.

14.6 Pátý polostrukturovaný rozhovor s vedoucím výchovy Výchovně léčebného oddělení pro děti ohrožené závislostmi a drogově závislé, které rámcově spadá pod Výchovní ústav.

1. Čím přesně se zabývá Vaše Výchovně léčebné oddělení pro děti ohrožené závislostmi a drogově závislé?

Pečujeme zde pouze o chlapce, kteří experimentují s drogami, jsou na drogách závislí nebo jsou ohroženi jinými závislostmi. Výchovně léčebné oddělení není zaměřeno pouze na léčbu závislostí drogových, tedy závislostí na omamných a psychotropních látkách, ale také na závislosti alkoholové a gamblerství.

2. V jakém věkovém rozmezí jsou Vaši klienti?

Do našeho léčebného oddělení přijímáme děti od 15 let do 18 let, ve výjimečných případech tady může být dítě umístěno do jeho devatenácti let.

3. Na jakém základě sem děti přijímáte?

O uložení ústavní výchovy či předběžného opatření rozhoduje soud na návrh rodičů nebo OSPOD. O umístění dětí na výchovně léčebné oddělení rozhoduje Diagnostický ústav pro mládež.

4. Kolik klientů v mladistvém věku je v péči Vašeho oddělení?

Kapacita našeho oddělení je 24 dětí, ale v současné době jich zde máme 14.

5. Z jakých sociálních vrstev jsou Vaši mladiství klienti?

Když se vyjádřím v číslech, 60 % dětí je z vyšší a střední vrstvy, která se tak nějak prolíná, a 40 % dětí je ze sociálně slabší vrstvy. Takže vlastně ze všech. Máme zde pouze jednoho romského chlapce.

6. Jaké druhy drog užívají Vaši klienti?

Chlapci neuznávají marihuanu jako drogu, tu chtějí konzumovat stále, ale v 98 % jsou to uživatelé pervitinu. Ten je ve většině případů užíván nasálním způsobem.

7. Jak pracujete s Vašimi mladistvými klienty?

Klient přichází do našeho zařízení nedobrovolně z rozhodnutí soudu a je nutné, aby tady zůstal. Proto je naše oddělení zabezpečeno proti útěku. Navíc je umístěno na samotě uprostřed lesů, poměrně daleko od nejbližšího většího města.

Program je třífázově rozvržen. První fáze je adaptační. Chlapec po příchodu do léčebného oddělení musí přijmout místní pravidla. Jedná se o vzájemné chování mezi chlapci, a o chování k pedagogům a dalšímu personálu. Tato fáze je u každého chlapce časově individuální. Minimální doba této fáze jsou dva týdny, ale může trvat i dva měsíce.

Druhá fáze je stabilizační. Chlapec získal přehled o resocializačním programu, naučil se pravidla a zná podmínky jeho úspěšného plnění. Záleží jen na chlapci, kdy bude schopen postoupit do závěrečné fáze. Třetí fází je dlouhodobá terapeutická dovolenka. První dvě fáze jsou ohraničeny na pět měsíců. Jako motivačního prvku využíváme tři různých barev triček. Jasně tak odlišujeme chlapce podle toho, jak se jim daří zvládat nastavený program. Nově přichozí chlapec dostane maskované tričko. Bílé tričko nosí chlapci, kteří neselhávají ve svém chování, ani v abstinenci. Takto jsou oceněni a v rámci programu z toho mají výhody. Třetí tričko je černé pro chlapce, kteří na krátkodobé či dlouhodobé dovolence selhali v drogové abstinenci nebo závažným způsobem porušili pravidla vnitřního řádu oddělení.

Na dlouhodobé terapeutické dovolence tráví chlapec třetí fází. Provádíme na ní u chlapce plánované, ale také namátkové testování. Jde nám hlavně o vrácení dítěte do jeho rodiny, dětského domova či náhradní rodinné péče. To jsou místa, kde chlapec původně selhal. Pokud dojde k dalšímu selhání, chlapec začíná resocializační program od začátku. Chlapci také pravidelně navštěvují psychologa. Oddělení pracuje na základech terapeutické komunity.

8. Jakým způsobem je nastaven denní režim chlapců?

Ráno v 6.00 hodin je budíček, následuje rozcvička. Po ranní hygieně probíhá úklid pokojů, který slouží k nácviku základních sociálních dovedností. Při snídani jsou

chlapci rozděleni do školních, ergoterapeutických nebo výchovně pracovních skupin. Hodnocení dopoledních aktivit se provádí před obědem. Po obědě proběhne rozdělení chlapců podle jejich zájmů o nabízené aktivity. Záleží nám na tom, aby zde děti nezažívaly nudu, ale naopak vydaly svou energii hlavně při sportu. Po večeři přichází čas osobního volna, kdy chlapci mohou telefonovat nebo psát dopisy svým blízkým i kamarádům. Mohou také hrát společenské hry, cvičit v posilovně nebo jen relaxovat. Při večerním vyhodnocení vychovatelé zhodnotí chování každého z chlapců. Vyzdvihnou chování pozitivní a chování nevhodné nebo neslušné je odmítnuto. Chlapci jsou vedeni k tomu, aby se k hodnocení ve skupině sami vyjádřili. Večerka je za doprovodu terapeutické hudby ve 21.00 hodin.

9. S jakými odborníky a s jakými zařízeními spolupracujete?

Speciální skupinové a individuální hodnocení dlouhodobého chování každého chlapce jsou vyhodnocena při terapeutickém setkání s klinickým psychologem. Pro závažnější poruchy chování je chlapcům poskytována péče lékaře, psychiatra a sexuologa.

Spolupracujeme se soudy, kam musíme na každého chlapce pravidelně zasílat zprávu o průběhu jeho výchovného opatření. Spolupracujeme také s OSPOD a PČR. PČR informujeme vždy, když se chlapec vrátí z terapeutické dovolenky a jsou u něj nalezeny látky, u kterých je podezření, že jde o OPL.

10. Kam by se, jako na první instituci, měli obrátit rodiče při zjištění, že jejich dítě bere drogy?

Rodiče by se měli obrátit na školské poradenské zařízení na SVP nebo na OSPOD.

11. Jak pracujete s rodiči uživatelů?

Cílem programu je ukázat chlapcům cestu životem bez drog, alkoholu a výherních automatů pomocí zážitkové pedagogiky, rozmanitých sportovních aktivit, pracovní výchovy a dalších speciálně pedagogických metod a postupů. Bez zapojení současných rodin chlapců je ale naděje na úspěch mizivá. V prvních dvou fázích uskutečňujeme mezi rodinou a chlapcem intenzivní telefonáty. Rodiny při nich informujeme o aktuálním chování chlapce a jeho tak konfrontujeme s názory a reakcemi jeho blízkých. Ve třetí fázi se chlapec vrací do domovského prostředí. Od jeho rodičů či vychovatelů poté dostáváme zpětnou vazbu, jakým způsobem se chlapec na dovolence choval.

12. Jaká je úspěšnost Vašich mladistvých klientů, co se týče recidivy?

Recidiva je vysoká. Chlapec se dostane ven z oddělení a jede k rodině. Stávají se ovšem případy, že k rodině za celý víkend vůbec nedojede. Už na nádraží ve městě, kde by měl dovolenku strávit, čekají kamarádi z jeho drogové komunity a tím dochází k okamžitému relapsu. Celý pobyt po jeho návratu začíná znovu. Celková úspěšnost našeho oddělení se pohybuje kolem 20 % uživatelů, kteří drogy přestanou konzumovat. A tento odhad je velice pozitivní.

13. Dochází ve Vašem oddělení k nějakým závažným přestupkům?

Mezi chlapci občas dochází k hádkám, které vedou k násilí mezi nimi. Případy jsou to ojedinělé, ale stávají se. V rámci ubytování se poté musí například přestěhovat na jiný pokoj, protože chlapci, kteří se poprali, nemohou zůstat pohromadě 24 hodin denně. Vysvětlujeme to jejich tenzí, která pramení z jejich aktuální situace i umístění. Někteří chlapci v této tenzi dojdou k násilí proti dalším vrstevníkům, občas se ale stane, že obrátí násilí proti sobě. Dochází pak k jejich sebepoškozování, které provedou za pomoci nějakého ostrého předmětu a způsobí si povrchová řezná zranění v oblastech rukou a někdy i nohou. S takovými chlapci začne ihned pracovat psycholog i psychiatr. Tato událost nás tady naštěstí už dlouho nepotkala.

14. Máte nějaký přehled, kolik Vašich bývalých klientů bylo odsouzeno a vykonávají VTOS?

Pracovníci zařízení většinou nemají přehled, co se s jejich klienty děje po odchodu z výchovného ústavu. V ojedinělých případech se do zařízení přijede podívat a pozdravit jeden z abstinujících bývalých klientů, ale také někteří bývalí klienti občas napíší dopis z vězení, ve kterém litují, že v soukromém životě nepokračovali v pravidlech, která se v našem léčebném oddělení naučili. Výjimečně jsou někteří klienti poznáni v medializovaných kriminálních kauzách. Ten poslední byl odsouzen na 17,5 roku k výkonu trestu odnětí svobody nepodmíněně, za dokonanou vraždu.

15. Jaký způsob odvykání od závislosti na návykových látkách je podle Vás nejúčinnější?

Odvykání od závislosti na OPL je dlouhodobá záležitost, která závisí hlavně na správně nastartované motivaci uživatele. Způsobů je určitě hodně, ale každý nebude vhodný pro všechny závislé. Nejvhodnější způsob bude individuálně nastavený pro jednotlivé

uživatele, který je možný pouze za pomoci odborníků, bez kterých se odvykání od užívání drog jistě neobejde. Rodiče nebo jiní vychovatelé dětí, kteří mají problémy s nebezpečným užíváním návykových látek, by měli být v období dětského dospívání velmi pozorní. Díky tomu se jim může podařit odhalení tohoto zlovyku včas. V tomto období se mohou obracet třeba na SVP nebo ambulantní centra pro drogově závislé, kde jim poskytnou cenné rady v tom, jak mají dále postupovat.

15. Seznam tabulek

Tab. č. 1: Prevalence zkušeností s nelegálními drogami mezi žáky.....9

Tab. č. 2: Přehled možností pomoci rodičům drogově závislých mladistvých.....49