

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ**

**KOMBINOVANÉ STUDIUM**

**2015 - 2016**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Eliška Králová**

**Problémy drogové závislosti a prevence v rané dospělosti**

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Radomír Havlík, CSc**

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

BACHELOR

COMBINED (PART TIME) STUDIES

2015 - 2016

**BACHELOR THESIS**

**Eliška Králová**

**Problems of drug addiction and prevention in early  
adulthood**

Prague 2016

The Bachelor Thesis Work Supervisor: **doc. PhDr. Radomír Havlík, CSc**

### **Prohlášení**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Eliška Králová

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá problematikou drogové závislosti dospělých, konkrétně období rané dospělosti. Rozebírá druhy drog, dále sociologické, psychologické a vývojové aspekty drogové závislosti. Také zkoumá teorie sociálních deviací, jelikož drogová závislost je sociální deviace. Opírá se o myšlenky významných českých i světových odborníků. Bakalantku zajímá i názor odborníků na téma drogové závislosti, konkrétně pracovníků terapeutické komunity Advaita, kterým vděčí za poskytnutí rozhovorů.

S teoretickou částí je právě provázána empirická část s rozhovory s pracovníky, jak je již uvedeno výše. Bakalantku zajímá současná drogová problematika přímo z praxe pracovníků komunity. Autorku zajímá osobnost drogově závislých klientů, včetně jejich problémů.

## **Klíčová slova**

Aspekty, dospělost, drogy, léčba, legalizace, prevence, sociologické teorie, závislost

## **Annotation**

Bachelor thesis deals with the problems of drug addiction adults, particularly early adulthood. Discusses the types of drugs, and sociological, psychological and developmental aspects of drug addiction. Also examines the theory of social deviance because drug addiction is a social deviance. It relies about ideas leading Czech and international experts. Author is interested in the opinion of experts on the topic of drug addiction, particularly workers therapeutic community Advaita, which owes granting interviews.

The theoretical part is being linked to the empirical part with interviews with workers, as stated above. Author is interested in contemporary drug problem directly from the practice community workers. The author is interested in the personality of drug-addicted clients, including their problems.

## **Keywords**

Aspects adulthood, drugs, treatment, legalization, prevention, sociological theory, addiction

# OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ÚVOD</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>1 VYSVĚTLENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ</b> .....                | <b>10</b> |
| 1.1 Droga .....   | 10        |
| 1.2 Závislost .....                                       | 10        |
| 1.2.1 Diagnóza závislosti .....                           | 11        |
| 1.3 Psychická závislost .....                             | 11        |
| 1.4 Fyzická závislost .....                               | 12        |
| 1.5 Abstinenční syndrom .....                             | 12        |
| 1.6 Toxikomanie.....                                      | 13        |
| 1.7 Narkomanie .....                                      | 13        |
| 1.8 Zneužívání drog.....                                  | 13        |
| <b>2 ROZDĚLENÍ DROG</b> .....                             | <b>15</b> |
| 2.1 Opioidy a opiáty.....                                 | 15        |
| 2.1.1 Heroin .....  | 15        |
| 2.1.2 „Braun“ (hydrokodon) .....                          | 15        |
| 2.1.3 Opium .....   | 15        |
| 2.1.4 Metadon .....                                       | 16        |
| 2.1.5 Subutex (buprenorfin).....                          | 16        |
| 2.2 Konopné drogy .....                                   | 16        |
| 2.2.1 Marihuana.....                                      | 16        |
| 2.2.2 Hašiš .....   | 16        |
| 2.3 Halucinogeny .....                                    | 17        |
| 2.4 Psychomotorická stimulancia .....                     | 17        |
| 2.4.1 Pervitin.....                                       | 17        |
| 2.4.2 Kokain .....  | 18        |
| 2.5 Těkavé látky .....                                    | 18        |
| 2.6 MDMA a taneční drogy.....                             | 18        |
| <b>3 SOCIOLOGICKÉ ASPEKTY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI</b> .....    | <b>19</b> |
| 3.1 Sociální deviace.....                                 | 19        |
| 3.2 Teorie sociálních deviací .....                       | 20        |
| 3.3 Faktory vzniku závislosti z hlediska sociologie ..... | 25        |
| <b>4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI</b> .....   | <b>28</b> |
| 4.1 Rodinné faktory .....                                 | 28        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 4.2      | Spoluzávislost .....   | 28        |
| 4.3      | Funkce užívání závislosti jako náhradního problému .....           | 28        |
| 4.4      | Falešné osamostatnění (separace) .....                             | 29        |
| 4.5      | Hyperprotektivní matka .....                                       | 29        |
| 4.6      | Nepřítomnost otce.....   | 30        |
| 4.7      | Problematické rysy rodinných vztahů.....                           | 30        |
| <b>5</b> | <b>VÝVOJOVÉ ASPEKTY ZÁVISLOSTI.....</b>                            | <b>31</b> |
| 5.1      | Teorie o fixaci v orálním stádiu vývoje.....                       | 31        |
| 5.2      | Drogy ke zvládnání stresu .....                                    | 31        |
| 5.3      | Teorie o obranných mechanizmech.....                               | 31        |
| 5.4      | Drogy jako manická obrana .....                                    | 32        |
| 5.5      | Drogy jako externalizace - obrana nebo vězení.....                 | 32        |
| 5.6      | Bludný kruh drogové závislosti .....                               | 32        |
| 5.7      | Závislost .....  | 33        |
| 5.8      | „Křehké já“ a jeho vliv na vznik závislosti .....                  | 33        |
| <b>6</b> | <b>OBCHOD S DROGAMI .....</b>                                      | <b>34</b> |
| 6.1      | Legalizace drog .....  | 34        |
| <b>7</b> | <b>CHARAKTERISTIKA VĚKOVÉ ETAPY.....</b>                           | <b>36</b> |
| 7.1      | Tělesný vývoj v rané dospělosti .....                              | 37        |
| 7.2      | Pracovní a společenský život .....                                 | 37        |
| 7.3      | Manželství.....  | 38        |
| 7.4      | Rodinný život .....  | 39        |
| 7.5      | Rozvod .....   | 40        |
| <b>8</b> | <b>PREVENCE .....</b>  | <b>41</b> |
| 8.1      | Primární prevence .....  | 41        |
| 8.1.1    | Centrum primární prevence.....                                     | 41        |
| 8.2      | Sekundární prevence .....  | 42        |
| 8.3      | Terciální prevence.....  | 44        |
| <b>9</b> | <b>AKTUÁLNÍ STATISTICKÁ DATA Z KRÁLOVÉHRADSKÉHO<br/>KRAJE.....</b> | <b>45</b> |
| 9.1      | K-centra .....   | 45        |
| 9.2      | Statistika roku 2014 .....   | 45        |
| 9.3      | Centrum terénních programů královehradeckého kraje.....            | 46        |
| 9.4      | Statistika roku 2014 .....   | 47        |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 9.5       | Celorepubliková statistika za rok 2014 .....     | 47        |
| 9.5.1     | Zdravotní a sociální důsledky užívání drog ..... | 48        |
| 9.5.2     | HARM reduction programy .....                    | 49        |
| <b>10</b> | <b>ROZHOVORY S PRACOVNÍKY ADVAITA, Z.Ú.....</b>  | <b>50</b> |
| 10.1      | Popis organizace .....                           | 50        |
| 10.1.1    | Centrum ambulantních služeb .....                | 50        |
| 10.1.2    | Doléčovací program (DP) .....                    | 51        |
| 10.1.3    | Terapeutická komunita advaita .....              | 52        |
| 10.2      | Rozhovor s pracovníky z.ú. advaita.....          | 53        |
| 10.3      | Vyhodnocení rozhovorů .....                      | 57        |
| 10.4      | Metodologie rozhovorů .....                      | 58        |
|           | <b>ZÁVĚR .....</b>                               | <b>59</b> |
|           | <b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>              | <b>60</b> |



## ÚVOD

„Drogová závislost, pokud je již skutečně závislostí, je jednoznačně onemocněním a jako takové je ho třeba chápat. Zároveň jde o určitý společenský fenomén, protože s důsledky tohoto onemocnění se střetává nejen postižený jedinec, ale i okolní společnost.“ (PRESL, 1995, s.46)

Tato bakalářská práce nahlíží do drogové závislosti a její prevence. Jelikož toto téma je všeobecně velice rozsáhlé, zaměřuje se hlavně na období rané dospělosti.

Teoretická část se zaměřuje na vymezení základních pojmů drogové problematiky, dále rozdělení nejznámějších drog, sociologické a psychologické aspekty drogové závislosti, v neposlední řadě se také zaměřuje na prevenci. Do praktické části jsou zahrnuty rozhovory s pracovníky organizace Advaita, která se zaměřuje jak na léčbu drogové závislosti, tak na prevenci, ať již primární, sekundární či terciální.

Sama autorka při studiu vyšší odborné školy pracovala jako terénní pracovníce v K-centru v Liberci, kde přímo s drogovými uživateli přicházela denně do styku.

Stěžejní literaturou závěrečné práce je publikace od Kamila Kaliny „Základy klinické adiktologie“, dále velkým přínosem je také kniha „Sociální deviace“ od Michala Hřčky. Neméně důležitou literaturou je také mimo jiné publikace „Cesta životem“ od Pavla Říčana, dále jsem čerpala mnoho cenných informací z knihy mého vedoucího práce - doc. Havlíka a jeho díla Sociologie výchovy a školy. Další literaturou mající přínos mé práci byla Dospělost a její variabilita od Marie Farkové a Velký sociologický slovník.

Cílem bakalářské práce je popis a rozebrání hlavních specifíků drogové závislosti v rané dospělosti.

# 1 VYSVĚTLENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Ráda bych tedy nejdříve vysvětlila základní pojmy, co se týče drog a drogové závislosti.

## 1.1 Droga

V knize Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny vysvětlují drogu jako kteroukoli látku, která u osob periodicky či kontinuálně vyvolává pocit stav tělesné či psychické závislosti. Libovolná psychotropní látka se může stát pravidelných užíváním drogou. Objevují se stále nové a nové látky, na které si jedinec může vypěstovat závislost. V obecném pojetí je droga jakákoli syntetická či přírodní látka, která v lidském organismu vyvolává změnu činností. Detailně ji lze charakterizovat jako látku, která se zneužívá ke změně duševního stavu, tzn. nálady, pocitu bdělosti či k útlumu, dále k psychickému či fyzickému oživení. Drogu lze vysvětlit jako látku, která je schopna navodit také chorobný stav závislosti a způsobit další problémy.

## 1.2 Závislost

Popis toho, co to vlastně drogová závislost je nespočet. V každém případě se jedná o onemocnění. Definice závislosti se stále měnily s dobou. Každopádně základ definice tvořily tyto body:

- Tendence zvyšovat dávky
- Touha po droze, které nelze odolat, nejde ji ovládnout
- Abstinenční syndrom, který je vyjádřením psychické nebo fyzické závislosti
- Negativní následky pro závislého i jeho okolí nebo společnost obecně (PRESL, 1995)

Termín “Drogová závislost” doporučila používat WHO (World healthy organization) v r. 1963 pro všechny druhy závislosti včetně alkoholismu. Tento nový termín nahradil i starší termíny závislosti jako toxikomanie či narkomanie, které zahrnovali jen závislosti na určitém typu drog (KAPR, 1991, s.68). Drogová závislost je dále definována jako stav požívat psychotropně působící látky, nikoli jako sklon, nutkání či touha. V mnoha literaturách jsou popsány závislosti na veškerá psychofarmaka, takže problematika návykového chování je značně široká.

### **1.2.1 Diagnóza závislosti**

- o tomto stavu je možné hovořit až tehdy, pokud došlo u jedince ke splnění alespoň tří z uvedených kritérií (NOVOTNÁ, 1997):

- silná touha po návykové látce nebo pocit puzení užívat látku,
- potíže při kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství zneužívané látky,
- somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem snížit jeho příznaky, což je zřejmě typické při užívání příbuzné nebo podobné látky,
- průkaz tolerance jako zvyšování dávek, aby bylo dosaženo stejného účinku jako při dávkách nižších,
- postupné zanedbávání jiných zájmů a povinností ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získání, užívání nebo zotavení se z účinků dané látky,
- pokračování v užívání i přes jasný důkaz její škodlivosti pro organismus a následků (játra, centrální nervový systém apod.)

### **1.3 Psychická závislost**

Je dána neustálým nutkáním brát si drogu pro příjemné stavy. Může jít o pouhé přání, kterému lze odolat, či o dychtivé, neodolatelné a opakující se nutkání požit drogu, i když člověk drogu požit ani nechce a považuje své jednání za nerozumné (případně musí vynaložit velkou námahu nebo finanční prostředky na získání drogy). Vzniká tam, kde si

osoba myslí, že musí pokračovat v užívání drogy, aby se vypořádala se svými životními problémy. Je to tedy duševní stav, který musí pokračovat v přijímání drogy. Pokud jde čistě o psychickou závislost, pak se teoreticky při přerušení podávání drogy nemělo vůbec nic stát. Nedostaví se sice vůbec žádné abstinенční příznaky, praktická zkušenost však hovoří o projevech naší psychiky, které jsou doprovázeny i projevy fyzickými (např. třesem, pocením, atd.), tedy klamnými abstinенčními příznaky. Psychická závislost na droze je vlastně závislost na jisté okolnosti, která požívání drogy doprovázela (jistá společnost, doba, prostředí, forma drogy nebo rituál spojený s požitím drogy).

#### **1.4 Fyzická závislost**

Stav, kdy si tělo zvykne na přítomnost drogy a závislá osoba musí pokračovat v jejím užívání, aby zabránila abstinенčnímu stavu. Organismus fyzicky závislý na droze se jí přizpůsobil, zahrnul ji do svého metabolismu, vytvořil si “potřebu”. Na přerušení přísunu drogy u takového organismu reaguje tento člověk poruchou – abstinенčními příznaky, i když mu vlastně toto přerušení přísunu drogy pomáhá a prospívá. Je to stav, kdy látka musí být zneužívána dále, aby nedošlo k jiným závažnějším psychickým problémům, někdy i tělesným problémům.

#### **1.5 Abstinенční syndrom**

Dle velkého lékařského slovníku online je to souhrn příznaků, které jsou důsledkem odnětí, resp. nedostatku drogy, na niž je vytvořena závislost. Může se projevovat různým způsobem a s různou intenzitou. V zásadě se abstinенční syndrom rozděluje na psychický, duševní a fyzický (tělesný). Psychický a. s. se projevuje např. neklidem, podrážděností, úzkostí, emoční labilitou, skleslostí, útlumem, subdepresivním až depresivním laděním aj. Fyzický a. s. představuje soubor nepříjemných tělesných projevů, jako bolesti svalů a kloubů, průjem, nutkání ke zvracení, slzení, žaludeční křeče atd. A. s. se projevuje různě u různých typů drogové závislosti, významnou roli hraje struktura osobnosti postiženého, jeho tolerance vůči droze, rodinné či partnerské zázemí atd. Abt Arthur Frederik 1867–1955 – chicagský pediatr, jeden z autorů popisu diseminované formy histiocytózy X. Viz Abtova-Lettererova-Siweova nemoc

## 1.6 Toxikomanie

Pojem odvozený od řeckého slova “toxikos” a znamená “náležející k luku”, zbytek je odvozen také z řečtiny a to od slova “manie”, což znamená “šílenost, nadšení, zuřivost”. Doslova lze pojem toxikomanie přeložit jako “chorobná až vášnivá touha po jedech”. Toxikomanií tedy lze rozumět stav chronické nebo periodické intoxikace organismu škodící organismu jedince i celé společnosti. Vyvolává velkou a neustálou touhu opakovaně užívat drogy, nehledě na následky, které toho užívání způsobí. (PRESL, 1995).

Od narkomanie se liší tím, že jde téměř o patologický stav, který je vyvolán častým užíváním drog. (Wikipedia)

## 1.7 Narkomanie

Opět se jedná o pojem pocházející z řečtiny, konkrétně ze slova “narkan”, což znamená ochromit, učinit ztuhlým či strnulým. Narkomanií tedy rozumíme chorobnou touhu po omamujících látkách a jejich užíváních. Tímto vzniká chorobná závislost na těchto látkách s následnými duševními a tělesnými poruchami. (PRESL, 1995).

## 1.8 Zneužívání drog

Zneužívání drog neboli abúzus ovlivňuje psychický, fyzický stav, který pak přechází v závislost. Je to takový stav po užívání drog, který nepříznivě ovlivňuje fyzický a duševní vývoj člověka. Zejména tehdy, když mizí schopnost chápat věci a vztahy, dospívát ke správným důsledkům a závěrům. Projevem abúzu je také nepříznivé ovlivňování růstu, dospívání a dozrávání organismu, ať již u dětí, mladistvých či dospělých. Abúzus nemusí nutně vést k projevům návyku, skrývá v sobě však nebezpečí zvyšování dávek, stejně jako rostoucí závislosti na droze.

Na internetovém serveru [www.rect.muni.cz](http://www.rect.muni.cz) rozdělují zneužívání drog do 4 druhů:

- Příležitostně-experimentální zneužívání - Zřídka, sporadické užívání, ne víc než 4x až 5x za život, experiment za jistých podmínek.

- Rekreční zneužívání - Mírně časté, jedinec přímo nakupuje drogy, ale neodmítá je, jsou-li mu nabídnuty. Užívá je jen na večírcích nebo jiných společenských akcích.
- Intenzivní zneužívání - velice časté, jedinec má stále menší a menší kontrolu nad drogou a užívá ji stále častěji, až dosáhne denního užívání, stále si udržuje iluzi, že je schopen kontrolovat své jednání.
- Nuceně-závislé zneužívání - Nezbytné a nucené užívání drog denně nebo i vícekrát za den, jedinec je neschopen být bez drogy, která pokrývá všechny jeho potřeby. Je nucen ve stále větší míře riskovat, aby si drogu opatřil. Není schopen se z návyku vymanit bez intenzivní cizí pomoci. (KALINA, 2008).

## 2 ROZDĚLENÍ DROG

Zde bych ráda stručně rozdělila drogy tak, jak jsou členěny v knize Základy klinické adiktologie.

### 2.1 Opioidy a opiáty

Základní charakteristika je ta, že mají tlumivý účinek s výraznou euforií. Název vznikl ze slova opium, což je šťáva z nezralých makovic. Účinek způsobuje analgezii, člověk necítí bolest či nemoc, euforii, dále se může utlumit dech a závislost.

Aplikace je především nitrožilní (intravenózní), inhalace po zahřátí alobalu a kouření v cigaretách. Co se týká účinku, tak se jedná o celkové zklidnění – útlum nervového systému, pocit tepla a snížení vnímání tělesných pocitů. Opioidy jsou silná analgetika.

#### 2.1.1 Heroin

Původně ho prodávala německá firma Bayer v r. 1898. Zajímavé je, že byl tehdy považován za lék, na který nevznikne závislost, původně byl totiž využíván jako účinný lék na závislost na morfinu. Užívá se nitrožilně. Existuje bílý heroin - určen přímo k injekční aplikaci a dále hnědý heroin, který se kouří nebo inhaluje z alobalu, zde je nutno přidat kyselinu – nejčastěji „citrónek“.

#### 2.1.2 „Braun“ (hydrokodon)

Jedná se o českou drogu, vyrábějících se v domácích varnách z léků, které obsahují kodein. Jelikož výsledek je hnědá tekutina, nazývá se braun, opět se aplikuje injekční stříkačkou. Účinky jsou opět podobné jako u heroínu, ale braun byl po roce 1995 vytěsněn heroinem.

#### 2.1.3 Opium

Opium je směs alkaloidů opia (makoviny), účinky má na svědomí morfin. Při injekční aplikaci mohou být problémy s čistotou, tudíž se užívají hojně odvary.

#### **2.1.4 Metadon**

Tato „droga“ je vyráběna legálně, jelikož funguje jako substituční léčba narkomanů závislých na opioidech. Bohužel je možné se s ní setkat také na nelegálním trhu. Účinek je pomalý, euforie je pouze minimální. Podání je zpravidla ústy.

#### **2.1.5 Subutex (buprenorfin)**

Vyrábí se legálně jako substituční léčba pro závislé na opiátech. Jedná se asi o jediný opiát, kterým se nelze předávkovat, pokud tedy není používán ještě s jinou tlumivou látkou. Opět je to syntetický opioid, člověku nastupuje pouze malá euforie.

### **2.2 Konopné drogy**

Konopné drogy se vyrábí z konopí, tudíž se jedná o přírodní drogy. Mají halucinogenní účinky. Pochází z Himalájí a Indie. Technické konopí žádné účinné látky neobsahuje. Jinak se využívá jako průmyslová surovina ke krmení ptáků. Konopí je nejrozšířenější nelegální droga.

Psychotropní látkou u konopí je THC, která způsobuje euforii a uvolnění. Nejčastěji se kouří, účinkuje ihned. Hlavní účinek je pocit klidu, typický je bezmyšlenkovitý smích, aniž by měl člověk důvod a zostření smyslových vjemů

#### **2.2.1 Marihuana**

Jedná se o listy, palice, které mají typickou vůni, pro někoho velice příjemnou a pro někoho zase velice nepříjemnou.

#### **2.2.2 Hašiš**

Pryskyřice, která se lisuje do hmoty, připomínající čokoládu a také se jí tak hovorově říká. Opět se kouří.



## 2.3 Halucinogeny

Jak již název napovídá – jedná se o přírodní a syntetické látky, které vyvolávají halucinace, protože způsobují změny vnímání. K halucinogenům se váže dlouhá historie.

K přírodním halucinogenním látkám patří psilocybin, meskalin, ibogain, durman, v muchomůrce najdeme kyselinu ibotenovou a v jedu ropuch bufetenin. Halucinogenních látek je opravdu mnoho a mnoho z nich bylo dříve syntetizováno pro farmakologické účely – jako třeba ketamin či LSD.

Halucinogeny se užívají perorálně nebo kouřením. Účinek závisí na druhu halucinogenu a dávce, dále také má nemalý vliv duševní rozpoložení uživatele.

Jelikož halucinogeny způsobují změny vnímání, halucinace, tak poté intoxikovaný může udělat něco, co by jinak neudělal, např. skočí z okna, atd. Užívání je dle mého názoru velice nebezpečné vzhledem k halucinacím.

## 2.4 Psychomotorická stimulancia

Stimulanty lidé užívají k povzbuzení organismu, ke zvýšení duševního či tělesného výkonu. Po užití stimulantů mizí únava, zrychluje se myšlení, zvyšuje se sebevědomí, člověk se lépe seznamuje. Hlavní příznak je snížená chuť k jídlu, tudíž lidé užívající tyto drogy pravidelně, jsou vyhublí, jelikož příliš nejí. Látky, které jsou využity v těchto drogách, jsou budivé aminy – metamfetamin, amfetamin, MDMA a kokain.

Aplikují se buď šňupáním, nebo nitrožilně, kokain ve formě cracku se kouří.

### 2.4.1 Pervitin

U nás v ČR je tento stimulant nejužívanější drogou, byl objeven na přelomu 19. A 20. stol a byl údajně využíván za války, aby měli vojáci více energie a méně strachu. Jedná se žluto-fialový prášek hořké chuti. Aplikuje se nosem či nitrožilně. Účinkuje ihned.

## **2.4.2 Kokain**

Kokain je alkaloid z koky, což je keř z Jižní Ameriky. Tam se tradičně koka žvýká. Nejčastěji se šnupe. Crack (chemicky volná báze) lze kouřit. Má krátkodobý účinek. V ČR je problém s kvalitou kokainu. Je velice drahý – cena se pohybuje 1500 – 2500 za gram, ale často se stává, že čistota kokainu je max. 10 %, ostatní jsou pouze příměsy jako např. omítka, mouka, odčervovací přípravek pro zvířata, tudíž je to dá se říci, sázka do loterie.

## **2.5 Těkavé látky**

Jedná se o chemické látky. Rozpouštějí tuky a lipolidní látky. Těkavé látky mají narkotický účinek. Typickou těkavou látkou je aceton, toluen, éter, chloroform, složky rozpouštědel, lepidel či ředidel. Způsobují nejdříve krátkou euforii a poté útlum nervového systému.

Účinkuje po inhalaci igelitovým sáčkem či napuštěným hadříkem, působí ihned. Jedná se o velice nebezpečné látky, jelikož hrozí poleptání dýchacích cest, toxické poškození jater, ledvin a poškození mozku.

## **2.6 MDMA a taneční drogy**

Jedná se o syntetické látky užívající se hlavně na tanečních akcích s elektronickou hudbou jako je techno, house. MDMA se začalo užívat v 70. letech v USA a od 80. let v Evropě. V současnosti patří mezi nejrozšířenější taneční drogu. Užívá se ústy.

Po požití drogy mizí špatná nálada či stres a nastupuje klid, zvyšuje se komunikativnost. MDMA se říká „droga lásky“, jelikož vyvolává potřebu se dotýkat a empatie. (KALINA, 2008).

### 3 SOCIOLOGICKÉ ASPEKTY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Drogová závislost patří mezi sociálně patologické jevy. Tyto jevy zkoumá více oborů než jen sociologie třeba jako kriminologie, psychologie či lékařské vědy.

#### 3.1 Sociální deviace

Pojem “sociální deviace” byl zaveden až v počátku 20. století. Slovo deviace pochází z latiny, konkrétně ze slova de-viare, což znamená “odchýlit se z cesty”.

Sociální deviací se označuje odchylka od nějaké sociální normy nebo její porušení. Sociální normou se nemyslí pouze zákony, ale také etické či náboženské normy nebo zvyky. (MUNKOVÁ, 2001, s. 7)

Sociální deviaci se také může rozlišit na pozitivní či naopak negativní. Pozitivní sociální deviací může být příkladem abstinence a naopak negativní sociální deviací může být absolutní porušení abstinence – alkoholismus. (MUNKOVÁ, 2001, s.9)

Hlavním problémem sociální deviace je otázka normality. Je potřeba rozlišit co je normální chování a naopak co je odlišné - deviantní chování. “Deviantní chování není nic jiného než chování odchylné od společenských norem. Může se týkat jak jedince, tak celých skupin či jejich subkultur.”(HAVLÍK, 2005, s.103). Jedna kultura pokládá něco za normální, co jiná kultura zase naopak. Nejdůležitější při určování deviace je norma, od které se dané chování odlišuje. To, že se ještě chování jedince odlišuje od normy, ještě nemusí být deviace. Důležité je jak často neboli do jaké míry je norma překračována a jaké jsou za překračování dané normy chování postihy.

Co se týká sociální patologie, tak se jedná o velice závažné odchylky od chování, které je společností pokládáno za společensky přijatelné a pro většinu lidí běžné. Jde o tak velké porušování hranic, kdy jsou již odchylky brány jako pobuřující, ohrožující nebo netolerované společností. Norma a míra tolerance se mění od společnosti ke společnosti.

Za dodržováním sociálních norem stojí sankce. Do sankcí patří všechny mechanismy vedoucí k posilování norem. Rozdělují se na pozitivní a negativní. U

posilování sociálních norem ve vědomí lidí jde o pozitivní sankce, a pokud se jedná o porušení sociální normy, tak se jedná o negativní sankci – trest.

Sankce se dále dělí na formální a neformální. Formální sankce jsou přesně daná, psaná pravidla a oproti tomu neformální sankce jsou součástí mezilidských vztahů a dalo by se říct, že jsou i důležitější pro chování lidí, jelikož mají větší vliv na chování lidí. (MUNKOVÁ, 2001, s.11)

### 3.2 Teorie sociálních deviací

Nejhlavnějším faktorem mezi řádnými a kriminálními občany je dostatek či naopak nedostatek příležitosti k dosahování úspěchu, v tom smyslu, jak je společností chápán. Tlaky k deviacím jsou důsledkem rozporu mezi aspiracemi a příležitostmi. Jak aspirace či příležitosti jsou odlišné od nejnižších či nejvyšších vrstev.

Nyní bych uvedla několik současných teorií popisujících sociální deviace. Jelikož teorií je mnoho, uvedu jen ty nejdůležitější. Pro všechny tyto teorie je důraz na vazbu mezi konformitou a deviací.

- **Biologické** - starší typ, svou pozornost směřují hlavně na studium kriminálního chování a analýzu zločinu, který je podle jejich mínění vykonáván biologicky determinovanými jedinci
- **Psychologické teorie** - spojují kriminalitu s určitým typem osobnosti, největší vliv zde má psychoanalýza. Zde je hlavní hledání zdrojů deviantního chování z dětství a dospívání.

Důležitým pojmem je psychopatická osobnost - označení pro člověka s poruchou osobnosti. Psychopatie není nemoc. Chování psychopata výrazně nebo i extrémně odchyluje od ustáleného vzorce jednání ve společnosti.

- **Sociologické teorie** – vyvíjí se již od konce minulého století. Za průkopníka je považován francouzský sociolog Durkeheim, který v roce 1885 sepsal své dílo „Pravidla sociologické metody“. (MUNKOVÁ, 2001, s. 17)

**Teorie anomie** - velice významná teorie. Rozvinul ji E. Durkheim při studiu sebevraždnosti jako sociologického jevu. Anomie je stav beznormosti ve skupinách a ve společnosti. Ve společnosti by měly být jasně stanoveny normy, které by měly být přísně vymezeny a respektovány, měly by se dodržovat. Pokud se tyto dané normy nedodržují, nastává ve společnosti chaos a chaosem nastává stav anomie. Durkheim tvrdí, že anomie je důsledek moderní doby, kdy je důležitější honba za ziskem a mocí než morálka a zdrženlivost. Durkheim se zajímal o sociální změny – předmětem byla analýza společenských principů, kvůli kterým lidé jako společnosti dodržuje solidaritu a tudíž popisuje i stav, kdy je tato solidarita narušena. Stav, kdy je solidarita narušena je stav anomie. (MUNKOVÁ, 2001, s.20). Dle Durkheima ovlivňují stav anomie zejména velké změny ve společnosti jako třeba hospodářská krize, velká ekonomická změna nebo politický převrat.

Teorii anomie přepracoval R. K. Merton - ten považuje anomii za zhroucení norem, cílů a hodnot. (HAVLÍK, 2005, s. 105). Podle Mertona je zdrojem anomie nesymetrie mezi kulturní a sociální strukturou společnosti. Dle Mertona je také anomie rozpor mezi přijatelnými normami a realitou. Merton dělil dva základní prvky sociální a kulturní struktury. Na jedné straně jsou to jasně kulturně definované cíle a zájmy, které jsou legální, na druhé straně to jsou přijatelné způsoby, jak dosahovat cílů. Negativně působí obrovský důraz na bohatství, které je měřítko úspěchu proti daným regulovaným způsobům dosahování úspěchu ve společnosti. Tím myslí korupci a jiné nezákonné chování jak dosáhnout úspěchu. (MUNKOVÁ, 2001, s.40). Zjednodušeně řečeno, lidé ve společnosti jsou povzbuzováni k tomu, aby měřítko úspěchu byly peníze, ale ne každý může dosáhnout bohatství, jelikož má nízké příjmy, nízké vzdělání atd. Sociální systém společnosti je uzavřený kruh, kde lidé mají omezené šance na sociální vzestup. Dle Mertona je příčina deviantního chování ve společnosti, která ne každému umožňuje dosáhnout stanovených cílů.

U této teorie je také nutno zmínit, co je to KONFORMITA. Konformita je normální způsob chování, kdy lidé přijímají jak předepsaná pravidla, tak prostředky k dosažení cílů. Konformita je ve stabilní společnosti. Konformitou udržujeme systém stabilní.

INOVACE – je prvním typem nekonformního (nenormálního) chování. Tento typ podněcuje velký kulturní důraz na úspěšnost. Hodnoty, které jsou již zavedené,

povzbuzují k úspěchu, ale struktura třídy velmi omezuje dostupnost dosažení úspěchu. V rámci deviantních adaptací má inovace obrovský význam. Inovace vlastně znamená odmítnutí legitimních prostředků k dosažení kulturně daných cílů. Tyto dané cíle však zároveň kladně akceptují. (MUNKOVÁ, 2001, s.41). Inovace a jejich rozsah jsou ukazatel anomie. Lidé, kteří mají cíl být bohatí a majetní jsou nuceni, aby vyhledávali jiné než legální prostředky k jeho dosažení. (MUNKOVÁ, 2001,s.41).

ÚNIK - jedná se o další způsob adaptace a únikem nazýváme takový způsob chování či jednání, který je konformní společností odmítán. Tito lidé neuznávají kulturně dané cíle, normy, pravidla. Sem právě patří drogová závislost, jedná se o únik z reality. Dle sociologického hlediska jsou tito lidé jako cizinci ve společnosti.

**Teorie diferencované asociace** - základní myšlenkou je kulturní přenos deviantního chování prostřednictvím sociálního učení. Výskyt deviantního chování se přenáší hlavně v malých sociálních skupinách a v rodinách. Hlavním autorem této teorie je Edwin Sutherland, žák chicagské školy, který se zabýval příčinami chování porušující sociální normy. Pokládal si otázku, jak je rozložena kriminalita v jednotlivých sociálních prostředích. Sutherland zkoumal, jak proces interakce v jednotlivých skupinách ovlivňuje lidské chování.

Dle Sutherlanda se každý člověk již od dětství učí kriminálním nebo konformním vzorům ze svého nejbližšího sociálního prostředí – to znamená, že deviantní chování jedince se přenáší sociálním učením.

V tomto procesu diferencované asociace, kdy se sdružují lidé s určitými vzory chování, jsou velice důležité další okolnosti jako:

- frekvence či trvání těchto procesů v čase
- období života, ve kterém k interakci dochází – největší vliv má samozřejmě učení se vzorům v raném dětství
- sociální prestiž těch, kteří se deviantně chovají a osobní vazby na dotyčného jedince

Tato teorie byla kritizována kvůli tomu, že Sutherland nedovedl vysvětlit, proč dva jedinci, kteří se ocitnou ve stejném procesu sociálního učení, nemusí nastoupit kariéru

kriminálního. Zde Sutherland připouštěl, že mají vliv osobnostní rysy člověka – hlavně odolnost jedince vůči vlivům okolí. Nesporné je však Sutherlandovo tvrzení, že existuje vazba mezi vlivem skupiny a individualitou člověka – užívání drog atd. (MUNKOVÁ, 2001, s. 29).

Pokračovatelem Sutherlanda byl Daniel Glaser, který pokračoval svojí teorií – **teorie diferencované identifikace** - klade důraz hlavně na význam osobností identifikace člověka s reálným a imaginárním představitelem kriminální role. Došel opět tomu, že tato identifikace je nejvíce formována v dětství člověka.

**Teorie etiketizační** - zde je deviance vlastnost, která je tomuto chování udělena veřejností, veřejnost si tedy vytváří pravidla, která aplikuje na chování jednotlivých lidí a označuje je za devianty

**Teorie kultur a subkultur** - zde je základní podnět pro vznik deviantního chování sociální tlak. Společnost je složena z různých kultur, které vznikají a zase zanikají. Vznik deviantní subkultury je řešením problémů. Deviance se rozvíjí v rámci interakcí osob se stejnými či podobnými problémy. (HORÁK, 2005).

**Teorie napětí** – teorie napětí neboli strain theory znamená, že určité pokud se člověk chová deviantně, tak je to důsledek sociálního tlaku, kterému je postaven ze strany společnosti a s tímto tlakem se musí nějak vypořádat. Autoři teorií byli zaměřeni na formy deviantního chování jako třeba agresivita či vandalismus. Delikvencí lze tedy vysvětlit ne jako problém, ale jako řešení problému. Autoři se také snažili dokázat výzkumy, že vznik delikventních subkultur je následek kolektivního řešení problémů. Tyto problémy vnímají dotyční jedinci jako problémy společné. Sociální deviance je tedy rozvíjena vlivem interakce ve skupině lidí, kteří jsou vystaveni stejným problémům. (MUNKOVÁ, 2001, s.48).

Nejvýznamnější autor této teorie byl Albert Cohen, který napsal studii Delikventní chlapci z roku 1955, jedná se o subkulturu delikventního gangu. Cohen ve svých analýzách vychází z modelu Mertona. Přišel na to, že společná interakce dotyčných „problémových“ jedinců s podobnými problémy je zdrojem vzniku subkultur a zdrojem

výběru řešení odlišných problémů. Cohenova studie uvádí, že gangová subkultura je charakterizována tímto:

- Neutilitární jednání - toto jednání není zaměřeno k získání hmotného prospěchu. Patří sem hlavně vandalismus, jde zde o negaci hodnoty majetku, která má nějakou cenu, o negaci zodpovědnosti.
- Zlomyslnost
- Negativismus – mladí lidé nerespektují dané hodnoty, ale nesouhlasí s nimi a staví se k nim negativně
- Hedonismus – základním kamenem gangu je odsouvání nepříjemných skutečností a naopak preference příjemných prožitků – čímž můžeme rozumět také drogy
- Skupinová autonomie – základem je loajalita vůči ostatním členům

Pokud jde o funkce delikventního chování, tak Cohen našel dvě funkce:

- umožňující dosažení alternativního statusu
- touhu pomstít se systému, který dotyčné jedince jednou provždy označil za nějak neúspěšné

Podle Cohena gang převrací naruby hodnoty, které vyznává „normální“ společnost a ty uznává. V roce 1960 vznikly varianty na Cohenovu koncepci. Nejpřínosnější je **teorie nelegitimních příležitostí** od Richarda Clowarda a Lloyda Ohlina (1960). Tato teorie má východisko opět z příčin sociálních deviací zpracovaných Mertonem. Cloward a Lloyd jsou přesvědčeni, že delikventní chování je problémem hlavně ve městech a u nižších sociálních tříd. (Cloward, Ohlin, 1960). Pro vznik gangu je dle Clowarda a Ohlina přítomnost nelegitimních příležitostí, které jsou základ pro vznik a začlenění se do subkultury. Další podmínkou je samozřejmě existence kriminality. (MUNKOVÁ, 2001, s. 51).

Existují tři typy delikventních subkultur:

1. Kriminální subkultura - vznikne tam, kde je otevřenost nelegitimním příležitostem, člověk přijme kriminální role dospělých, od kterých se učí kriminálním činnostem. Jedná se hlavně o oblasti nižších tříd.



2. Konfliktní subkultura – vznikne za situace, kdy jsou uzavřeny legitimní i nelegitimní příležitosti pro ekonomický úspěch. Tato situace může vést mladé lidi k násilí a válčení gangů. V této subkultuře lze získat respekt.
3. Retreatistická subkultura – tato subkultura upřednostňuje strategii úniku, neúspěšné začlenění do předchozích dvou typů subkultur.

Nejběžnější zdroj frustrace u mladých lidí považují Cloward a Ohlin tlak na úspěch a peníze přesně tak, jak psal Merton. V městských ghetech byla dříve velká nezaměstnanost v rozmezí 40 – 50%, ve statistikách byla vražda černochů na prvním místě v žebříčku. Toto byl bod zlomu v tom, že autoři teorií zjistili, že byla velice podceněna otázka problematiky etnicity a dopadu delikventního chování pro život. (MUNKOVÁ, 2001, s.51).

### **3.3 Faktory vzniku závislosti z hlediska sociologie**

Každý člověk se může stát závislým na droze. Neexistuje určitá zvláštní osobnost, předem rozpoznatelná, která by byla k užívání drog a případné závislosti předurčena. Jedná se o bi-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují.

Mezi příčinami vzniku závislostí na návykových látkách lze však rozlišit přinejmenším tři skupiny činitelů a to: droga, člověk a prostředí.

- Droga - nesporně základní, ne však jediný důležitý činitel při vzniku toxikomanie. Předpokládá se, že schopnost vyvolat u citlivého jedince dychtění po droze („craving“), vedoucí k nutkavému opakovanému užívání drogy, je založena na schopnostech drogy 1/ vyvolat silný psychický účinek - zážitek, 2/ být rozpoznána mezi jinými látkami, 3/ vyvolat následné nepříjemné pocity - po přerušení opakované aplikace.
- Pro prostředí - primární je otázka dostupnosti drogy v okolí jedince (distribuce a cena drog). Velmi důležitým faktorem je tedy i pohled společnosti na užívání dané drogy. Snadná dostupnost rozpouštědel (těkavých látek) bývá hlavním důvodem volby u finančně slabých a zejména u velmi mladých toxikomanů. Přitom závislost solvenciového

typu (organická rozpouštědla) má velmi závažné a rychle se vyvíjející důsledky, včetně nevratného poškození CNS, těžkého až fatálního poškození jater a ledvin. Četné bývají případy náhlého úmrtí při inhalačním zneužívání rozpouštědel třeba již při prvním experimentování s drogou.

Mezi sociální faktory a situace, které vznik drogové závislosti usnadňují, patří prostředí fetující party, rozvrácené rodiny, nedostatek láskyplné péče rodičů u dětí, osamělost, kriminální subkultura atd. Chronický stres vznik závislostí usnadňuje.

- Organismus – při zkoumání drogových závislostí se prokázalo, člověk má dané osobnostní i genetické predispozice k závislostem. Drogově závislí lidé jsou nejčastěji zvědaví, mají rádi risk, nové zážitky, rádi cestují nebo se věnují umění. Z těch negativních vlastností jsou závislí lidé také lidé nevyrovnaní, impulsivní, úzkostliví, se sklonem k depresím. Určitý vliv má rodová predispozice.

Zajímavé je, že u žen se vyvíjí závislost na drogách rychleji než u mužů, jelikož jsou citlivější. A naopak mají větší zájem o léčbu než muži.

Existují pouze určité rizikové faktory, které významně zvyšují riziko vzniku závislosti:

- Stres - aktuální stresová situace je spouštěč
- Nefunkční (rozvrácená, neúplná apod.) rodina s příliš volnou nebo naopak přehnaně tvrdou disciplínou, bez žádoucích citových vazeb.
- Chybějící sociální zakotvení a vazby na vhodné a přiměřené kamarády a kolektiv
- Závislost v rodině nebo alespoň nadužívání léků či alkoholu nebo jiné návykové chování.
- Nižší úroveň vzdělání, neúspěch ve škole.
- Zvýšený vliv party či subkultury, která bere užívání drogy jako normu.

- Městské prostředí, které umožňuje snadnější dostupnost drogy.  
([http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm))

## **4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI**

Drogová závislost je onemocnění, které je léčitelné. Léčba je však ne vždy účinná, a proto často dochází, že se dotyčný po abstinenci k droze vrátí. Do těchto aspektů patří psychologické, vývojové a rodinné (sociální) faktory vzniku závislosti. To, že má však někdo větší dispozice stát se závislým neznámá, že bude drogy brát. (PRESL, 1987, s.13). Předpoklady či faktory, které zde uvedu, nejsou jednoznačné na vznik závislosti. Rizikové faktory mohou být z různých oblastí – sociální, etnické, antropologické, biogenetické, psychologické. Faktory, které zde uvedu, však mohou mít roli ke vzniku závislosti či k jejímu udržování.

Z většiny jde o typické rysy osobnosti či typické rodinné vztahy, které jsou běžné pro vznik závislosti.

### **4.1 Rodinné faktory**

Teorie, které se zabývají rodinnými vztahy, jsou toho názoru, že rodina a vztahy mohou přispět ke vzniku závislosti. Samozřejmě, že větší šance vzniku závislosti je v rodině, kde někdo z rodinných příslušníků drogy bere.

### **4.2 Spoluzávislost**

Tento termín spoluzávislost neboli kodependence vznikl ve třicátých letech minulého století při hnutí Anonymních alkoholiků. Aktivisté začali zjišťovat vliv rodiny a rodinného prostředí na abstinenci. Do spoluzávislosti patří vlastně chování, komunikace, kterými je závislost spíše podporována. Je to postaveno na tom, že rodina či partner závislost podporují či umožňují.

### **4.3 Funkce užívání závislosti jako náhradního problému**

Tento problém je v tom, že rodiče zacházejí se závislostí dítěte nadměrně přísně či zlostně nebo naopak jim to je jedno, příliš liberálně. Výsledek je pouze to, že to nic nemění. Příkladem bych uvedla např. syndrom prázdného hnízda“. Dítě, které má

problém s drogami, najednou opustí domov a rodič nemá kontrolu nad jeho závislostí. Chovají se k němu tak, jakoby to byl jeho život, pouze jeho problémy. Takto mladý člověk odpovědnost nezíská, ani motivaci.

#### **4.4 Falešné osamostatnění (separace)**

Je přirozené, že dítě se snaží odpoutat po čase od rodiny, budovat si svou vlastní osobnost. K tomu, aby se osamostatnil, je potřeba splňovat pár podmínek:

- Měl by odchod od rodiny cítit tak, že rodiče jeho odchod nebudou vnímat negativně či zranitelně.
- Odchod se obejde bez zbytečných konfliktů a zklamání
- Odchod by neměl být důsledkem pomsty vůči rodičům, ale touha žít si po svém, budovat si svou identitu.

Pokud nesplňuje tyto podmínky, které jsou normální pro to, aby přirozená separace od rodičů proběhla normálně, tak je možné, že se stane to, že se přestane podílet na rodinných vztazích, přestane se stýkat s rodinou. Zároveň je možnost viny vůči rodičům, což je přirozená „půda“ u slabších jedinců pro braní drog, jelikož se jim uleví od zlých pocitů.

#### **4.5 Hyperprotektivní matka**

Termín „hyperprotektivní matka“ se dá přeložit jako matka nadměrně pečující o své dítě. Často je na něm přehnaně citově závislá na úkor svých potřeb a svých vztahů. Mezi dítětem a matkou dochází k závislé vazbě, ze které není lehké odejít – osamostatnit se. Na druhé straně je ale zcela přirozené, že matce není příjemné a cítí bezmoc, pokud má její dítě potíže s drogami. Důležitým krokem, který terapeuti doporučují je, aby se rodič závislého dítěte věnoval svému životu, své práci, vztahů a nezaobíral se pouze závislostí svého dítěte. Matky se většinou dost obětují a zapomínají na svůj život, ale obětování závislému dítěti nepomohou, spíše naopak.

## 4.6 Nepřítomnost otce

Vlastnosti otce alkoholika je uzavřenost, dominance v rodině, prosazují pouze své zájmy. Toto není pro dítě příklad vztahu, tudíž má velmi silný vztah k matce než k takovému otci.

Různé studie zjistily, že problematický vztah s otcem zapříčinil závislost u dítěte – zejména na alkoholu. Tyto výzkumy zpracoval např. Vaillant či Pin Heiro.

## 4.7 Problematické rysy rodinných vztahů

Rodiny mají různé problémy a některé považujeme za možné příčiny vzniku závislosti. Výzkum uvádí tyto příčiny:

- Rodiče užívající drogy a páchající trestnou činností
- Přehnaná či naopak nedostatečná péče či výchova rodičů o dospívající děti
- Málo pravidel a problémy s jejich dodržováním
- Špatná komunikace mezi rodiči a dítětem
- Nepozornost k zájmům dítěte, přílišná benevolentnost ke vztahům dítěte s vrstevníky
- Velmi přísná výchova a vysoké nároky
- Velmi časté pocity studu či viny
- Vyšší výskyt negativních postojů a emocí
- Vyčítání rodinných přístupů mezi rodiči či v rodině

Z těchto rysů může vzniknout závislé chování nebo některé mohou vzniknout až jako důsledek braní drog.

## **5 VÝVOJOVÉ ASPEKTY ZÁVISLOSTI**

Zde bych se zaměřila na vývojové příčiny závislosti. To, zda bude člověk mít větší tendenci být závislý, se určuje již v rané vývojové fázi dítěte.

### **5.1 Teorie o fixaci v orálním stádiu vývoje**

Závislý člověk je zaměřen pouze na potřebu brání drog, má úplně jiné vnímání, je odkázán pouze na pocit uklidnění, který mu droga dodává, což se dá srovnat s kojencem, který je odkázán na péči matky. Je pasivní, nepodílí se skoro na ničem, stejně jako závislý člověk. Tyto rysy však nejsou o tom, že dítě, které je závislé na matce by mělo mít větší tendenci k závislosti. Orální rysy nepředstavují příčiny, ale sílí pouze až v průběhu závislosti.

### **5.2 Drogy ke zvládnání stresu**

Jak je všeobecně známo – drogy mění prožívání a emoce. Autoři, kteří se zabývají otázkou, proč se účinek drog pro člověka tak významný se jmenují Khantzian a Winnicott, již jsem je uváděla výše. Tito autoři přišli na to, že schopnost nezvládnání stresových situací se porušila již v době, kdy se vytvářela. Jedná se o nedostatek psychických funkcí a celkově o osobní slabé „já“.

Khantzian a Winnicott se přesvědčili, že narušení schopnosti zvládat stresové situace a nepříjemné psychické stavy pochází už z období raného dětství ze vztahu interakce matka – dítě. Pokud je interakce správná, tak dítě má pocit, že se může spolehnout ještě na někoho jiného než na něco samého, někoho, kterému se může svěřit, kdo ho podpoří. Tímto dokáže zvládnout větší stres či jiné nepříjemné situace v životě.

### **5.3 Teorie o obranných mechanismech**

„Obranný mechanismus je obvykle neuvědomovaný způsob, jaký člověk „chrání“ svou duševní rovnováhu.“ (KALINA, 2008, s.48). Takto Kalina definoval obranný mechanismus ve své knize. Tento mechanismus funguje však vždy na úkor něčeho jiného.

Tím, že si člověk vezme drogu, aby na problém dočasně zapomněl, tak z toho vzniknou další problémy, které se budou hromadit.

#### **5.4 Drogy jako manická obrana**

Tento aspekt vychází z toho, že drogy způsobují euforii a stimulují člověka k tomu, že vše zvládne. To se týká bipolární poruchy, dříve se toto onemocnění jmenovalo maniodepresivní porucha. Problém těchto lidí je již v dětství, kdy se jim nevytvoří dostatečně silná osobnost nebo „já“. Nedokáží pak zvládat náročnější a stresové situace. Závislý člověk vidí v tomto řešení brání drog.

#### **5.5 Drogy jako externalizace - obrana nebo vězení**

Externalizace neboli mechanismus ovlivňující mysl při brání drog. Jednoduše bych to vysvětlila tak, že pokud má závislý nějaký problém nebo řeší vnitřní problém, samotu, tak začne nejdříve nevědomě drogy zkoušet, ze začátku jen na společenských akcích, na nichž se díky drogám dostane do pohody, zklidní se. Pokud zde je však špatná rodinná situace, problémy ve vztazích a další problémy, je velká šance, že se z příležitostného užívání stane závislé užívání. Droga pak zcela vytěsňuje vlastní myšlení člověka, sebereflexe atd.)

#### **5.6 Bludný kruh drogové závislosti**

Člověk závislý na drogách má stále tendenci měnit svůj stav mysli. Být dál od reality. Rozdělit lze tento mechanismus do těchto bodů, které se stálo, opakují:

- Selhání – jde o zklamání, neúspěch, tyto pocity se mohou přeměnit na dlouhodobý pocit smutku, zlosti, neúspěchu
- Emoční regrese – prohloubení stavu selhání, člověk se nedokáže vyrovnat s nepříjemnou situací jako dřív (sportem, myšlením na něco hezkého, svěřit se někomu), vzniká prožitek, což znamená špatný fyzický i psychický stav, napětí, úzkost.



- Odosobnění (depersonalizace) – „Člověk jako by se rozdělil na dva (rozštěpení, splinting). Najednou jako by byl zároveň tím, který užívá drogy a tím, který to celé s odstupem vnímá – pozorovatelem.“ (KALINA, 2008, s.49).
- Pocit naplnění, klidu – závislý si vezme opět drogu, po níž přichází pocit štěstí, problém je najednou „ pryč“, ale jen do té doby co účinek odezní. Zdroje problémů jsou dál. K problémům se přidá ještě pocit viny, že to opět člověk nezvládl

Tento koloběh stále opakující přináší po čase další sekundární obtíže, hlavně stereotyp, poslední zbytky sebezáchovy mizí.

## **5.7 Závislost**

Teorie o attachmentu neboli závislosti popsal Bowlby. „Attachment je vrozený systém v mozku, který se vyvíjí způsobem ovlivňujícím a organizujícím motivační, emoční a paměťové procesy ve vztahu k významným pečujícím osobám. Vede dítě k vyhledávání blízkosti rodičů a navazování komunikace s nimi, a tím zvyšuje jeho šance na přežití.“ (KALINA, 2008, s.49).

Attachment je základ prvních vztahů umožňující kvůli psychické nezralosti využívat zralějšího a vyvinutějšího mozku rodiče. Rodič je takto využíván k pozitivnějším stavům dítěte. Bowlby dělí attachment na bezpečný, vyhybavý, úzkostný a dezorganizovaný.

## **5.8 „Křehké já“ a jeho vliv na vznik závislosti**

Jde o novější pohled na vznik závislosti a opět se tím zabývali Khantzian a Wurmser. Dospěli k té skutečnosti, že jisté problémy v raném dětství mohou mít vliv ke vzniku toho „křehkého já“. Člověk s tímto „já“ má problém zvládat emoce a stres. Mívá pocity prázdnoty, je příliš impulsivní, neumí ovládat své emoce. Dokud žije s rodiči, je jeho chování víceméně korigováno rodiči, v pubertě se tento stav ale začíná měnit, začíná se vymezovat, začíná si vytvářet vlastní hodnoty, začíná „se hledat“. Tento tlak lze zejména u těchto citlivých osob vyústit v závislost.

## 6 OBCHOD S DROGAMI

Drogy zde byly, jsou a budou. Pokud existuje poptávka, nadále bude existovat i nabídka. Drogy jsou v celém světě obrovský byznys. V České republice se ve větším množství vyrábí pouze pervitin, a proto je zde obchod s pervitinem nejrozšířenější. Heroin a kokain se dováží – heroin s Afghánistánu a Asie a kokain z Jižní Ameriky. V menším množství se u nás pěstuje marihuana, v menším množství proto, jelikož na pěstování je potřeba velkého prostoru a je potřeba hodně času, než vyroste, tudíž toho dealer musí prodat velké množství, aby se mu námaha s pěstováním vyplatila.

V obrovském množství vaří pervitin organizované skupiny, většinou jsou tito lidé sami drogově závislí. Drogy rozváží i za hranice – hlavně do Německa, Slovenska a Rakouska. Pervitin se vyrábí z léků s obsahem pseudoefedrinu, který většinou vozí z Polska. Efedrin obsahují léky na kašel a nachlazení a ve větším množství ho dotyčný v lékárně nedostane.

Největším problémem pro samotné uživatele drog je riskování kvality drog, které od dealera koupí. Maloobchodní dealerové ředí drogy všemožnými látkami, které mohou být i zdraví nebezpečné. Neznámá kvalita drogy je světovým problémem obchody s drogami jak v České republice, tak ve světě, důsledkem jsou vyhozené peníze a hlavně zdravotní riziko či riziko předávkování.

Amerika svádí boj s drogami před čtyřicet let, během této doby utratila za tento boj spoustu peněz, rozbila spoustu drogových kartelů, ale i přesto všechno jsou američané největšími konzumenti kokainu na světě.

### 6.1 Legalizace drog

Ve světě jsou odlišné názory na legalizaci drog, nyní myšleno tzv. měkkých drog – marihuany, extáze, lysohlávky. Konkrétně u marihuany se stále řeší, zda legalizovat či ne, jelikož jsou prokázány pozitivní účinky konopí v lékařství. Studie zjistily, že marihuana dokáže účinně zastavit šíření buněk způsobujících rakovinu a tím zmírňuje průběh. Další pozitivní vliv v lékařství je u lidí s Alzheimerovou nebo Parkinsonovou

chorobou. U těchto pacientů bylo dokázáno zmírnění příznaků nemoci – ztráta paměti, třes končetin, neschopnost se hýbat.

Samozřejmě jsou tu i negativní vlivy účinku měkkých drog. Například u uživatelů extáze je nebezpečí zástavy srdce v důsledku dehydratace organismu. Uživatelé lysohlávek a LSD zase mohou upadat do hlubokých depresí. Kouření marihuany je zase možná ještě nebezpečnější než kouření cigaret a kvůli zpomaleným reakcím je velice nebezpečné pod vlivem marihuany řídit u extáze jsou zase zrychlené reakce, tudíž také naprosto nevhodné pod vlivem této drogy řídit.

V Portugalsku není užívání drog již trestný čin, ale je zakázáno, což je jako u nás v České republice. Uchovávání menšího množství je bráno jako administrativní přestupek, který je pokutován. S rozdílem vůči Portugalsku je u nás nejvíc uživatelů marihuany z celé Evropy.

Plná legalizace marihuany je od roku 2013 v Uruguayi. V Holandsku je marihuana dekriminální, ale držení drog je nadále nelegální, policie je však k tomuto tolerantní. V Číně je užívání drog bráno jako mírný přestupek, ale jsou zde vyšší finanční postihy a vazba bez soudu. (Legalizace)

Nejméně tolerantní zemí v Evropě vůči drogám je Švédsko, užívání i držení je nelegální i užití malinkého množství může uživatele dostat až do vězení, ale většinou je problém vyřešen pokutou. Nejtvrdsí tresty proti drogám v celém světě má Japonsko. Japonský zákon pojmenovaný Farmaceutické záležitosti zakazuje výrobu a prodej 68 druhů drog a není zde žádná tolerance vůči drogám. Jsou zde tresty v podobě dlouhých pobytů ve vězení.

## 7 CHARAKTERISTIKA VĚKOVÉ ETAPY

Raná dospělost neboli mladá dospělost spadá do věku od 20 do 30 let. Každý člověk je však dospělý jindy. V této etapě je velká rozmanitost, jelikož biologický vývoj je po 20. roce pomalý. Otázkou je, zda je možno určit to, zda je člověk dospělý léty a také duševním vývojem. Nyní bych uvedla body, dle kterých by měl být člověk „dospělý“:

- Je schopen produktivně pracovat, chápe smysl, proč pracuje, zabezpečuje svoji existenci nebo je možné, že studuje vysokou školu, která ho připravuje na budoucí náročné povolání. Jeho pracovní výkon je víceméně bez absencí.
- Bez problému spolupracuje s kolegy, radí podřízeným, jedná v klidu s nadřízenými.
- S penězi hospodaří samostatně, jídlo, oblečení si kupuje sám.
- V zaměstnání jedná dospěle, nepodřizuje se zbytečně a nejedná impulzivně
- Má naplánovanou svoji budoucnost
- Bydlí samostatně nebo v domě/bytě s rodiči, ale má tam oddělený svůj prostor. Pokud má svůj vlastní byt, cítí se již v bytě rodičů jako host.
- Svůj volný čas tráví sám nebo s přáteli. S rodiči tráví čas o dost méně než dříve, což není o tom, že by je neměl rád, ale má na ně málo času.
- Bez problému se stýká s opačným pohlavím, dokáže dokazovat i přijímat lásku, vztah s opačným pohlavím je pro něj citově silnější než vztah k rodičům.
- Zajímá se o tom, aby přátelé a rodina byli šťastní.

V období rané dospělosti má člověk velké naděje, hodně energie, nadšení. Dospělý člověk si hodně věří, v překonání překážek, je rozhodný, dokáže se prosazovat více než v pozdějším věku, vidí věci realisticky.

Mladá dospělost je období plné intimity a zájmu o jinou osobu než o sebe. Tato životní fáze je shluk více životních mezníků jako stabilita zaměstnání, dosažení vyšší pozice v profesním životě, vzniku manželství a zplodění dětí. V tomto období také dochází k harmonizaci racionálního a emočního hodnocení. V rané dospělosti je člověk emočně stabilnější a dokáže své emoce lépe regulovat. (VÁGNEROVÁ, 2007, s. 27)

Člověk ve 20. – 30. letech je klidnější, psychicky harmonický, nevede tak bouřlivý život jako v pubertě. Realizuje to, co si představoval v adolescenci. Hledání v pracovní sféře je u konce. Ze začátku si může „ořukávat“ pracovní pozice, ale nakonec zakotví a buduje pracovní dráhu. Ideálně nalezne takový protějšek do života, z jehož vztahu vznikne manželství.

Nyní bych popsala tělesný vývoj, pracovní a společenský život této etapy. Poté bude následovat manželství, rodinný život a samozřejmě také rozvod, jelikož ten se také této věkové etapy týká. (ŘÍČAN, 2014, s. 55)

## **7.1 Tělesný vývoj v ranné dospělosti**

Tato léta se vyznačují jako léta největší energie, zdraví, elánu. Tělo je ještě mohutnější a zpevňuje se. Síla svalů dosahuje maxima v 25 letech. Mozek zvyšuje dále svou kapacitu, zvyšuje se také váha mozku. V této době jsou také vlasy nejsilnější a nejhustší. Na druhé straně se začíná velice pomalu, téměř nepatrně, snižovat výška z důvodu slábnutí meziobratlových plotének. Pomalu také člověk ztrácí citlivost pro vysoké tóny. Co se týče žen, tak ty mohou spatřit první vrásky, ale jedná se pouze o vrásky, které nejsou hluboké. (ŘÍČAN, 2014, s. 63)

## **7.2 Pracovní a společenský život**

Ve věku mladé dospělosti je zcela běžné, že člověk ještě nabírá zkušenosti a může měnit zaměstnání. Jsou však obory, kde mohou být lidé již na vrcholu. Jedná se hlavně o sportovce – fotbalisty, plavce, bojovní zápasníci.

Ze začátku jsou i různé komplikace v pracovním životě. Např. si mladý člověk může špatně vybrat vysokou školu. Někdo nemá vůbec studijní předpoklady pro studium vysoké školy, jiný si zase vybere takovou školu v odvětví, pro které se absolutně nehodí. Není nic horšího, než pokud člověk dělá celý život takovou práci, která ho nebaví a neuspokojuje.

Další komplikaci mají ženy, jelikož ty se musejí často vzdát kariéry kvůli dětem. Nebo pokud muž studující vysokou školu nechtěně čeká dítě s dívkou sociálně slabší, tak se

stane, že musí buď školy nechat, nebo ji dokončit při zaměstnání, jelikož je nutno mít zaměstnání k zabezpečení rodiny. (ŘÍČAN, 2014, s. 89).

### 7.3 Manželství

Manželství je jedním z nejdůležitějších kroků v životě. Tento krok poznamená do budoucna náš život, ať již pozitivně či negativně. Pokud člověk do manželství vstoupí, je to krok do prostoru, kde stráví větší část svého života, kde bude mít pocit domova, pokud tedy manželství chvíli vydrží. (ŘÍČAN, 2014, s. 99).

Historicky patří manželství mezi nejstarší sociální instituce v lidských dějinách. Manželství je v současnosti jedna ze dvou existujících forem vztahu páru, vedle toho je registrované partnerství homosexuálních párů. (VÁGNEROVÁ, 2007, s.89).

Manželství vymezujeme několika způsoby – sociálně, jelikož tvoří malou sociální skupinu spojující dvě doposud cizí rodiny novým příbuzenským vztahem, dále psychologicky a fyzicky - manželé spolu sdílejí společný prostor, domov.

Jsou však lidé, kteří nemají do manželství chuť, jsou takové povahy, že se nehodí do manželství a na tom není nic špatného, jelikož se cítí šťastní i tak. Mají rádi svoji samotu, svoje soukromí, bydlí sami, ale to neznamená, že by se nestýkali s opačným pohlavím. V dnešní době je fenomén být single – bez partnera. V USA bydlí single polovina lidí, podobně jsou na tom i lidé ve skandinávských zemích nebo v Číně. Single lidé se nejčastěji shlukují ve velkých metropolích. V New Yorku, Paříži či Londýně tvoří singles 70 % obyvatel města. Zejména se jedná o mladé lidi, kteří milují svou práci, práci žijí, budují kariéru a nechtějí se vázat partnerstvím, mají rádi svůj klid. Dále sem patří lidé, kterým manželství nevyšlo nebo se jim stále nedaří partnera najít či jim zemřel.

Otázka manželství se u člověka vyvíjí již od dětství. Již v prvních letech života se vytvářejí základy sexuální identity, ženství, mužství. Dále se rozvíjí v předškolním věku, v pubescenci a adolescenci. Pokud rodiče jsou v manželství šťastní a dávají to najevo, tak to je velice důležité, aby předškolák zařadil manželství do své budoucnosti.

Před vstupem do manželství by spolu dva lidé měli být alespoň půl roku ve vztahu, nejlépe spolu celou tu dobu bydlet, jelikož tak se projeví nejlépe skryté povahové

vlastnosti. Dnes je již také zcela normální, že spolu partneři před vstupem do manželství vyzkouší, zda spolu sexuálně ladí. (ŘÍČAN, 2014)

Dle statistik počtu uzavřených sňatků nastal obrovský pokles svateb v 90. letech minulého století. V 80. letech uzavřelo sňatek v průměru 80,4 tis párů ročně, tak v 90. letech to bylo již jen 63,7 tis párů. Od roku 2009 je tendence taková, že není ročně uzavřeno více než 50 tis sňatků, jejich počet se stále snižuje. Nejméně manželství bylo uzavřeno v roce 2013, tj. 43,4 tis, což bylo nejméně od roku 1918. (ČSÚ)

## **7.4 Rodinný život**

Zplodit dítě je náš nejdůležitější životní úkol, abychom předali geny, čímž zachováme rod, tak vzniká rodičovství. Úkolem rodiče je předat dítěti to nejlepší ze sebe. Zrození dítěte však předchází porod. Konkrétně pro ženu je porod jeden z nejdůležitějších okamžiků v životě, pokud je tedy pro to „mít dítě“ vyspělá. Tím, že porodí dítě, čímž se sama stane matkou, se oddělí definitivně od své vlastní matky. V dnešní době je ale běžné, že k porodu chodí také partneři či manželé, aby porod prožívali také. Z vlastní zkušenosti, jelikož jsem matka, tak i ze zkušenosti ostatních vím, že pro muže je porod také silný zážitek a ženu obdivují, jak to zvládla. Pro ženu je přítomnost partnera u porodu velmi důležitá jako opora. Může tím zesílit i partnerská intimita. Mateřství je pro ženu obrovská zkouška její zralosti.

Co se týče síly intimity partnerství, tak rodičovská starost o dítě by měla zvyšovat intimitu mezi partnery. Nyní již partnerka nemiluje pouze muže, ale také otce svého dítěte a toto platí i naopak. Bohužel však již jsem uvedla, tak výše uvedená tvrzení neplatí vždy. Dítě může narušit citovou rovnováhu partnerů. Jak je to šťastná událost narození dítěte, tak to je veliká zkouška vztahu. Partneři už nemají čas pouze pro sebe, ale musí ho vložit také do dítěte. Někdy vzhledem k tomu, že na sebe nemají čas, začínají vznikat první problémy. Žena se snaží muže držet doma, zakazuje jít do společnosti, jelikož sama musí být doma s dítětem. Citově muže vydírá. Časté hádky jsou také kvůli výchově. (ŘÍČAN, 2014, s. 114)

## 7.5 Rozvod

Rozvod je v dnešní době naprosto běžná věc. V Praze se rozvádí každé druhé manželství. Nejvyšší pravděpodobnost rozvodu je v prvních letech – konkrétně mezi druhým a čtvrtým rokem. Dříve byl rozvod hlavně negativní po majetkové stránce, nyní je rozvod spíše citovým konfliktem. Je jasné, že ekonomicky děti a rodič, který s dětmi zůstane, bude trápit, ale neohrozí to jejich zdravotní stav. Společnost je k rozvodu mnohem více tolerantnější než dříve, nechci být skeptická, ale osobně mě připadá, že se rozvod bere již jako běžná věc. Stává se, že rodiče spolu zůstávají kvůli dětem, což je sporné tvrzení, jelikož pokud se rodiče před dětmi hádají, tak je možná lepší žít odděleně. (ŘÍČAN, 2014).

Dle statistiky Českého statistického úřadu (ČSÚ), kde je nejaktuálnější statistika z roku 2013, bylo v roce 2013 rozvedeno 27,9 tis manželství, což bylo oproti roku 2012 o 1,5 tis více. V porovnání s lety 2001 – 2008 je rozvodovost však o 3 – 5 tis méně. Absolutní počet rozvodů je úměrný nízkému počtu uzavřených sňatků. Od roku 2001 má tendenci se rozvádět 45 – 50 % manželství. (ČSÚ).

Nejčastěji se manželé rozvádí po 3 – 5 letech, což bývá odborníky bráno jako krizové období. Většinou podává žádost o rozvod žena a to ve dvou třetinách případů. (ČSÚ).



## 8 PREVENCE

Prevenici drogové závislosti lze rozdělit na primární, sekundární a terciální. Tyto prevence nyní podrobněji rozvedu.

### 8.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je odradit člověka od prvního užití drogy, a když už ne odradit, tak alespoň co nejdéle odložit užití drogy. Dalším cílem této prevence je podpora zrání člověka, aby co nejméně rizikově našel svoji identitu. Primární prevence má také podporovat zdravý životní styl. Tato prevence závisí také na mnoha předpokladem dospělého jedince:

- Psychologický předpoklad – lidé, kteří tíhnou k tomu, aby zkusily drogu, se většinou nudí, jsou zvědaví, nemají svůj program, své zájmy, popřípadě nízké sebevědomí. Primární prevencí se zde rozumí, že se tito lidé učí otevřeně komunikovat, intimně žít s někým ve vztahu, asertivitě, dále se učí organizovat si svůj vlastní čas a důležité – mít své zájmy, pokud ne, tak je nutno si je vytvořit.
- Biologický předpoklad – zahrnuje zájem o své tělo, zdraví, výživu, léčba nemocí atd. Mnohdy jsou drogy používány jako analgetika – např. u zranění sportovců. Amfetamin je zase často brán jako „léčba“ obezity. Hlavně u žen.
- Sociální předpoklad – člověk, který je ohrožen drogou je většinou odlišný – vyčleněn z určité skupiny lidí nebo naopak se chce „zalíbit“ jiné skupině, často je také jiné rasy/barvy pleti. Tady je náplň primární prevence péče o menšiny, sociálně slabé jedince – tzn. pro-sociální chování, soucítění s druhými atd.
- Duchovní předpoklad – tento předpoklad tkví v tom, že člověk nemá žádný smysl života, nemá hodnoty, autoritu. Patří zde terapie, resocializace, nutné je, aby se člověk změnil.

#### 8.1.1 Centrum primární prevence

Toto centrum poskytuje školám, odborníkům i laikům odborné poradenství v oblasti primární prevence rizikového chování. Toto je realizováno prostřednictvím

dlouhodobých programů, poradenství a vzdělávacích aktivit. Tímto se snaží předejít rizikovému chování, případně problémům, spojených s rizikovým chováním.

Primární cílovou skupinou jsou žáci základních škol, jejich třídní učitelé a metodici prevence ve školách. Sekundární cílovou skupinou jsou ředitelé škol, rodiče žáků, dále odborná i laická veřejnost.

Primární prevence je poskytována na principech bezpečí, rovnosti, dobrovolnosti a také odbornosti.

## **8.2 Sekundární prevence**

Zde klademe za cíl předcházet vzniku a rozvoji závislosti u lidí, kteří již drogy berou nebo jsou na nich jich dokonce závislí. Léčba má vést k abstinenci, pokud ne, tak alespoň na léčbu, která učí kontrolovaně užívat drogy a na úplném konci substituční léčbu. Substituční léčba nemá za cíl vždy abstinovat.

Do úspěšné léčby není zapojen jen závislý, ale také jeho rodina. Je možnost využít resocializace, převýchova (redukace), nemedicínské přístupy či právního poradenství.

Příkladem léčby je například:

- Nový smysl života, nové hodnoty
- Přestat brát drogy
- Přijetí odpovědnosti za svůj život
- Změna prostředí – pryč od prostředí, kde to závislého nutí drogy brát
- Ohlédnutí se za tím špatným, co se člověk vlivem drog špatného provedl
- Setkání s těmi, kterými braním drog dotyčný zranil

Dále je často využívána skupinová terapie v komunitě – komunitní sociální práce, kde se jedná o následující principy:

- Člověk v komunitě není sám a může se s ostatními členy podělit o své problémy a vypovídat se

- Možnost se v komunitě k čemukoli vyjadřovat – cokoli, co dotyčného napadne
- Starat se nejen o sebe, ale také o druhé, nebýt lhostejný
- Žít život v realitě, v žádném „snu“
- Nezlobit se, pokud jiný člen komunity řekne něco negativního na jeho adresu, brát to jako něco, co mám zlepšit
- Respektovat soukromí členů komunity a nevynášet důvěrnosti mimo „ven“
- Mluvit pravdu, a být otevřený, aby člověk posílil sebevědomí
- Vstřícnost a pozornost k ostatním

Co se týče léčby, jsou také důležité předpoklady k určení léčby. Rozdělují se na biologické, sociální, spirituální a psychologické:

- **BIOLOGICKÉ** – zahrnuje nemoci, které jdou medicínsky ovlivnit, kvůli kterým závislost vznikla - typické pro užívání analgetik, dále které závislost udržují - běžné opakující se relapsy u odvykacích stavů, fyzické následky brání drog – narušená imunita, problém s pletí u uživatelů pervitinu až po závažné důsledky jako porucha zdraví jako následek žloutenky či viru HIV.
- **SOCIÁLNÍ** – sem patří sociální práce či sociologický výzkum. Jde o zkoumání sociogenních vzorců podporující vznik závislosti nebo závislost udržují, např. vliv vrstevníků, kteří drogy berou či k nim mají kladný vztah. Je dokázáno, že lidé, kteří žijí v chudobě či mimo „normální“ lidi mají větší sklon ke vzniku závislosti. Z tohoto důvodu je jako součást léčby nutná resocializace.
- **SPIRITUÁLNÍ** – důležitý je program léčby, který se nazývá „Program 12 kroků a 12 tradic“. Existuje samozřejmě více programů, ale všechny jsou zaměřeny na životní styl závislých, víru v Boha. „Jsou to programy, které vycházejí z jungiánských tradic nebo z transpersonální psychologie, případně programy na religiózní bázi reprezentované například „Teen Challenge.“ (KALINA, 2008, s.22).

- **PSYCHOLOGICKÉ** – nutné je znalost celé biografie klienta, zkoumáme, zda je souvislost mezi psychologickými předpoklady člověka a vznikem závislosti. Určí se doba, kdy závislost začala vytvářet psychologické problémy. Důležitá je psychodiagnostika, což znamená, že se identifikují změny psychiky, které vznikly vlivem braní drog – porucha osobnosti, panické poruchy, deprese, bludy, poruchy vnímání atd. Léčebné prostředky závisí na typu terapeutických pracovníků a jejich odborném výcviku.

### 8.3 Terciální prevence

Terciální prevencí je předcházení trvalému poškození, ať už zdravotního či sociálního, které při dlouhodobém braní drog vzniká. Patří sem:

- Resocializace - u klientů, kteří prošli léčbou, která vede k abstinenci, nebo klienti, kteří využívají substituční léčbu a neužívají nelegální drogy.
- Klienti, kteří nechtějí skončit s užíváním drog, ale je důležité snížit zdravotní rizika, hlavně přenosu HIV či hepatitidy při injekčním užívání.

Tato prevence využívá hlavně sociální přístupy a sociální práci – hledat zaměstnání, bydlení, pomoc při kontaktu s úřady, pomoc rodině. Tento přístup má vliv na zlepšení biologických předpokladů. Toto znamená, že pečuje o zdraví uživatelů tím, že mění nové jehly za staré (např. K-centra), poskytuje jim běžné informace, co se týká užívání a problémů s tím spojených jako jsou abscesy, trombózy. Je tu také velká snaha o bezpečný sex jedinců opět kvůli přenosu infekčním nemocem.

Je sem zahrnuta i psychologická pomoc zahrnující doléčovací aktivity, poradenství jednotlivcům či skupinám, výchova rodiny, trénink motivace. Velice významná je psychologický pomoc či podpora v nejhorších fázích závislosti, kdy již lékařská pomoc nepomáhá nebo pokud ji závislý odmítá. Patří sem také pomoc lidem, kteří mají již pokročilou fázi AIDS nebo umírají. Zde se již prolíná pomoc psychologická se spirituální, která pomáhá se smířit se smrtí nebo jedince na smrt připravit.

## **9 AKTUÁLNÍ STATISTICKÁ DATA Z KRÁLOVĚHRADECKÉHO KRAJE**

Nyní bych se zaměřila na statistiku braní drog v Králověhradeckém kraji. Statistiky vykazují K-centra jednotlivých krajů a dále také Centra terénních programů. Já se konkrétněji zaměřím na K-centrum v Hradci Králové a Centrum terénních programů Králověhradeckého kraje, nejdříve bych však K-centra alespoň stručně popsala.

### **9.1 K-centra**

Posláním K-centrem jsou adiktologické a sociální služby pro injekční i neinjekční uživatele drog a jejich blízké lidi – rodinu, přátele. V každém kraji je jedno K-centrum, ale terénní pracovníci dle určitého opakování se ho plánu jezdí za uživateli do menších měst, případně větších vesnic. Uživatelé již dopředu ví, kdy za nimi přijedou a na kterém místě se s terénními pracovníky sejdou. Tyto služby se poskytují odborně odborně způsobilými pracovníky. Snaží se o to, aby klienti vedli běžný život a pokud možno se rozvíjeli. Co se týče vztahu K-center k veřejnosti, tak je to ochrana zdraví tím, že terénní pracovníci bezpečně likvidují použité stříkačky nebo je mění uživatelům kus za kus, čímž se eliminuje výskyt infekčním chorob jako HIV či hepatititis. Součástí služeb K-centra je také testování na hepatititis typu C, která je nejrozšířenější mezi injekčními uživateli drog. Tito uživatelé tvoří 89% klientů.

### **9.2 Statistika roku 2014**

V tomto roce došlo k většímu nárůstu počtu klientů a také nárůstu počtu vyměněných stříkaček. Tento trend lze pozorovat již dlouhodobě a je to přičítáno tomu, že klienti mají větší důvěru ve služby K-centra. Průměrný věk uživatele je 31 let, to se oproti ostatním letům nezměnilo. Nejužívanější drogou je jednoznačně pervitin, na druhém místě jsou opiáty. Klienti si aplikují drogy nejčastěji nitrožilně.

Nyní bych zmínila statistiky porovnání roku 2014 oproti roku 2015.

| <b>STATISTIKA K-CENTRA</b>              | <b>2013</b> | <b>2014</b> |
|---|-------------|-------------|
| <b>Klienti – uživatelé drog</b>         | 278         | 312         |
| <b>Osobní kontakty s uživateli drog</b> | 5137        | 5389        |
| <b>První kontakty</b>                   | 85          | 71          |
| <b>Vyměněné injekční stříkačky</b>      | 88858       | 107445      |

### **9.3 Centrum terénních programů královehradeckého kraje**

Tato terénní služba poskytuje sociální a adiktologické služby pro závislé a jejich rodiny. Cíl je totožný jako u K-center, což je také ochrana veřejného zdraví a snaha eliminovat rizika, která jsou s braním drog spojené. Cílovou skupinou jsou samozřejmě drogoví uživatelé, ale mimo ně také lidé, kteří také berou drogy, avšak jsou ohroženi sociálně i kvůli svému rizikovému chování v důsledku braní drog. Primární cílovou skupinou jsou injekční uživatelé drog a jejich sexuální partneři. V sekundární cílové skupině jsou neinjekční uživatelé, což jsou blízké osoby uživatelů – např., kteří s nimi žijí, také rodina, či osoby jinak vztahově blízké k uživatelům. Prioritně jsou služby poskytovány osobám z primární skupiny, služby lidem ze sekundární skupiny se poskytují pouze tehdy, pokud to dovolí kapacita centra. Toto centrum funguje na principech nízkoprahovosti, profesionality, potřebnosti, harm education.

Co se týče služeb pro klienty, tak to je aktivní vyhledávání drogových uživatelů v jejich prostředí a představit jim možnosti Centra terénních programů. Stejně jako K-centrum také poskytuje služby, které by měli eliminovat rizika, které braní drog vytváří. Dále je zde snaha ovlivňovat životní styl uživatelů, aby drogy užívali bezpečněji, navádějí je ke zlepšení sociální i zdravotní situace. Sociální pracovníci také mohou

zprostředkovávat nebo odkazovat na další možné služby pro uživatele drog. Centrum terénním programů opět chrání veřejnost od pohozených injekčních stříkaček tím, že se stará o jejich sběr a bezpečnou likvidaci, tím lze opět předejít přenosu infekčních nemocí. Pracovníci také poskytují informace z oblasti drogové problematiky. Veškeré služby jsou poskytovány zdarma.

#### 9.4 Statistika roku 2014

Ve výroční zprávě se uvádí, že opět vzrostl počet klientů i prvních kontaktů, což znamená, že uživatelů drog o výměnném programu více ví. Služby jsou přístupné také pro neinjekční uživatele – tzn. příležitostně nebo lidé, kteří s drogami experimentují, hlavně tedy ze stimulačních a tanečními drogami. Nově se Centrum terénních programů také zaměřuje na uživatele konopných drog.

Nyní bych opět uvedla v tabulce statistiky roku 2014 oproti roku 2013:

| STATISTIKA CENTRA                 | 2013  | 2014  |
|-----------------------------------|-------|-------|
| <b>Klienti – uživatelé drog</b>   | 179   | 247   |
| <b>Injekční uživatelé drog</b>    | 128   | 114   |
| <b>Kontakty s uživateli drog</b>  | 1772  | 2142  |
| <b>První kontakty</b>             | 83    | 145   |
| <b>Počet vyměněných stříkaček</b> | 81152 | 78791 |

#### 9.5 Celorepubliková statistika za rok 2014

Zde bych zmínila údaje z třinácté výroční zprávy Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti o drogové situaci v ČR. Tato výroční zpráva se zabývá jen nelegálními a pouličními drogami.

Drogová situace užívání nelegálních drog je ve srovnání s ostatními roky podobná. Nejužívanější drogou je marihuana, kterou vyzkoušela alespoň jednou za život čtvrtina dospělé populace, co se týče roku 2014, tak marihuanu vyzkoušela desetina dospělých lidí. Co se týče celoživotní zkušenosti s extází, tak výzkum uvádí cca 6%, s halucinogeny, hlavně tedy houbami 4%, s pervitinem 3%. Extázi zkusilo v roce 2014 1,5% dospělých.

Nejvíce nelegální drogy využívají populační podskupiny, jako jsou mladí lidé, kteří navštěvují noční taneční kluby.

Nejvyšší míru užívání drog a návykových látek má populační skupina vězňů. Za rok 2014 mělo zkušenost s nelegální drogou 54% osob. Za alkoholem a tabákem následuje marihuana, pervitin neboli amfetamin nebo tlumivé léky bez předpisu. Zkušenost s injekčním užitím drog alespoň jednou za život uvedlo 31% osob.

Ve výroční zprávě se také uvádí, že ze skupiny drog amfetaminů je nejužívanější pervitin. Opiáty/opioidy jsou v naší zemi představovány hlavně heroin a buprenorfin. Novinka, která se objevila v roce 2014, je výroba velice kvalitního heroinu acetylací ze surového opia.

Přibližný počet uživatelů pervitinu a opiátů se v roce 2014 opět zvýšil a to u všech typů drog i injekčních uživatelů. Za rok 2014 statistika odhaduje 47 700 uživatelů opiátů a pervitinu – tj. 0,67 % obyvatel ve věku 15 – 64 let), z toho je 36 400 uživatelů pervitinu a 11 300 uživatelů opiátů. Osoby, které aplikují drogy nitrožilně, stoupl na 45 600. Krajově je drogami nejvíce postižena Praha, Ústecký, Karlovarský a Liberecký kraj. (Česká televize)

### **9.5.1 Zdravotní a sociální důsledky užívání drog**

V roce 2014 bylo nově diagnostikováno devět HIV pozitivních osob, které se nakazili pravděpodobně injekčním užitím drog. Injekční aplikace opiátů a pervitinu nadále zůstává vysoká, příčinou může být tzv. závislost na jehle“.



K sociálním souvislostem užívání drog řadíme nízké vzdělání, nezaměstnanost, zadluženost, rodinné problémy. Většina drogově závislých, kteří jsou v léčbě, nemají trvalé bydliště nebo jsou nezaměstnaní. (Česká televize).

### **9.5.2 HARM reduction programy**

Co se týče prevence a celkového snižování rizik spojených s užíváním drog, tak hlavními službami jsou nízkoprahová kontaktní centra a terénní programy, jak jsem již uvedla výše. Tyto služby jsou hlavní oblastní české protidrogové politiky. V roce 2014 působilo v ČR 105 nízkoprahových programů, z toho 54 kontaktních center a 51 terénních programů.

V roce 2014 bylo v kontaktu s nízkoprahovými centry 40 300 osob užívajících drogy, nejčastější byli uživatelé pervitinu (26 500 – 66%), dále uživatelé opiátů (7 500 – 19%) a marihuany (2500 – 6%).

U klientů těchto služeb je větší nárůst problémových uživatelů pervitinu, v roce 2014 pokles uživatelů buprenorfinu. Roste průměrný věk klientů, ženy tvoří třetinu klientů.

Výměnný program jehel a stříkaček v r. 2014 bylo poskytováno všemi 105 nízkoprahovými programy, počet vyměněného injekčního materiálu byl 6,6 milionu kusů, což je oproti roku 2013 velký nárůst. Statistiky také uvádí, že vzrostl počet programů, které distribuují cca 200 tis. kapslí. Možnost testování na HIV v roce 2014 nabízelo 74 nízkoprahových programů. (Česká televize).

## **10 ROZHOVORY S PRACOVNÍKY ADVAITA, Z.Ú.**

Byla jsem nucena změnit název organizace, ve které budu pořizovat rozhovor. Původní instituce, kde měl být rozhovor pořizován byl v OS Semiramis v Mladé Boleslavi. S organizací byla složitá domluva, vedoucí instituce nebyla rozhovoru příliš nakloněna s tím, že nestíhají a že si vlastně vše mohou dohledat v jejich výročních zprávách apod. Když jsem vycítila z vedoucí nelibost k rozhovorům, poprosila jsem mojí spolužačku z VOŠ, která pracuje v zapsaném ústavu Advaita v Liberci jako sociální pracovnice.

### **10.1 Popis organizace**

Advaita, z.ú. vznikla v roce 1997 s cílem pomáhat lidem, které jsou ohroženy závislostí a škodlivými návyky tím, že se snaží, aby tito lidé změnili svůj život tak, aby byl zdravější a naučili se být soběstační, ne sociálně vyloučení. Hlavní hodnoty této organizace jsou: zdraví, osobní růst, sebeúcta, lidská důstojnost, právo na sebeurčení, respekt k jedinečnosti, solidarita a úcta k životu. (Advaita)

Advaita, z.ú. se podílí na snižování poptávky po drogách jako jedné ze tří základních strategií moderní protidrogové politiky. Tato organizace má v provozu dvě zařízení:

#### **10.1.1 Centrum ambulantních služeb**

Program ambulantního poradenství (PAP) – cílem tohoto programu je snaha o pomoc drogovým uživatelům nebo patologickým hráčům, aby viděli svou nepříznivou životní situaci reálně, aby se v té situaci byli schopni orientovat, nejdůležitější je rozhodnutí toho daného člověka v další postupu řešení problému. Dalším cílem je úsilí o tvorbu motivace u ohrožených lidí a vůbec v nejlepším případě o ukončení špatných návyků. V centru jsou buď jednorázové konzultace, nebo také dlouhodobější spolupráce. Přednost dostávají lidé z Libereckého kraje.

Cílovou skupinou jsou lidé minimálního věku patnáct let, kteří mají v důsledku užívání drog problém se začleňováním se do společnosti nebo lidé, kterým hrozí sociální vyloučení a také lidé, kteří mají problémy kvůli patologickému hráčství. Patří sem lidé, kteří pouze drogy zkouší nebo kteří jsou na drogách již závislí. Do cílové skupiny patří

však také rodiny či partneři těchto ohrožených lidí. Lidé, kteří mají zájem o pomoc, Advaity by měli být schopni se dostavit na konzultaci střízliví a bez závažného stavu intoxikace.

Absolvent tohoto programu má být informovaný o drogové problematice a vědět o možnostech léčby své závislosti. Dále by měl vědět, jak řešit svou životní situaci s tím, že ho pracovníci Advaity případně odkáží na další instituce. Pokud má závislý zájem o léčbu, pracovníci se mu snaží vybrat tu nevhodnější, často pro klienta vyřeší i podklady, které potřebuje pro nástup na léčbu. Ti, kteří služby nechtějí využívat pravidelně, mohou docházet nepravidelně a i tak je pracovníci podpoří a informují o řešení problémů. (Advaita)

### **10.1.2 Doléčovací program (DP)**

Cílem DP je pomoc „vyléčeným“ uživatelům drog nebo hráčům k pozitivnímu myšlení, názorům, hodnot, které si při léčbě osvojili. Dalším cílem je předcházet návratu k závislosti, motivovat je v osobním rozvoji, radit v sociální oblasti, pracovní a v oblasti bydlení. DP se rozděluje na ambulantní a pobytovou část v Liberci a je přednostní lidem žijícím na Liberecku.

Cílovou skupinou jsou „bývalí“ uživatelé nebo hráči abstinující minimálně tři měsíce a dále si přejí abstinovat. Ambulantní forma doléčovacího programu je pro osoby od patnácti let, pobytová forma je určena osobám nad osmnáct let.

Absolventi DP by měli:

- Získat motivaci a oporu pro samostatný a soběstačný život
- Abstinovat od drog nebo hráčství
- Najít si práci, aby nebyli závislí na dávkách
- Najít si odpovídající bydlení
- Umět hospodařit s penězi, vědět kolik přesně dluží a hlavně dluhy splácet
- Vědět o svých dlužích, probíhajících trestech, aktivně je řešit
- Mít své zájmy, trávit přínosně volný čas (Advaita)

### 10.1.3 Terapeutická komunita advaita

Terapeutická komunita se nachází v Nové Vsi, což je kousek od Liberce a jedná se o pobytovou komunitu, kde je nemladší věk pro přijetí osmnáct let a člověk musí být závislý na návykových látkách. Hlavní cíl je dostat lidi ze závislosti na drogách a změnit jejich životní styl za více zdravý, podporovat osobní rozvoj klientů k lepšímu.

Do cílové skupiny patří samozřejmě lidé, kteří jsou na nelegálních drogách závislí, mají již větší poškození jak psychosociální, tak somatické. Tato cílová skupina má několik znaků společných: drogy berou již delší dobu hlavně tedy injekčně, jsou na sociálním dnu (nemají práci, mají dluhy, rodina je zavrhla, nestarají se o své děti), většinou se již také několikrát neúspěšně pokoušeli abstinovat. Často porušují zákony nebo za sebou mají také pobyt ve vězení.

Hlavním cílem je sociální rehabilitace, což je znovunavázání sociálních vztahů a běžných dovedností, integrace lidí do společnosti a do běžného života. Díky sociální rehabilitaci se postupně zlepšuje fyzické i psychické zdraví klientů, tím se zlepšují i rodinné vztahy. Klienti se naučí znovu základní dovednosti pro všední život. Sociální rehabilitace také učí klienty řešit otázky ohledně bydlení, nového zaměstnání či školy. V rámci tohoto programu pracovníci terapeutické komunity podpoří klienty v řešení problémů v rámci práva či financí. Absolvent terapeutické komunity přechází do doléčovací péče odborného zařízení, kde se doléčuje syndrom závislosti nebo hráčství.

Klient, který je absolventem terapeutické komunity by měl mít zdravotní vyšetření a stabilizovaný zdravotní stav. Pokud z terapeutické komunity odejde a je stále v léčbě, má kontakt na svého lékaře, kam se má dostavit na kontrolu. Klienti jsou schopni dodržovat osobní hygienu a dbají o své zdraví, jelikož jsou také informováni o zdravém životním stylu. Klient by měl být přesvědčen, že abstinovat je ta nejlepší možnost a pokud abstinovat, tak je ví, že je lepší abstinovat i od alkoholu. Absolventi také obnovili své pracovní návyky, nebo si je vytvořili, pokud nikdy žádné nebyly. Terapeutická komunita Advaita dokonce zajišťuje absolventům komunity zaměstnání za podmínky, že budou žít na Liberecku, což vidím jako veliké pozitivum pro start života bez drog. Pracovníci také zajistí klientům ubytování. Dále se snažili sami či prostřednictvím pracovníků zlepšit či obnovit rodinné vztahy. Důležité také je, že si našli své zájmy, čímž vyplní volný čas.

Klient také zná výši svého dluhu, který je potřeba splácet, případně má sjednáno pozastavení splátek, ale naučili se hospodařit se svými penězi. (Advaita)

V těchto zařízeních jsou tyto programy:

- Primární prevence
- Ambulantní poradenství
- Terapeutická komunita
- Doléčovací program

## **10.2 Rozhovor s pracovníky z.ú. advaita**

Nyní přecházím k rozhovoru, který jsem vedla se třemi pracovní Advaity. Všem jsem pokládala stejné otázky, každý z účastníků rozhovoru má jiné pracovní zařazení. Nyní bych krátce představila Lucii, Jakuba a Janu.

**LUCIE** (30 let) – Pracuje sedm let na pozici sociálního pracovníka sociálně právního poradenství ve všech programech Advaity, jak v terapeutické komunitě, tak na Centru ambulantních služeb.

**JAKUB** (46 let) - V Advaitě pracuje dva roky na pozici psychoterapeut.

**JANA** (33let) - Pracovní terapeutka v komunitě.

### **1) Jak byste definovali hlavní důvody (příčiny), které vedly u Vašich klientů k užívání drog?**

**LUCIE:** „Já si myslím, že tím hlavním důvodem je neschopnost naplnit volný čas, dalším důvodem může být útěk, často naši klienti řešili v období dospívání jako třeba špatná komunikace s rodiči, problémy ve škole, šikana a ty drogy jim poskytly nějakou útěchu, útěk, zároveň se tím dostali do party lidí, kde jim někdo rozuměl, poslouchal je, cítili se tam bezpečně, prostě mezi svými – prostě někam patřili.“

**JAKUB:** „Určitě genetika a životní zkušenosti. Genetika proto, protože u většiny lidí jsou nějaké závislosti v rodině. Životní zkušenosti myslím jako výchova, škola. S tou genetikou – to není můj subjektivní názor, ale je to daný určitými výzkumy.“

**JANA:** „Je to životní styl, který je ohrožuje na životě. Rodinné zázemí, které nebylo ideální a ze kterého se chtěl separovat a chytl se party, která jela v drogách nebo naopak je to rodinné zázemí, kde jsou rodiče vysoce postavení a nemají na děti čas. Někdy to je opravdu vyloženě zvědavost, nuda.“

## **2) V jakém věku začali Vaši klienti experimentovat s návykovými látkami, v jakém věku začali návykové látky pravidelně užívat?**

**LUCIE:** „Průměrně se dá říct, že mezi čtrnácti až šestnácti lety, jsou extrémní, kdy asi dva klienty za posledních pět let začínali v devíti letech s drogami, další extrém je, kdy začnou v sedmnácti, osmnácti.“

**JÁ:** A můžeš mi tedy říct, se kterou drogou začali v těch devíti letech? S marihuanou?

**LUCIE:** „Ano, obvykle startovací droga marihuana, později přijde pervitin, ale když říkám později, tak to je třeba za rok, za dva, za tři. Není to tak, že v devíti marihuana a ve dvaceti pervitin, těch čtrnáct až šestnáct let beru jako první zkušenosti s pervitinem.“

**JAKUB:** Nejčastější scénář je, že začínají okolo čtrnáctého až patnáctého roku a naši klienti nejvíce uvádějí v anamnézách, když se s nimi bavíme, že pravidelně užívají od těch šestnácti, sedmnácti let. První experimenty jsou určitě dříve.

**JANA:** „No většinou, co takhle máme zkušenosti, tak už kolem patnáctého roku v průměru. Většinou začínají klasicky jako kouření, tráva, alkohol, pak následuje pervitin, nějaké opiáty či podobně.“

### **3) S jakými problémy se Vaši klienti v současné době potýkají? (např. v oblasti dluhů, vztahů, práce apod.)**

**LUCIE:** „Tak, jak už jsem říkala o té neschopnosti navazovat reálné vztahy, rovnocenné vztahy – jak přátelství, tak vztahy k autoritám jsou narušené, jakože mají pokřivené vztahy k autoritám – buď je autorita nepřítel anebo naopak nějakou autoritu prostě úplně zbožňují, vzhlížej k ní, nevidí reálně, jestli je ta autorita dobrá nebo špatná. Co se týče práce, nemají základní pracovní návyky, nedokážou zůstat u jedné činnosti, soustředit se na tu práci, dotáhnout to do konce, plnit zadané úkoly, z tohoto důvodu si neudrželi dlouhodobě zaměstnání. Jsou klienti, kteří vystřídali osmnáct prací, ale v každé vydrželi maximálně třeba tři měsíce, jelikož dostali výpověď za absence nebo kvůli drogám, jelikož to úplně vzdali a přestali chodit do práce. Dluhy – téměř všichni mají dluhy od desítek tisíc do statisíců až třeba k milionu. Dále rodinné vztahy jsou obvykle rozpadlé a zase neschopnost naplnit volný čas, prostě nemají koníčky, nevědí co s volným časem. Tak to bych asi viděla jako jejich největší problémy.“

**JAKUB:** „Určitě jsou to dluhy, to je obrovský problém pro naše klienty a pak jsou to vztahy obecně – s rodinou, ale často taky přátelský a partnerský vztahy.

**JANA:** „V komunitě je možnost rodinné terapie, to znamená, že si můžou snažit se napravit rodinné vztahy s rodiči či partnerem. Pokud má člověk špatné vztahy s rodiči a chce na zlepšení pracovat, tak tu možnost v komunitě má v rámci rodinné terapie, kdy právě pozve rodiče a jsou tady třeba na celý víkend. Ohledně dluhů je zde snaha o to, aby se snažili, co nejvíce alespoň zjistí, kde všude dluhy mají, zjistit celkovou částku, jak je mohou splácet, případně kontaktovat ty společnosti, kterým dluží a nedělat tzv. mrtvého brouka, říct jim, že jsou momentálně v pracovní neschopnosti a jakmile budou moci, tak na splácení budou pracovat. Učíme se postavit se těm problémům, nenechávat to narůstat o neskutečné penále.“

#### **4) Na co je zaměřená prevence u závislých v období rané dospělosti (20-30 let) ve Vašem zařízení?**

**LUCIE:** „Tak my se snažíme rozvíjet klienty formou osobního růstu, to znamená, že působíme na všechny ty složky, které jsou nějakým tím způsobem narušené. Formou sociálního učení, prostřednictvím těch vztahů mezi klienty se snažíme naučit ty základní věci jako důvěra, tolerance, respekt a úcta k druhému, otevřenost, komunikativnost, každodenním snažením se odžívání běžných situací běžného života, které prožíváme denně, kdy se s někým pohádáme, někomu pomůžeme – na těchto běžných situacích se učí fungovat, říkají si upřímně, co kdo udělal špatně a co naopak dobře, zároveň se navzájem reflektují. Říkají si navzájem, co dělají dobře a co dělají špatně, tím se učí upřímnost a také žít jinak a lépe tak, aby s v té společnosti obstáli. Komunita je vlastně taková umělá, že ty vztahy jsou takové správné, jak to ta společnost vyžaduje.“

**JAKUB:** „Advaita je vlastně celý spektrum prevence, od primárky, kterou děláme ve školách, další program jsou internetové závislosti a počítačová pornografie a u nás dále sekundární prevence ve smyslu léčby, intervence a často i jako nějaká terciální prevence ve smyslu třeba předcházení žloutenek. Pro věk 20 – 30 let je nejobvyklejší sekundární a terciální prevence.

**JANA:** „My jsme zařízení jako zapsaný ústav, máme komunitu, kde pracuji já a dále máme Centrum ambulantních služeb, kde se specializují na tuto prevenci. Jen jsem tedy chtěla říct, že v rámci té prevence se i zde v komunitě setkáváme se s tím, že oni mají za úkol, v rámci různých programů cvičí divadlo, se kterým pak jedeme do Plzně, kde máme nasmlouvaná představení a tam oni hrají. Dále s nimi máme prevenci na středních školách, kde je otevřený rozhovor, kde se jich ptají a oni odpovídají“.

#### **5) Setkali jste se ve své praxi s nějakými specifiky dané cílové skupiny (závislí ve věku 20-30 let)?**



**LUCIE:** „Já se s mladšími příliš často nesetkávám, tím že pracuji s lidmi od osmnácti let a hlavně k nám chodí lidé cca od dvaceti let a upřímně mohu říct, že se mi lépe pracuje se staršími klienty jako třeba třicet let, protože už mají za sebou dlouhodobou kariéru užívání drog, vědí, že do toho již zpátky nechtějí spadnout, sáhli si na dno, uvědomují si, že ten život na drogách je opravdu špatný. U těch mladých často vnímám to, že jsou dotlačeni do léčby od rodiny, že se jim do té léčby moc nechce, je to tak, že dostali na výběr – buď skončíš na ulici, nebo se půjdeš léčit. Takže ti mladší klienti se té drogy moc vzdát nechtějí a spíše hledají nějakou uličku, jak to udělat, aby si něco z toho drogového světa mohli nechat a zároveň, aby je ti rodiče nevyhodili a neodsoudili. Starší klienti říkají, že ti mladší mají málo „odfetováno“ – tzn., že ten mladý bral pár let, nežil na ulici, nezažil si to úplně nejhorší dno, máme tu padesát procent heterosexuálních prostitutů mužů, kteří vše dělali kvůli drogám a tím spadli na nejhorší dno.“

**JAKUB:** „ Specifikum této kategorie je takové, že tato kategorie nejčastěji nastupuje do léčby. Když to srovnám s mladšími, tak na ně doléhá více ta závislost a uvědomí si lépe ty důsledky.

**JANA:** „K nám do komunity přijímáme až od osmnácti let a ten náš věkový průměr se různí, jelikož tu máme jak jednačtyřicetiletého, tak i devatenáctiletého. Největší životní rozdíl mezi nimi jsou životní zkušenosti, náhledy. Věkově mladší člověk je tady hierarchicky starší tady v té komunitě.“

### 10.3 Vyhodnocení rozhovorů

Po srovnání všech rozhovorů s respondenty lze zjistit, že nejčastější věk, kdy dítě začne experimentovat s drogami je v pubertě – tj. kolem čtrnáctého, patnáctého roku. Nejde však jen o děti sociálně slabých rodin, problémy s drogami mají děti zaneprázdněných rodičů, kteří na ně nemají čas, jejichž děti nemají finanční nouzi.

Podle respondentů důvod, proč lidé začnou drogy brát je jen následkem toho, co člověka postihlo dlouho předtím. Většinou závislí nemají pouze jeden problém, ale je to

více problémů a droga je pro ně řešením problémů. Je však pouze únikem. Úkolem respondentů je, aby se lidé naučili zvládat stresové situace bez drog.

Největším problémem drogově závislých vůči „normálnímu“ fungování ve společnosti jsou dluhy od desítek tisíc do milionu. Dalším problémem, na kterém se respondenti shodli, byly narušené vztahy s rodinou či partnerem. Z rozhovorů jsem se tedy dozvěděla, že pracovníci Advaity pomáhají lidem řešit problémy s dluhy – aktivně řešit tyto problémy, případně dohodnout se společnostmi, kterým dluží, splátkové kalendáře. Pomáhají lidem po absolvování léčby v komunitě sehnat zaměstnání. Co se týče vztahů – pomáhají inovovat rodinné či partnerské vztahy, které byly drogami narušeny. Z rozhovorů jsem zjistila, že je možné přímo sjednat víkend s rodinným příslušníkem či partnerem, kde za přítomnosti terapeuta zkouší lidé spolu znovu komunikovat a vycházet.

Co mě říkala osobně i Lucie, tak léčit se jdou hlavně ti uživatelé, kteří již berou drogy delší dobu a velký spouštěč toho, že se chce uživatel léčit je také třeba smrt kamaráda na „drogy“.

Celá léčba je dlouhý proces a člověk se nikdy již nevyлéčí ze závislosti, vždy k ní bude mít blízko, ale může již celý život abstinovat. Nejlépe i bez alkoholu. Většinou je to však běh na dlouhou trať, člověk se tam vrací i vícekrát.

Z rozhovorů je patrné, že velký význam, jak bude dospělý čelit nástrahám drog má samotná osoba, jeho psychologické vlastnosti a neméně důležitá je výchova rodičů, což je uvedeno již výše v sociologických teoriích. Všichni respondenti se shodli, že společný znak většiny lidí, kteří začnou experimentovat s drogami je hodně volného času a neschopnost smysluplně svůj volný čas vyplnit – nudí se a začnou experimentovat s drogami a odtud je již pouze krok k závislosti.

## **10.4 Metodologie rozhovorů**

Rozhovor byl strukturovaný a byl veden kvalitativní výzkumnou metodou. Respondenti byli nahráváni diktafonem, následně byly rozhovory doslova přepsány, posléze vyhodnoceny.

## ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo rozebrat specifika drogové závislosti z hlediska sociálního a psychologického. Autorka využila teorií světoznámých odborníků a využila také v empirické části praktických zkušeností zaměstnanců terapeutické komunity.

Téma drogové závislosti je velice zajímavé i z hlediska toho, že počet lidí užívajících drogy se neustále zvyšuje. V dnešní době se již nemusíme představovat člověka závislého na drogách jako „trosku“ ve špinavém oblečení, ale často to jsou lidé, kteří mají původně dobré zaměstnání, žijí „normální“ život.

Klademe si tedy otázku – proč člověk drogy bere? Jednoznačně z výše uvedených odborných teorií vyplývá, že největší vliv na to, zda člověk bude mít sklon brát drogy má rodina. Rodina má plnit tři základní funkce - reprodukční, socializační a výchovnou, pokud se tak neděje, tak by sociální pracovníci měli pomáhat těmto rodinám zlepšovat tyto funkce. Dále je z knih i rozhovorů patrné, že závislost se formuje již od dětství, což může souviset jak s rodinou, tak s osobností dítěte. Nesporně by dítě mělo mít odmala své povinnosti, smysluplně dokázat využít volný čas, ne se pouze „poflakovat“ po sídlišti. Dále je důležité odmala dítěti vštěpovat, že problémy se nevyřeší samy od sebe, ale je nutné je řešit osobně, i když je to nepříjemné. My dospělí jsme těmi, kteří bychom dát najevo před dětmi svůj negativní postoj k drogám, a částečně ovlivnit, jaký postoj zachová dítě k drogám později v pubertě či dospělosti.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

FARKOVÁ, Marie. Dospělost a její variabilita. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 136 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2480-5.

HAVLÍK, Radomír a Jaroslav KOŤA. Sociologie výchovy a školy. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 174 s. ISBN 978-80-7367-327-7.

HRČKA, Michal. Sociální deviace. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 302 s. Základy sociologie. ISBN 80-85850-68-0.

KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0. R. Havlík - Úvod do sociologie

MUNKOVÁ, Gabriela. Sociální deviace. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0279-2.

ŘÍČAN, Pavel. Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání. 3. vyd. Praha: Portál, 2014, 390 s. ISBN 978-80-262-0772-6.

Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1991, 115 s. Sociologické pojmosloví.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

Velký sociologický slovník. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996, 747 s. ISBN 80-7184-164-1.

### Seznam použitých internetových zdrojů

[Http://advaitaliberec.cz/terapeuticka-komunita/](http://advaitaliberec.cz/terapeuticka-komunita/) [online]. [cit. 2015-12-06].

[Http://advaitaliberec.cz/centrum-ambulantnich-sluzeb/program-ambulantniho-poradenstvi/](http://advaitaliberec.cz/centrum-ambulantnich-sluzeb/program-ambulantniho-poradenstvi/) [online]. [cit. 2015-12-06].

[Http://advaitaliberec.cz/centrum-ambulantnich-sluzeb/dolecovaci-program/](http://advaitaliberec.cz/centrum-ambulantnich-sluzeb/dolecovaci-program/) [online]. [cit. 2015-12-07]

[Http://www.legalizace.cz/2014/11/zakony-o-drogach-ve-svete-dela-to-nekdo-dobre/](http://www.legalizace.cz/2014/11/zakony-o-drogach-ve-svete-dela-to-nekdo-dobre/) [online]. [cit. 2016-02-14].

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., GROLMUSOVÁ, L., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., VLACH, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J., MALINOVÁ, H. 2015. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. [online] dostupné z [www.ceskatelevize.cz](http://www.ceskatelevize.cz)

<https://cs.wikipedia.org> [online]. [cit. 2015-12-22]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Drogová\\_závislost](https://cs.wikipedia.org/wiki/Drogová_závislost)

<https://www.czso.cz/csu/czso/snatecnost> [online]. [cit. 2016-01-29].

<https://www.czso.cz/csu/czso/rozvodovost> [online]. [cit. 2016-01-29].

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Eliška Králová

**Obor:** Bc. VD Voš

**Forma studia:** kombinované studium

**Název práce:** Problémy drogové závislosti a prevence v rané dospělosti

**Rok:** 2016

**Počet stran textu bez příloh:** 50

**Celkový počet stran příloh:** 0

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 9

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:**

**Počet internetových zdrojů:** 8

**Vedoucí práce:** PhDr. Radomír Havlík, CSc