

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Diplomová práce

DROGOVÁ ZÁVISLOST U DĚTÍ A MLÁDEŽE V ÚSTAVNÍ VÝCHOVĚ

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Hyková, Ph.D.,

Autor práce: Bc. Žaneta Masnerová

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: III.

2011

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 odst. b) zákona č.111/1998 Sb. V platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

20. 3. 2011

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Kateřině Hykové, Ph.D. za cenné rady,
připomínky a metodické vedení práce.

Dále děkuji vedení dětského domova.

Další poděkování patří mé rodině, která mě s láskou podporuje.

ÚVOD	- 7 -
TEORETICKÁ ČÁST	- 9 -
1 DÍTĚ VE SPOLEČNOSTI	- 9 -
2 PSYCHICKÁ DEPRIVACE U DĚTÍ	- 11 -
3 ÚSTAVNÍ VÝCHOVA	- 18 -
3.1 NAŘIZOVÁNÍ ÚSTAVNÍ VÝCHOVY	- 18 -
3.2 HLAVNÍ FUNKCE ÚSTAVŮ	- 20 -
3.3 TYPY ZAŘÍZENÍ PRO VÝKON ÚSTAVNÍ VÝCHOVY	- 21 -
3.3.1 <i>Kojenecký ústav</i>	- 21 -
3.3.2 <i>Diagnostický ústav</i>	- 22 -
3.3.3 <i>Dětský domov</i>	- 24 -
3.3.4 <i>Dětský domov se školou</i>	- 26 -
3.3.5 <i>Výchovný ústav</i>	- 27 -
4 ZÁVISLOST	- 28 -
4.1 FÁZE VÝVOJE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	- 29 -
4.2 TYPY ZÁVISLOSTÍ DLE ZVOLSKÉHO.....	- 30 -
4.3 KLASIFIKACE ABÚZU DROG	- 30 -
5 DRUHY DROG A JEJICH DĚLENÍ	- 31 -
5.1 LEGÁLNÍ DROGY	- 31 -
5.1.1 <i>Alkohol</i>	- 31 -
5.1.2 <i>Tabák</i>	- 33 -
5.1.3 <i>Těkavé látky</i>	- 39 -
5.2 NELEGÁLNÍ DROGY	- 42 -
5.2.1 <i>Opioidy</i>	- 42 -
5.2.2 <i>Psychostimulancia</i>	- 43 -
5.2.3 <i>Halucinogenní drogy</i>	- 45 -
5.2.4 <i>Konopné drogy</i>	- 47 -
5.2.5 <i>Taneční drogy</i>	- 50 -

6	VĚKOVÁ STRUKTURA OSOB DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	- 52 -
6.1	SPECIFICKÁ ROLE ZÁVISLOSTI V OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ.....	- 52 -
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	- 55 -
7	ÚVOD DO VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	- 55 -
7.1	HYPOTÉZY	- 55 -
7.2	METODIKA	- 55 -
7.3	CÍL VÝZKUMU	- 57 -
7.4	VÝZKUMNÁ SKUPINA	- 57 -
7.4.1	<i>Stručné anamnézy dotazovaných.....</i>	- 58 -
7.5	DĚTSKÝ DOMOV	- 61 -
7.5.1	<i>Bodový systém.....</i>	- 62 -
7.5.2	<i>Porušení povinností.....</i>	- 63 -
7.5.3	<i>Příkladné plnění povinností.....</i>	- 63 -
7.5.4	<i>Organizace dne.....</i>	- 64 -
7.5.5	<i>Bezpečnostní pravidla.....</i>	- 64 -
8	METODA VÝZKUMU A SBĚRU DAT	- 67 -
9	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	- 68 -
9.1	KOUŘENÍ.....	- 68 -
9.1.1	<i>Pozorování klientů</i>	- 68 -
9.1.2	<i>Odpovědi klientů</i>	- 68 -
9.1.3	<i>Odpovědi pracovníků</i>	- 70 -
9.1.4	<i>Shrnutí.....</i>	- 70 -
9.2	ALKOHOL.....	- 71 -
9.2.1	<i>Pozorování klientů</i>	- 71 -
9.2.2	<i>Odpovědi klientů</i>	- 72 -
9.2.3	<i>Odpovědi pracovníků</i>	- 73 -
9.2.4	<i>Shrnutí.....</i>	- 73 -
9.3	MARIHUANA	- 74 -
9.3.1	<i>Pozorování klientů</i>	- 74 -

9.3.2	<i>Odpovědi klientů</i>	- 74 -
9.3.3	<i>Odpovědi pracovníků</i>	- 76 -
9.3.4	<i>Shrnutí</i>	- 77 -
9.4	LYSOHLÁVKY.....	- 77 -
9.4.1	<i>Pozorování klientů</i>	- 77 -
9.4.2	<i>Odpovědi klientů</i>	- 78 -
9.4.3	<i>Odpovědi pracovníků</i>	- 78 -
9.4.4	<i>Shrnutí</i>	- 79 -
9.5	PERVITIN	- 79 -
9.5.1	<i>Pozorování klientů</i>	- 79 -
9.5.2	<i>Klienti dětského domova</i>	- 79 -
9.5.3	<i>Pracovníci dětského domova</i>	- 80 -
9.5.4	<i>Shrnutí</i>	- 81 -
10	DISKUZE	- 82 -
11	ZÁVĚR	- 85 -
12	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ (LITERATURY)	- 86 -
13	KLÍČOVÁ SLOVA	- 89 -
14	ABSTRAKT	- 90 -
15	ABSTRAKT	- 91 -

Úvod

K výběru tématu této práce mě vede dlouholetá zkušenost s klienty dětských domovů, kde jsem také pracovala. Do dětských domovů jsou umisťovány většinou děti z nižších sociálně ekonomických skupin, na které naše majoritní společnost pohlíží jako na nositele fyzické, emoční, duševní nebo výchovné narušenosti. Institucionalizovaná zařízení mají svou vlastní kulturu, režim a postupy. I přes to, že se ušla daleká cesta od doby revoluce a z tehdejší striktně ústavních institucí se stala zařízení rodinného typu. Dětský domov rodinného typu má jednotlivé skupiny dětí, maximálně však 8 dětí v jedné skupině a dva stálé vychovatele, kteří se o skupinu dětí starají. Dětské domovy nahrazují dětem jejich disfunkční rodinu, která zklamala ve výchově a to z různých důvodů. Vychovatelé nahrazují otce a matku dětem, o které se vlastní rodiče nemohou nebo nechtějí starat, jsou také případy, kdy je dítě z vlastní rodiny odebráno. Již ve vlastní rodině se dítě učí sociálně-patologickým jevům, které se pak snažíme v ústavech děti odnaučovat. Ne ve všech případech má naše snaha kladný výsledek. A jsme bohužel nuceni v některých případech pouze přihlížet tomu, jak si dítě vědomě ničí celý budoucí život. Je pravda, že v současné době jsou výchovné ústavy přeplněné a kapacita zařízení neodpovídá poptávce pro klienty. Proto jsou děti a mladiství místo výchovných ústavů umisťováni i do dětských domovů. Sebou si přinášejí negativní návyky z patologického prostředí, z kterého pocházejí a kde vyrůstaly. To sebou přináší spoustu problémů, jako jsou kouření, kouření marihuany, u starších jsou to drogy typu LSD, toluen, hašiš, lysohlávky. Své zkušenosti předávají svým vrstevníkům, a co je horší, i dětem mladšího věku. V této skutečnosti já spatřuji velký problém, protože to co děti a mládež doposud neuměla, je naučí ti, kteří v dětských domovech nemají co dělat. Ráda bych, aby tato práce dokladovala skutečnost, že děti z dětských domovů mají zkušenosti s drogou a jsou mezi nimi i tací, kteří jsou častými uživateli těchto látek.

Cílem této práce bylo zmapování vyskytující se drogové závislosti u klientů v ústavní výchově. K cíli v praktické části jsem dospěla popsáním v teoretické části práce: postavení dítěte ve společnosti, citová deprivace

klientů, nařizování ústavní výchovy, funkce ústavních zařízení, typy ústavních zařízení, závislost, fáze vývoje drogové závislosti, druhy drog, specifická role závislosti v období dospívání.

Teoretická část

1 Dítě ve společnosti

Postavení dítěte ve společnosti se dnes, podobně jako v minulosti, odvozuje od vztahu mezi dítětem a dospělým. Tento vztah vždy byl a bude nerovným, založeným na uplatňování moci dospělého. Nerovným proto, že v případě zneužití této moci se dítě nemůže účinně bránit. Politika státu vůči dětem vychází z kulturních a náboženských tradic, vlastní ideologie a v případě demokratických států z respektování aktuální vůle občanů. Nezanedbatelný význam má ekonomický potenciál státu, například v chudých zemích je dítě využíváno jako levný prostředek k námezdní práci, stejně tomu bylo ještě v minulém století v Evropě.

Jedním z nejdůležitějších dnů v historii vztahu dítěte a společnosti byl 20. listopad 1989, kdy byla v OSN přijata Úmluva o právech dítěte. V jejím úvodu se říká: *„Dětství má nárok na zvláštní péči a pomoc.... Rodina, jako základní jednotka společnosti a přirozené prostředí pro růst a blaho všech svých členů a zejména dětí, musí mít nárok na potřebnou ochranu a takovou pomoc, aby mohla beze zbytku plnit svou úlohu ve společnosti, uznávajíc, že v zájmu plného a harmonického rozvoje osobnosti musí dítě vyrůstat v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění.“*¹

Rodina prochází mnohými proměnami, avšak její ústřední rolí zůstává ochrana a výchova dětí. Fungující rodina má pro psychický i tělesný vývoj dítěte zásadní význam. Dlouhodobé sledování dětí vyrůstajících bez rodičovské lásky nezvratně prokazuje, že tyto děti trpí duševními poruchami ve smyslu depresivních a úzkostných poruch nebo závislostí na návykových látkách častěji než děti, které zkušenost smysluplného laskavého vztahu s dospělou autoritou měly. Citově

¹ <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>

zanedbávané děti mají rovněž větší sklon k asociálnímu a anetickému chování v dospívání a s ním spojené trestné činnosti v dospělosti.²

² POTHO, P. *Dítě v ohrožení*. Praha: Nakladatelství G plus G, 1999. s. 25 - 26.

2 Psychická deprivace u dětí

Zdrojem pocitu bezpečí a jistoty je pro dítě v normální rodině především matka. Potřeby bezpečí, jistoty, sounáležitosti a lásky jsou uspokojovány emoční akceptací a poskytováním specifické zkušenosti prožitku bezpečného citového vztahu. Tato zkušenost nemůže být získána jiným způsobem. Kompenzace se zdá být nedostačující. Tato zkušenost je přitom základem pro vnitřní jistotu a vyrovnanost, schopnost udržovat pozitivní vztah ke světu i sobě samému, schopnost navazovat a udržovat trvalé a spolehlivé vztahy s okolím. Jednou s dalších negativních možností působení rodinného prostředí a jejich členů na psychický vývoj dítěte je situace, kdy dítě strádá v oblasti uspokojování potřeb. Negativní vliv a důsledky jsou spojeny zejména se strádáním v oblasti citové a emocionální. V takovém případě hovoříme o psychické deprivaci. Psychickou (emocionální, citovou) deprivaci můžeme definovat jako neuspokojování potřeb citové jistoty a bezpečí v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu. Spočívá v nedostatku či absenci stabilních a spolehlivých emočních podnětů s mateřskou osobou. Vzniká v situaci, kdy matka (nebo jiná mateřská osoba) nemá o dítě zájem. Tento nezáměr lze dle Matějčka interpretovat jako nezáměr o potomstvo.³ Mírnější variantou deprivace je zkušenost a mnohem čtenější jevem v našich sociokulturních podmínkách je citová subdeprivace. Její riziko spočívá v obtížné identifikovatelnosti. Děti mohou být zabezpečeny v materiální a sociální oblasti, strádají pouze v oblasti citové. Případem dětí v ústavní výchově je častěji citová deprivace.⁴

V našich současných podmínkách zachycujeme u jinak zdravých dětí vyrůstajících v kojeneckých ústavech a dětských domovech do tří let zpravidla

³ BUBLEOVÁ, V., MATĚJČEK, Z., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*, s. 69.

⁴ FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha: Grada, 2009. s. 148-149. ISBN 978-80-247-2781-3.

lehké celkové vývojové opožďení a výraznější retardaci vývoje řeči a sociálních dovedností. Čím déle působení citové deprivace trvá, tím jsou následky závažnější a trvalejší.⁵ Nestor dětské psychologie prof. Matějček zjistil, že základní lidské potřeby (uvedené níže) nejsou omezeny jen na dětský věk, ale působí na člověka prakticky celý jeho život.⁶ Zvláště v dětství je považujeme za podstatné. Aby se dítě mohlo vyvíjet ve zdravou osobnost, musí být tyto potřeby v náležitě míře a v pravý vývojový čas uspokojeny.

Bubleová uvádí pět výzkumně ověřených vitálních potřeb:

- 1) Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů. Jejich uspokojení umožňuje naladit organismus na žádoucí úroveň aktivity.
- 2) Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech, tj. smysluplného světa. Uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které by jinak byly chaotické a nezpracovatelné, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Jde tedy o základní podmínky pro jakékoli učení.
- 3) Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů, tj. vztahů k osobě matky a k osobám dalším primárních vychovatelů. Náležité uspokojování této potřeby přináší dítěti životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní integraci jeho osobnosti.
- 4) Potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty, z jejíhož uspokojení vychází zdravé uvědomění vlastního já, vlastní identity. To pak je dále podmínkou pro osvojení užitečných společenských rolí a hodnotných cílů životního snažení.

⁵ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, Praha: Grada, 2006. s. 291. ISBN 80-247-1284-9.

⁶ BUBLEOVÁ, V., MATĚJČEK, Z., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997. s. 69. ISBN 8085121-89-1.

5) Potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy. Její uspokojování dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje v člověku jeho kvótní aktivitu.⁷

Jedním z hlavních problémů dětí vyrůstajících v ústavní péči je deprivace na základě neuspokojování jejich potřeb.

Deprivaci definoval Langmaier jako důsledek neuspokojování základních potřeb v dostatečně dlouhé době a potřebné míře. Každé dítě a i dospělý člověk totiž potřebuje mít a cítit zdroj bezpečí, jistoty a podpory.⁸ Ráda bych připomenula vývojovou teorii osobnosti dle Eriksona. Ten v prvním stadiu poukazuje na důležitost získání důvěry v sebe a okolní svět. Je primární pro další správný rozvoj dítěte z několika důvodů. Pro jedince je toto první zkušeností s okolním světem a stává se pro něj podstatnou po celý jeho život. Tyto primární zkušenosti jej tvarují a po celý jeho život mu buď dodávají jistotu nebo naopak nejistotu a nedůvěru ve vztazích. Tu dítěti poskytuje zejména matka a dítěti potom umožňuje splnění prvního stádia ve vývoji osobnosti. Tato důvěra ale nemůže být získána, pokud dítě vyrůstá v nepodnětném nebo ještě hůře patologickém prostředí. Přitom tato základní důvěra naplňuje také základní lidskou potřebu, kterou je potřeba jistoty, bezpečí a lásky. U dětí vyrůstajících v ústavních zařízeních je tato důvěra také velmi obtížně získávána. Jak popisuje Vágnerová, ke klasickému obrazu psychické deprivace malého dítěte zpravidla patří výrazné vývojové opoždění řeči. Kromě těžké patlavosti, která bývá patrná zvláště u ústavních dětí, je nápadné zejména opoždění ve skladbě a obsahu řeči. Také se můžeme setkat i s opožděným vývojem hygienických a sociálních návyků, při jejichž tvorbě je třeba úzkého a častého kontaktu s dospělými. Můžeme pozorovat i opoždění ve vývoji jemné motoriky, jemných pohybů ruky nebo v koordinaci ruky a oka, která obvykle kontrastuje s celkově přiměřenou úrovní hrubé

⁷ BUBLEOVÁ, V., MATĚJČEK, Z., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997. s. 69. ISBN 8085121-89-1.

⁸ LANGMAIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicentrum, 1974.

motoriky, jak označují lékaři a psychologové celkové ovládní těla, posazování, změny pozic, chůzi apod. Ta bývá opožděna spíše při deprivaci v období raného vývoje ve špatně fungující rodině. Emotivita dětí bývá plochá, nerozvinutá, matná, jakoby „setřená“, nebo naopak plná nezvládnutých afektivních výbuchů. Většina šestiletých dětí bývá školsky nezralá – emoční nevyspělost a nedostatečně rozvinuté pracovní a sociální návyky spolu s ostatními zmíněnými nedostatky působí, že školní prospěch těchto dětí bývá zřetelně pod úrovní jejich potenciálních schopností. Psychická deprivace rovněž často stojí v pozadí vážnějších poruch osobnosti.⁹

Na základě svých bohatých klinických zkušeností rozlišili Langmaier a Matějček pět hlavních typů osobnosti deprimovaného dítěte, přičemž brali v úvahu jednak celkovou úroveň aktivity a vzrušivosti, jednak celkový ráz sociálního chování dítěte:

- Typ relativně dobře přizpůsobený, bez zvláštních nápadností, jenž však má svá citlivější, zranitelná místa, která se při větším zatížení projeví.
- Typ sociálně hypoaktivní, útlumový nebo také regresivní či apatický. Odpovídá do značné míry tomu, co první badatelé v oblasti deprivace považovali za její charakteristický obraz – vyznačuje se tím, že celková aktivita dítěte je snížena, dítě se nepokouší navazovat sociální vztahy a uzavírá se do světa věcí a materiálního světa.
- Typ sociálně hyperaktivní je pravým opakem předchozího – vyznačuje se až přepjatou, ale rozptýlenou sociální aktivitou, snahou přimknout se nakrátko ke každému, vběhnout do každé otevřené náruče bez rozlišení, přičemž zájem o věcné prostředí je naopak nápadně snížen. Dítě připomíná lačného, ale nezúčastněného diváka napínavého dobrodružného filmu. Hloubku a kvalitu citových vztahů u něj nahrazuje povrchní kvantita.

⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7188-308-0.

- Typ sociálně provokativní označuje děti, které bývají agresivní a většinou neznají solidaritu s ostatními. Za každou cenu se snaží upoutat pozornost dospělých, šaškují, předvádějí se, vyrušují, jako by svým chováním chtěly říci: „Když nemohu dostat pohlázení tak aspoň pohlavek“ (i to je projev pozornosti ze strany dospělých). Jsou-li tyto děti mimo kolektiv ostatních dětí a mívají-li vychovatele jen pro sebe, bývají jako vyměněné. Proto je také vhodné svěřovat takové děti spíše do individuální náhradní rodinné péče.
- Typ náhradního uspokojení citových potřeb, někdy označovaný také jako substituční, je charakteristický tím, že aktivita těchto dětí se přesunula do jiných oblastí, v nichž mohou snáze najít toužené (náhradní) uspokojení do sféry věcného světa (shromažďování hraček a věcí), do sféry jídla (přejídání), do sféry sexuálního zájmu (tělesná stimulace, manipulace s genitáliemi) apod.¹⁰

Náprava psychické deprivace se kromě obecných zásad musí řídit právě zvláštnostmi těchto individuálních variant. Musí být cíleně zaměřena na ty úrovně, které jsou deprivací nejvíce postiženy, a musí brát v úvahu vývojové a individuální zvláštnosti každého dítěte. Náprava bude tedy spočívat v tom, že se pokusíme dítěti poskytnout to, čeho se mu na úrovni jednotlivých základních potřeb nedostává.¹¹

U citově deprivovaných dětí lze pozorovat neschopnost učit se ze zkušeností. Chybí podněty a stimuly. Je to dáno tím, že chybí vzor v osvojování si těchto zkušeností, který by mohlo mít ve své matce. Nemůžeme tedy říci, že by citově deprivované děti byly rozumově a intelektově na nižší úrovni. Jedním z dalších důsledků je změna citového prožívání, vztahy a sebepojetí dítěte. Děti trpí nízkou sebedůvěrou, protože nejsou dostatečně potřebně pozitivně hodnoceny. Nemají dostatek pozitivních emočních zkušeností, což vede k nedůvěře k okolí, přehnané plachosti, k odmítání kontaktu s druhými nebo naopak k nedostatku studu pro

¹⁰ LANGMAIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicentrum, 1974.

¹¹ MATOUŠEK, O. a kol.: *Metody řízení sociální práce*

navázání vztahu s kýmkoliv. Vágnerová také varuje před tím, že citově deprivované dítě může mít často změněnou hierarchii hodnot, což je dáno tím, že nemá dostatečně uspokojovány jeho citové potřeby.¹² Langmajer dále připojuje, že i některé somatické poruchy, jako jsou například anorexie, nechutenství, bolesti hlavy, mohou být ve spojitosti s deprivací dítěte.¹³

Bylo by však mylné, myslet si, že dítě, které se dostane do ústavní péče, se stane citově deprivovaným. Riziková není pouze ústavní péče, ale také rodiče, kteří nemají pro rodičovskou roli dostatečné kompetence, nejsou schopni nebo tuto roli plnit z různých důvodů nemohou, může jít například o rodiče závislé na psychoaktivních látkách. Může jít také o jedince, kteří nemají pro roli rodičů a výchovu dětí dostatečnou motivaci, jsou to mladí, nezralí rodiče upřednostňující kariéru. Může jít i o rodiče, kteří mají sklon reagovat násilím a mají nižší míru schopnosti se ovládat. Mohou to být rodiče, kteří trpí různými psychickými a behaviorálními poruchami. Nebo jen své dítě prostě nechtějí. Nebo naopak, mají své dítě přemrštěně rádi, problém u těchto rodičů je, že nejsou schopni ovládat své pudy. Mám tím na mysli sexuální zneužívání dětí (ať chlapců, tak dívek). V některých případech se rodina a její prostředí může stát sama zdrojem vzniku a rozvoje různých psychických problémů a následných sociálně patologických jevů. Může dojít k vážnému narušení psychosociálního vývoje a fungování všech jejích členů, zejména ale dětí. Jedná se o případy, kdy rodina neplní některé ze svých funkcí, dále o případy, kdy rodiče nejsou či nechtějí z různých důvodů o své děti pečovat. Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN) je definován jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné. Toto poškozování má závažné důsledky pro rozvoj jedince i v jeho dospělosti.¹⁴

¹² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7188-308-0.

¹³ LANGMAIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicentrum, 1974.

¹⁴ FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha: Grada, 2009. s. 149 – 153. ISBN 978-80-247-2781-3.

Zanedbávání je ohrožujícím jevem, jestliže je systematicky organizované. Zanedbávání je definováno jako vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte. Tělesné zanedbávání zahrnuje nedostatek přiměřené výživy, oblečení, nezbytného přístřeší, hygieny a ochrany před nebezpečím, ve školním věku pak nedostatečné zajištění řádné školní docházky i přiměřeného dohledu nad přípravou domácích úkolů a vůbec nezájem o školní prospěch dítěte, stejně jako nedostatečný dozor nad tím, kde a s kým dítě pobývá, jak tráví volný čas apod. Zanedbávání je patrně nejčastějším typem špatného zacházení s dětmi a zdůrazňují nezájem rodičů, kteří své děti z velké části ignorují. Zanedbávání může působit na psychický vývoj dítěte přímo (nedostatek dohledu a kázně, nezájem o vzdělání) či nepřímo (podvýživou nebo nevhodnou skladbou výživ, špatnou hygienou, podchlazením apod.)¹⁵.

¹⁵ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.

3 Ústavní výchova

3.1 Nařizování ústavní výchovy

Ústavní výchova je opatření nařizované soudem v občanskoprávním řízení podle zákona o rodině nezletilým do osmnácti let. Nařizuje se v případech, kdy jiné předcházející výchovné opatření, jako např. napomenutí, dohled nad výchovou, svěření dítěte do péče, nevedlo k nápravě nebo jestliže z jiných závažných důvodů nemohou rodiče výchovu dítěte zabezpečit. Pokud je to v zájmu nezletilého nutné, může soud nařídít ústavní výchovu i v případech, kdy jiná výchovná opatření nepředcházela. Ústavní výchova se nařizuje nezletilým mravně narušeným nebo i jen mravně ohroženým, u nichž je zanedbána řádná rodičovská výchova, nebo kteří žijí v patologickém rodinném prostředí, kde je jejich řádný vývoj ohrožen. Nařizuje se též z objektivních důvodů např. je-li matka samoživitelka po delší časové období hospitalizována a dítě nemá žádné příbuzné, kteří by výchovu dítěte zabezpečili. Ústavní výchova je opatřením, které klade důraz na prevenci. Ústavní výchova není časově ohraničena. Trvá tak dlouho, dokud to vyžaduje její účel, nejdéle však do dosažení plnoletosti, není-li soudem nařízeno jinak nebo do šestadvaceti let, pokud se klient soustavně připravuje na budoucí povolání.¹⁶

Před samotným nařízením ústavní výchovy nejdříve soud rozhodne o nařízení předběžného opatření, na základě kterého se dítě umístí do zařízení pro výkon ústavní výchovy. Předběžné opatření může být nařízeno pouze v případech vážného ohrožení života, zdraví nebo výchovy dítěte. Podklady pro nařízení předběžného opatření dávají pracovníci OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dětí). Pracovník OSPOD je v této situaci důležitým koordinátorem sítě podpory pro dítě a rodinu. Iniciuje setkání s rodiči, na němž znovu vysvětlí důvody, které

¹⁶ ŠVANCAR, Z., BURIÁNOVÁ, J. *Speciálně – pedagogické problémy ústavní výchovy*. Praha: Statní pedagogické nakladatelství, 1988. s. 11 – 12. ISBN 14-363-88.

ho k podání návrhu na předběžné opatření vedly. Jsou případy kdy se rodiče s pracovníkem OSPOD podílí na přípravě umístění dítěte do zařízení pro výkon ústavní výchovy. Může také zorganizovat společné setkání, na němž je vyhodnocena situace v rodině z hlediska potřeb dítěte a aktuálních podmínek pro jeho bezpečné setrvání v rodině. Rodiče rovněž informuje o možnostech návratu dítěte do rodiny, nebo o nesouhlasu vrácení dítěte zpět do rodiny. Dítě po nařízení předběžného opatření soud na základě zprávy OSPOD zařadí do příslušného diagnostického ústavu na „pozorování“, po dobu 1 měsíce, po kterou je předběžné opatření platné. Vyškolení pracovníci v dětském diagnostickém ústavu klienta diagnostikují a po uzavření diagnostiky dítě, rozhodne pedagogická rada o zařazení klienta do příslušného dětského domova nebo výchovného ústavu. Dnešní situace je tak kritická (výchovné ústavy jsou přeplněné), že klienti patřící do výchovných ústavů jsou často umísťováni do dětských domovů. Klientům je tak dána „šance“ na životní změnu, ovšem častěji klienti naruší chod dětských domovů.¹⁷

Na funkce ústavů můžeme nahlížet z perspektivy zájmů společnosti nebo z hlediska individua. V některých případech se oba zájmy shodují, jindy se různí. Jestliže se různí, obvykle je to zájem společnosti, který dostává přednost, a klientovy možnosti volby se zužují. Z hlediska individua je nejpodstatnějším parametrem ústavu respekt k osobní svobodě rozhodování. Ústav může přijímat klienty pouze na základě jejich uvědomělého souhlasu a klientovo rozhodnutí vstoupit do ústavu může být prověřováno sérií prahů, na nichž se klient vůči ústavu víc a víc zavazuje. (Tak postupuje i církev při přijímání do kláštera, zájemce pokračuje od kandidatury k noviciátu, přes něj k dočasným slibům až konečně dospěje ke slibům trvalým.) Na druhé straně může být vstup klienta nedobrovolný. Ústavy v nestejně míře omezují klientovo soukromí. Omezování svobodné volby klienta a omezování soukromí klientů bývají často předmětem

¹⁷ BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. *Sanace rodiny*. Praha: Portál, 2008. s. 115 – 117. ISBN 978-80-7367-392-5.

zvýšené pozornosti, někdy i kritiky, a to zejména ve společnostech, v nichž stojí vysoko ideál demokracie a maximální svobody individua.

3.2 Hlavní funkce ústavů

1. Podpora a péče. Tato funkce je v popředí v zařízeních poskytujících náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu (kojenecké ústavy, dětské domovy), v ústavech pro svobodné matky s dětmi, v zařízeních pro těžce mentálně nebo fyzicky hendikepované lidi, v domovech pro bezdomovce, v domovech důchodců, v utečeneckých táborech, v nově zaváděných ošetřovatelských ústavech apod. Ve všech takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít. Kdyby tyto ústavy neexistovaly, kvalita života jejich klientů by byla nepřiměřeně nízká, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít.¹⁸
2. Léčba, výchova a resocializace. Tato funkce je v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež, v zařízeních pro propuštěné vězně apod. Společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu, předpokládá se, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém do něj přišel.
3. Omezení, vyloučení a represe. Tato funkce je v popředí ve věznicích, v psychiatrických zařízeních s nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky apod. Kdyby tato zařízení neexistovala, společnost by byla ohrožena kriminálními osobami, lidmi trpícími akutní psychózou, neznámými cizinci.

¹⁸ MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999. s. 22. ISBN 80-85850-76-1.

Ústavy představují pro mladé lidi bez zázemí funkční rodiny, zařízení zdroje podpory, jež by jinde a v této podobě neměli dostupné. Kromě podpory vztahové je klientům poskytována i podpora ve smyslu obživy, střechy nad hlavou, praní prádla atd. Přes tolerantní atmosféru není dovoleno všechno, řád nedovoluje kouření, užívání drog a projevy násilí.¹⁹

3.3 Typy zařízení pro výkon ústavní výchovy

Pro některé děti je pobyt v porodnici začátkem série ústavních pobytů, pokračující kojeneckým ústavem a dětským domovem, která končí až v dospělosti. Tradiční ústavní péče o děti, které nemají rodiče (případně rodiče mají, ale nejsou způsobilí je vychovávat), má riziko dobře známé a dobře pojmenované: deprivací syndrom. Děti vychovávané ve větších skupinách, v nichž se na směny mění pečující osoby, jsou několikanásobně méně než v rodině podněcovány ze strany dospělého a mají také několikanásobně méně příležitostí samy dospělého upoutat svým projevem.

3.3.1 Kojenecký ústav

Jako prvním druhem v hierarchické posloupnosti od narození dítěte je kojenecký ústav, který slouží primárně pro dlouhodobé pobyty dětí. Rodina těmto dětem nemůže nebo nechce poskytovat přiměřenou péči. Jsou to děti ohrožené týráním nebo zanedbáváním, děti opuštěné a děti vážně zdravotně postižené, obvykle kombinovanými vadami. Menší část dětí se do ústavu dostane proto, že se narodí rodičům, kteří je opustí (matka porodí a uteče z porodnice). Některé ústavy poskytují i krátkodobou pomoc i dětem z rodin, v nichž rodiče nemohou

¹⁹ MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999. s. 22 - 23. ISBN 80-85850-76-1.

poskytovat péči dětem, protože jsou vážně nemocní, prodělávají odvykací léčbu v protialkoholní nebo protidrogové léčebně, jsou ve výkonu trestu odnětí svobody, přišli o byt apod. V některých kojeneckých ústavech jsou zřízena oddělení pro matky s dětmi, která umožňují krátkodobé i dlouhodobé pobyty matkám těhotným a matkám s malými dětmi, jež pro výchovu dítěte nemají vhodné podmínky (nezletilé matky z diagnostických a výchovných ústavů, matky žijící v konfliktním domácím prostředí). Většina dětí je do ústavů přijímána na základě předběžného opatření nebo rozhodnutí soudu, jemuž předchází podnět z OSPOD z porodnic, z dětských klinik, od pediatriů, někdy i od rodičů samotných nebo prarodičů dítěte. Kromě vlastní péče o děti, případně matky, poskytují některé ústavy zácvikové programy rodičům, kteří mají těžkosti v péči o dítě. Dále ještě poskytují přípravné kurzy žadatelům o adopci, případně o svěření dítěte do pěstounské péče. Při některých kojeneckých ústavech fungují i rodičovské kluby adoptivních rodičů a pěstounů. Děti jsou po dovršení příslušné věkové hranice předané buď do jiného ústavu (dětského domova nebo ústavu sociální péče), nebo do náhradní rodinné péče (adopce, či pěstounské péče). V současné době jsou kojenecké ústavy v České republice naplněny na svou kapacitu, někde i lehce nad ní. Takto vzniklý stav naplněnosti je zapříčiněn zejména špatnou flexibilitou při novelizaci příslušných zákonných norem.²⁰

3.3.2 Diagnostický ústav

Diagnostický ústav, jako v pořadí další sociální zařízení, je školské zařízení pro děti, u nichž se rozhoduje o dalším umístění do zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Pokud je vydáno předběžné opatření a soud během vymezené doby nerozhodne o nařízení ústavní či ochranné výchovy, je zde předpoklad zkvalitnění péče v rodinném prostředí a děti jsou po nabytí právní

²⁰ MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999. s. 66 - 67. ISBN 80-85850-76-1.

moci rozsudku umístěny zpět domů nebo k příbuzným, kteří jsou schopni se o ně dostatečně postarat. Možné je i svěření dětí do pěstounské péče.²¹

Po skončení zhruba dvouměsíčního diagnostického pobytu jsou děti s nařízenou ústavní výchovou (nebo tam, kde se k nařízení schyluje) dle závěrů komplexní diagnostiky rozmísťovány do různých typů školských zařízení dané sítě pro výkon ústavní či ochranné výchovy. Jde o dětské domovy, dětské domovy se školou (dříve výchovné ústavy) a výchovné ústavy. I u dětí s předběžným opatřením, které je či výhledově bude, ukončeno návratem do rodinného prostředí, jsou závěry celostního posuzování prospěšné. Většinou jsou rodiče o chování dítěte průběžně informováni a pracuje se s nimi tak, aby se zvýšila šance dítěte v rodině uspět i bez režimových opatření.

Diagnostický pobyt v zařízení má zajistit co nejkomplexnější poznání individuální problematiky a dynamiky obtíží dítěte. Na základě průběžných poznatků během pobytu v diagnostickém ústavě a konečných závěrů je pak možno stanovit opatření vedoucí k nápravě stávajícího nevhodného chování či celkové situace dítěte. Za tímto účelem je důležitá syntéza pohledu pedagogů, psychologů, psychiatrů či sexuologů, etopedů, sociální pracovníce, informací z rodiny, popř. od dalších spolupracujících institucí. Zároveň probíhá komplexní sociální šetření situace v rodině apod. V komunitě diagnostického ústavu je s každým zařazeným dítětem pracováno dle jeho individuálních potřeb, převážně v rámci vrstevnických skupin. Během pobytu nejde pouze o diagnostiku. V diagnostickém ústavu již začíná základní nasměrování terapeutické péče o dítě, popř. celou rodinu, které pak pokračuje po jeho návratu do rodiny či po umístění do následného zařízení. Odborný tým diagnostického ústavu poskytuje každému dítěti podpůrnou a terapeutickou péči a vzdělání. Umožňuje i konzultace rodinám umístěných dětí, popř. rodinnou terapii.

Přijímány jsou děti plnící povinnou školní docházku s nařízenou ústavní výchovou, ochrannou výchovou nebo soudem vydaným předběžným opatřením o umístění. V menší míře jde o preventivní, tzv. dobrovolné pobyty na žádost

²¹ http://www.dud.cz/du_dobri.html

rodičů. Diagnostický ústav také poskytuje na přechodnou dobu azylovou výchovnou péči dětem zadržným na útěku od osob odpovědných za jejich výchovu nebo dětem na útěku z jiných zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Důvody k umístění dítěte do diagnostického ústavu mohou být na straně rodičů, širší rodiny či obecně sociálního prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, nebo na straně dětí samotných. Scházejí se zde převážně děti poznamenané nedostatečnou či nepřiměřenou primární péčí. V jejich rodinném zázemí se vyskytovalo například materiální či sociální a psychické zanedbávání, zneužívání, týrání. V rodinné anamnéze se často vyskytuje rozvod, násilí mezi rodiči, alkoholismus jednoho či obou z rodičů, jejich pobyt ve vězení, citová labilita, sociální nepřizpůsobivost, duševní choroby, poruchy chování a delikvence u některého z rodičů. Pro některé děti, které pocit reálného rodinného soužití nikdy nezažily nebo si ho již nepamatují, je diagnostický ústav jen „přestupní stanicí“ mezi dětským domovem a výchovným ústavem.²²

3.3.3 Dětský domov

Mírnější alternativou umístění klienta po ukončení pobytu v diagnostickém ústavu je jeho zařazení do dětského domova. Dnešní dětské domovy prošly složitou transformací z ústavů internátních typů na typy rodinné. Dětský domov je zařízení, kam přijdou děti, na jejichž umístění se hlavní měrou podílí **selhání vlastní rodiny** - zanedbávání rodičovských povinností, týrání a zneužívání, výkon trestu rodiče nebo tíživá sociální situace rodiny. Případy skutečně osiřelých dětí, kdy jeden či oba rodiče zemřeli, jsou v současnosti ojedinělé.²³

Poslání dětských domovů upravuje zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, kde v § 12:

(1) Dětský domov pečuje o děti podle jejich individuálních potřeb. Ve vztahu k

²² http://www.dud.cz/du_dobri.html

²³ <http://www.detskydomov-as.cz/dd/char.html>

dětem plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

(2) Účelem dětského domova je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Tyto děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova.

(3) Do dětského domova mohou být umisťovány děti ve věku zpravidla od 3 do nejvýše 18 let. Do dětského domova se rovněž umisťují nezletilé matky spolu se svými dětmi.²⁴

Při zařazování dětí do rodinných skupin je přednostně přihlíženo zejména na sourozenecké vazby. Přijetí dítěte nebo mladistvého do rodinné skupiny je novou situací nejen pro ně samotné, ale pro všechny členy skupiny. Do popředí vystupují obavy, nejistota, mrzutosti, přetížení a mnoho dalších aspektů. První dny významně ovlivňují soužití se všemi ve skupině i v domově. Čím intenzivnější má dítě pocit z přijetí ostatními dětmi a vychovatelkami, tím kvalitnější se vytvářejí vzájemné vztahy. V rodinné skupině není průběh přijetí všední záležitostí. Rutinní přivítání by bylo velmi chybným krokem. Vychovatelky před jeho příchodem vhodně připravují ostatní na novou situaci. Všední den ve skupině probíhá stejně jako v každé běžné rodině. Děti chodí do školy, na zájmovou činnost, na výlety, sportují, apod. Na rozdíl od výchovných ústavů mají volný režim. Mohou samy na vycházku, za kamarády, do obchodu. Jen musí, stejně jako v rodinách, dodržovat určitá pravidla. Rodina v dětském domově je jen „trochu“ větší- max. o 8 dětech a o dvou v pravidelných intervalech se střídajících vychovatelích. Jednotlivé rodinné skupiny samy hospodaří. Ve spolupráci s „tetou“ připravují týdenní jídelníčky. Učí se nakupovat, vařit. Připravují snídaně, svačiny, večeře, o víkendech celodenní stravu. S ohledem na věk si děti také samostatně uklízejí své pokoje a společné prostory. Tento způsob výchovy se v zahraničí osvědčil, a proto byl aplikován i na dětské domovy v České republice. Děti jsou tímto motivovány

²⁴ Zákon č. 109/2002Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, <http://aplikace.msmt.cz/PDF/sb048-02.pdf>

k aktivnímu způsobu života v dětském domově a připravovány k plynulé integraci do samotného života. V průběhu školních dnů nezbyvá dětem a mladým dospělým mnoho volného času. Podle individuálních zájmů si vyberou z poměrně bohaté nabídky sportovních klubů nebo uměleckých škol volnočasovou aktivitu. Rodinné skupiny se společně podílejí na dění celého domova. Vzájemně spolupracují, převážně o víkendech a o prázdninách, kdy je více času. Soutěží mezi sebou, pořádají společné výlety za poznáním, účastní se různých projektů nebo reprezentují domov na různých soutěžích. Dětské domovy obvykle pořádají 1x ročně dny otevřených dveří a dávají tak možnost široké veřejnosti nahlédnout do života rodinných skupin a pokouší se tak osvětlit funkci zařízení a odbourávat negativní asociace, předsudky a polopravdy. Není to jediný den v roce, kdy do domova přicházejí hosté. Kromě významných osobností a sponzorů navštěvují skupiny spolužáci dětí, rodinní příslušníci zaměstnanců a přátelé z jiných dětských domovů.²⁵

3.3.4 Dětský domov se školou

V případě, že má klient po ukončení pobytu v diagnostickém ústavu i nadále nařízenou ústavní výchovu, nebo má-li závažné poruchy chování apod., je obvykle umisťován do zařízení s názvem dětský domov se školou, což je jakási represivnější varianta dětského domova. Toto zařízení je zřízeno na základě zákona č. 109/2002 Sb., kde se v §13 hovoří o tom, že klienti jsou do tohoto zařízení umisťováni, mají-li nařízenou ústavní výchovu, závažné poruchy chování nebo kteří pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně léčebnou péči, mají-li uloženu ochrannou výchovu, jsou-li nezletilými matkami splňujícími shora uvedené podmínky a jejich děti, které nemohou být vzdělávány ve škole, jež není součástí dětského domova se školou. Do dětského domova se školou mohou být umisťovány děti zpravidla od 6-ti let do ukončení povinné

²⁵ <http://www.detskydomov-as.cz/dd/char.html>

školní docházky. Nemůže-li se dítě po ukončení povinné školní docházky pro pokračující závažné poruchy chování vzdělávat ve střední škole mimo zařízení nebo neuzavře-li pracovně právní vztah, je dítě zařazeno do výchovného ústavu.²⁶

3.3.5 Výchovný ústav

Výchovný ústav pečuje o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, u nichž byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova. Ve vztahu k dětem plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Výchovné ústavy se zřizují odděleně pro děti s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou, popřípadě pro jako výchovný ústav nebo výchovná skupina pro klienty, u nichž byla nařízena ústavní výchova, uložena ochranná výchova nebo ochranná výchova v souvislosti se závažnými poruchami klientova chování nebo pro ty, které jsou nezletilými matkami a jejich děti nebo pro děti, které vyžadují výchovně léčebnou péči. Výjimečně, ve velmi závažných případech poruch chování, lze do výchovného ústavu umístit i dítě, které má nařízenou ústavní výchovu a je starší 12-ti let. Při výchovném ústavu se ze zákona zřizuje základní, speciální nebo střední škola.²⁷

²⁶ Zákon č. 109/2002Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, <http://aplikace.msmt.cz/PDF/sb048-02.pdf>

²⁷ Zákon č. 109/2002Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, <http://aplikace.msmt.cz/PDF/sb048-02.pdf>

4 Závislost

Je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednosti než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.
- d) Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance)
- e) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času potřebného k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku

- f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.²⁸

4.1 Fáze vývoje drogové závislosti

Vývoj drogové závislosti ve vztahu jedinec - droga rozdělil Waldmann do čtyř etap:

1. etapa se vyznačuje hledajícím vztahem mladistvého, který prožívá své generační problémy a konflikty;
2. etapa je spojená s vytvářením a stabilizací skupin (part) mladistvých, kde se konzumují drogy;
3. etapa je vyjádřena vznikem vlastní závislosti jedince na droze, kterou potřebuje bez ohledu na partu;
4. etapa znamená fyzickou závislost na droze se stálou starostí o její opatření, neboť hrozí dramatické abstinenci projevy. Toxikoman neprožívá pravý efekt drogového opojení, ale úlevu od nepříjemných prožitků po aplikaci a nutnost udržovat v organismu stálou hladinu.²⁹

Zvláště u adolescentů není přesně vymezena hranice mezi návykem a závislostí. Je obtížné rozhodnout co je a co není možné diagnostikovat jako závislost. V odborné literatuře se lze setkat s termíny, jako jsou experimentální, rekreační, habituální a jiné požívání drog mladistvými.³⁰

²⁸ NEŠPOR, K.. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000. s. 14 – 15. ISBN 80-7178-432-X.

²⁹ WALDMANN, H. *Phantastika und Untergrund. Zum psychiatrischen Verständnis des Rauchmittelgebrauche Jugendlicher*. Bonn: Bournier u. co. 1971.

³⁰ KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

4.2 Typy závislostí dle Zvolského

Zvolský (1997) podává ucelený klasifikační přehled typů závislostí na návykových látkách:

- a) Alkoholo-barbiturátový typ (alkohol, hypnotika, trankvilizéry, anxiolytika)
- b) Amfetaminový typ (psychoton, anorektika, antidepresiva, látky obsahující efedrin - bronchodilatancia, antitusika)
- c) Cannabisový typ (látky obsažené v konopí - cannabis, hašiš, marihuana)
- d) Halucinogenový typ (LSD, meskalin, psylocybin)
- e) Kathový typ (látky obsažené v listech rostliny catha edulis)
- f) Opiátový-morfinový typ (papaverin, morfin, heroin, diolan, Dolsin)
- g) Solvenciový typ (Toluen, benzin, inhalační narkotika)
- h) Tabákový typ
- i) Kofeinový typ
- j) Antipyretiko-analgetikový typ
- k) Neuroleptikový typ
- l) Antidepresivový typ³¹

4.3 Klasifikace abúzu drog

Klasifikace abúzu drog obvykle vychází z teoretických hypotéz čtyř kategorií:

- (1) biologické - podmíněnost biologickými poruchami;
- (2) psychodynamické - nerozřešení psychického traumatu a neuspokojení potřeb s následným rozvojem následných konfliktů;
- (3) sociální - na úrovni mikrostruktur i makrostruktur, jako výsledek sociálního učení;
- (4) sociologické - teorie o sociálních deviacích.³²

³¹ ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1997.

³² HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996.

5 Druhy drog a jejich dělení

Dle Peška se drogy mohou dělit podle různých kritérií. Jedním z nich jsou jejich somatické a psychické účinky. Pak získáme následující kategorie: opiáty, sedativa, stimulancia, halucinogeny, organická rozpouštědla. Další možností je dělení podle míry zdravotní nebo společenské nebezpečnosti. Rovněž se často uvádí dělení na drogy legální a nelegální.³³

5.1 Legální drogy

5.1.1 Alkohol

Dle Popova alkohol (chemicky *etylalkohol*, etanol) vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů - buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Alkoholy tvoří celou skupinu látek, z nichž etylalkohol, druhý nejjednodušší, převzal jako nejznámější jméno celé skupiny. Při nedokonalých chemických procesech (např. při domácí výrobě destilátů) vzniká směs etylalkoholu s nejnižším alkoholem, *metyl-alkoholem* (metanol), který je silným nervovým jedem se selektivním působením na oční nerv (působí oslepnutí) a vede k metabolickému rozvratu vyvoláním aci-dózy. Charakteristiku nervového jedu a schopnost vyvolat acidózu má i etylalkohol, i když v nižší míře. V současnosti se používá alkohol poměrně široce jak v oficiální (farmakologie), tak i v lidové medicíně. Patrně stejně dlouho jak je alkohol znám, však lidstvo provází i negativní následky nemírného požívání alkoholu.³⁴

³³ PEŠEK, R., NEČESANÁ, K. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících*. Arkáda, 2009. ISBN 978-80-254-5971-3.

³⁴ POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 151. ISBN 80-86734-05-6.

5.1.1.1 Závislost na alkoholu

Vznik závislosti na alkoholu velmi dobře popisuje „dis-pozičně-expoziční model“: čím výrazněji se uplatňují faktory dispoziční (biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav, komorbidita aj.), tím menší podíl expozice je nutný a naopak, čím větší je expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace-množství, frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti. Vždy však jde o komplexní působení řady faktorů, které se spolupodílejí na vzniku a vývoji závislosti (biologické, psychosociální). Co se týče dědičnosti, existuje řada dokladů (rodinné studie, studie dvojčat, sledování adoptovaných dětí, aj.), potvrzujících význam dědičných vlivů, které se mohou více či méně uplatnit. Naopak žádný výzkum nedokázal existenci specifické osobnostní struktury, zakládající vyšší pravděpodobnost vzniku závislosti či dokonce determinující pro vývoj do závislosti na alkoholu.³⁵

5.1.1.2 Vývoj závislosti na alkoholu

Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně, typické pro vývoj závislosti jsou „postupné“ změny („postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu“, „postupná ztráta kontroly užívání alkoholu“, „postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů“). Současně dochází (zpočátku většinou rovněž nenápadně) ke změnám v myšlení a chování, které se postupně mohou fixovat a způsobit osobnostní změny. Jedná se vlastně o adaptační mechanismus, kterým alkoholik reaguje na konflikty vznikající při konfrontaci s realitou stále častějších a výraznějších problémů, vyvolaných jeho

³⁵ POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 152. ISBN 80-86734-05-6.

pitím. Tyto změny myšlení a z nich vycházejícího chování se označují jako „alkoholické obrany“. Alkoholik jimi zpočátku zakrývá, později vysvětluje a obhajuje („racionalizuje“) pití. Příznakem *rozvinuté závislosti* bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu, následovaná výskytem odvykacích příznaků např. v podobě „ranních doušků“ (resp. potřeby odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu vzápětí po probuzení) a poruchami paměti (tzv. „okénka“). Alkoholická „okénka“ (palimpsesty) jsou typické výpadky paměti (akutní amnézie), při kterých si pacient nepamatuje, co dělal během intoxikace alkoholem. Pro vývoj tolerance na alkohol je charakteristické, že s rozvojem závislosti dochází zpočátku k jejímu zvyšování. Závislá osoba je tak schopna denně konzumovat značné množství alkoholu, přičemž se často nechová nápadně, takže nebudí pozornost, nepůsobí dojmem opilého člověka. Postupně však dochází naopak k výraznému snížení schopnosti rychle a účinně metabolizovat alkohol. Snížení tolerance, při kterém i malé množství vypitého alkoholu vyvolá u postiženého rychle příznaky těžké opilosti. To je zvláště nápadné v kontrastu s množstvím alkoholu konzumovaným v minulosti.³⁶

5.1.2 Tabák

Tabák patří mezi návykové drogy, jeho účinky se neprojeví tak rychle a dramaticky, vzhledem k rozšířenosti kouření jsou citelné. Tabákový kouř obsahuje řadu škodlivin, dehet, kysličník uhelnatý, formaldehyd, arsenid, kyanid. Nešpor konstatuje, že z velkého množství chemikálií v tabákovém kouři je návyková pouze jedna – nikotin.³⁷

V České republice umírá podle odhadů na následky kouření denně 60 lidí. Stejný zdroj uvádí, že v současné době kouří asi jedna třetina dospělé populace, tj. 2,5 milionu osob. Mužů kouří 60% a žen 40%. Kuřáckou anamnézu má cca 37%

³⁶ POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 152 - 153. ISBN 80-86734-05-6.

³⁷ NEŠPOR, K.. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.

těhotných žen a 12% jich kouří během celého těhotenství. Kuřáctví je velmi rozšířeno u lidí s mentálními poruchami. Některé etnické skupiny kouří více než ostatní populace – jedná se především o rómské etnikum.

V porovnání s jinými státy je podíl kuřáků v České republice poměrně vysoký a s roční spotřebou cigaret na osobu se řadíme mezi pět prvních států v Evropě.³⁸

5.1.2.1 Závislost na nikotinu

V tabáku je pouze jedna obecně rozpoznaná droga: nikotin. Vzhledem k tomu, že je mírný stimulans, je možné si na jeho stimulační účinky vypěstovat toleranci, což by si nutně vynucovalo stále vyšší a vyšší dávky, v konečném stadiu vedoucí k fyzické závislosti. V praxi ovšem většina lidí dosáhne svého stropu značně pod touto hladinou závislosti, a je dokonce vyšší než jejich běžná spotřeba. Množství, které od té doby užívají, se mění v závislosti na jejich momentálním duševním stavu – což je přesně ten způsob, kterým se užívají i ostatní drogy. Pokud se vyvine touha po tabáku, bude obecně probíhat na psychické, a nikoliv na fyzické bázi. A dokonce i po letech poměrně silného kouření mohou lidé s kouřením přestat okamžitě, přičemž pociťují jen slabé, pokud vůbec nějaké abstinenci příznaky.

Terapie nikotinismu předpokládá motivaci kuřáka k tomu, aby se odnaučil kouřit. V průběhu odnaučování kouření se dostávají typické abstinenci příznaky. Ty závisí na době, po níž kuřák kouřil, ale i na jeho celkovém somatickém stavu. Lze jej charakterizovat pomocí těchto symptomů: únava, resp. pseudoneurastenický syndrom, zažívací potíže – nauzea, obstipace, tj. zácpa, meteorismus, tj. plynatost, jež jsou způsobeny změnami v činnosti jater a změněnou mikroflórou ve střevech, event. jiné, brnění ve svalech až slabé křeče,

³⁸ KRÁLÍKOVÁ, E. Tabák a závislost na tabáku. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad Vlády České republiky, 2003. s. 205. ISBN 80-86734-05-6.

event. pocity snížené citlivosti v končetinách apod., významným symptomem jsou poruchy spánku, psychomotorický neklid, případně změny nálad – dysforie, tj. rozlady. Samozřejmě nelze vyloučit i symptomy jiné. Z farmak, která se používají k odnaučení kouření lze kupř. jmenovat Lobelin Spofa (vyvolává odpor ke kouření). Nikotinismus se však zpravidla léčí prostřednictvím psychoterapie.³⁹

5.1.2.2 Typologie kuřáků

Schmidt dělí kuřáky na následující typy:

1. Příležitostný kuřák
Kouří občas, na základě kuřáckých zvyklostí, které stimulují. Necítí potřebu, pokud se objeví, uspokojí ji, pokud ne, nezpůsobí žádné komplikace.
2. Návykový kuřák
Kouří ze zvyku ve vleku kuřáckých zvyklostí a napodobení. Psychodynamické procesy nejsou tak fixovány, aby se mohla vyvinout psychická závislost. Kouření může ukončit bez větší námahy.
3. Kuřák s psychickou závislostí
Do této skupiny patří kuřák z požitku, u něhož stojí v popředí vůně, chuť a kuřácký ceremoniál. Lze sem zařadit i ty, kteří jsou motivováni prožívaným uvolněním, uklidněním, odstraněním dysforie a pocitu prázdnoty.
4. Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí
Do popředí vystupují farmakodynamické účinky nikotinu, které kuřák vyhledává pro emočně vegetativní prožitky. Na tělesnou

³⁹ POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-04.

závislost upozorňuje bušení srdce, návaly pocení, třes a neklid po absenci kouření⁴⁰.

5.1.2.3 Rizikové skupiny

Ve školní populaci je kouření ve srovnání s alkoholem ještě výraznějším hromadným jevem. Cigareta si prosazuje postavení symbolu mužnosti a dospělosti. Kuřáctví je spojeno s prospěchem, čím horší prospěch, tím více a častěji jsou kouřeny cigarety. Typický silný kuřák je chlapec nejvyšší třídy ZŠ s podprůměrným prospěchem. Mezi děvčaty je zřetelně více nekuřáček než mezi chlapci a mezi chlapci je zřetelně více především slabých kuřáků. Ti vytváří základnu pro další vývoj a s postupnými ročníky narůstá množství kuřáků i počet vykouřených cigaret. U chlapců 8. tříd se špatným prospěchem lze najít již návykové kouření⁴¹. Mládí je – bezpochyby – fáze hlubokých změn. Můžeme ho označit za období přechodu se zrychleným a rychle se měnícím procesem změn v kognitivní, sociální a psychické oblasti, který je doprovázen markantní tělesnou přestavbou. Ta je také doprovázena novými tělesnými zkušenostmi, které jsou zčásti prožívány jako matoucí a zároveň vedou k novým poznatkům. Cesta z dětství určovaná někým jiným k samostatné dospělosti je těžká. Mladý člověk se musí vypořádat s následujícími požadavky:

- tělesné a sociální změny
- uvolnění z rodičovského domu a zároveň výstavba vlastního života
- nová sociální zodpovědnost
- nejistoty a požadavky v povolání

⁴⁰ POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-04.

⁴¹ POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-04.

- vytváření systému vlastních hodnot a norem

Přechod je změna z dětského do mladého věku, a tím vstup do dosud neznámých oblastí života, které jsou pro mladého člověka málo strukturované a oproti dosavadní oblasti zkušeností podstatně rozšířenější. Z toho vyplývá i ústřední konflikt tohoto úseku života: Mladý člověk stojí mezi dětstvím určeným někým jiným a dospělostí s větší vlastní zodpovědností. Toto rozporné postavení činí z mladého člověka „osobu okrajových skupin“. Konzumace drog se v této fázi může stát možným vzorkem zpracování citlivých vjemů. Děvčata i chlapci podléhají psychologickým, tělesným a sociálním změnám, které mohou vést k nevyváženosti osobnosti, jestliže se jim zároveň nedostane pozitivních vzorků chování a sociálním učení. Změněný průběh vývoje osobnosti v tomto stadiu vývoje je vyvoláván změněnými požadavky prostředí, které se projevují v různých úlohách vývoje mladých lidí. tak má mladý člověk dosáhnout fyzického odloučení z rodičovského domu, přitom si zároveň vytvořit nové sociální chování ve spojení se svými vrstevníky, vytvořit heterosexuální partnerský vztah a nakonec založit rodinu.

Mladí lidé jsou dnes vedeni k tomu, aby dosáhli mezikulturních kompetencí a připravenosti převzít zodpovědnost tak, aby dostáli školním a později pracovním kvalifikačním požadavkům, aby našli výdělečnou práci v povolání, a tím si zajistili materiální základnu samostatné existence pro sebe a vlastní rodinu. V neposlední řadě si musí mladí lidé ve fázi uvolnění od rodičů vypracovat vlastní hodnotové systémy a normy, rozvíjet své etické a politické vědomí a vypracovat si vlastní vzorek jednání a strategii ke zvládnání problémů.

Jmenované úkoly zvládají mladí lidé během čtyř až pěti let – výkon, který v takovém rozsahu a v tak krátkém čase nemusíme podat už nikdy v životě. V žádném období lidského vývoje nejsou však zvědavost na nevyzkoušené a radost z experimentování, potřeba vyzkoušet meze a zpochybňování hodnot a norem tak výrazné, jako v mládí. Proto je v tomto období vývoje mladých lidí stále častěji pozorován konzum omamných prostředků. Vyskytne-li se to jako

epizoda v procesu vývoje dětí a mladistvých, může toto zkoušení představovat jednu z několika reakcí na požadavky.

Při dostatku podpůrných faktorů pro samostatný život bez konzumu drog, se mohou opět prosadit jiné vzorky chování. Při stoupajícím počtu mladistvých se konzum omamných prostředků stává výraznou součástí jejich chování.⁴²

5.1.2.4 Vrstevnické party

Zvláště od poloviny dětství a na počátku dospívání mají největší vliv na formování postojů primární a referenční skupiny. Homogenita postojů členů skupiny bývá také zpravidla výsledkem určitého skupinového tlaku. Nevyrovnané a nezralé osobnosti se však ještě i později, v zájmu uspokojení nejrůznějších potřeb, lehce podřizují jakýmkoliv požadavkům.⁴³ **Pro rizikovou mládež z dysfunkčních rodin je vrstevnická parta důležitější než pro mladé lidi vyrůstající v rodinách,** jež dětem poskytují přiměřenou míru podpory a vedle toho jim přiměřeně vytyčují meze dovoleného chování. Vrstevnická skupina není pro někoho jen neproblémovým zázemím; tím spíše jim není pro mladé lidi vyrůstající bez rodičovského zájmu, bez jasných pravidel, ohrožované despotickým trestáním rodičů apod. I pro dítě vychované funkční rodinou představuje každá vrstevnická skupina více nebo méně stresující nárok: obstat v očích vrstevníků jako někdo, kdo je „v pořádku“, kdo plně sdílí plně jejich hodnoty. Nároky na konformitu jsou ve vrstevnické skupině mládeže obvykle vyšší než ve všech jiných skupinách. Zahrnují nejen způsob vyjadřování, ale i úpravu zevnějšku, druh preferované hudby, způsob chování k opačnému pohlaví, postoj ke škole, případně k práci, k rodičům, k penězům, k sexualitě, ke kouření, k drogám, k alkoholu atd. U dětí frustrovaných nízkou podporou rodiny je

⁴² GÖHLER, FR. Ch., KÜHN, J. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

⁴³ ČAČKA, O. *Psychologie*. Brno: Doplněk, 2002. s. 128. ISBN 80-7239-107-0.

pravděpodobné, že potřeba kladného přijetí vrstevnickou skupinou bude ještě silnější než u dětí s dobrým rodinným zázemím“⁴⁴

5.1.3 Těkavé látky

Skupina návykových látek uvedených v MKN-10 pod označením F 18 - prchavé látky se častěji označuje jako těkavé látky nebo inhalační drogy. Patří mezi ně některá rozpouštědla, ředidla a lepidla, ale i plynné látky, například éter a rajský plyn. Jednotlivé těkavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Společným znakem po užití je ovlivnění CNS, které se projevuje euforií, většinou s útlumem, mohou se objevit zrakové a sluchové halucinace. Některé těkavé látky jsou uvedeny v Zákoně 167/98 Sb. o návykových látkách.⁴⁵

5.1.3.1 Jednotlivé inhalační drogy

Toluen - methylbenzen ($C_6H_5 - CH_3$) - je v současné době nejrozšířenějším zástupcem skupiny inhalačních drog u nás. Chemicky jde o aromatický uhlovodík. Bezbarvá kapalina, získává se z ropy, lehkého oleje nebo koksových plynů. Toluen je důležité rozpouštědlo a ředidlo, zejména laků. Je i výchozí látkou pro výrobu trinitrotoluenu.

Trichlorethylen ($ClHC=CCl_2$) - Jedovatá kapalina sloužící zejména jako všestranné rozpouštědlo, užívané na některých průmyslových pracovištích, kde bývá zneužíváno zaměstnanci jako inhalační droga způsobující euforii. Při inhalaci trichlorethylenu se mohou objevit zrakové a sluchové halucinace, které mohou mít imperativní charakter.⁴⁶

⁴⁴ MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 1998. s. 84 – 85. ISBN 80-7778-226-2.

⁴⁵ http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/zakon-c-sb_1965_1051_3.html

⁴⁶ HAMPL, K.. *Prognóza dětí a mladistvých zneužívajících rozpustila*. Protkalo. Obzor, roč. 24, č. 3, s. 135 - 141. 1989.

Rajský plyn - N₂O - oxid dusný, smíšen s kyslíkem vyvolává krátce po vdechnutí opojný bezbolestný stav. Používá se ke krátkodobým narkózám. Zdá se, že se znovu objevuje jeho zneužívání. Inhaluje se z tlakových lahvíček pro výrobu šlehačky nebo z nafukovacích balónků, ze kterých je vdechován. Účinek se rychle vytrácí. Při vdechování z lahve může dojít ke spálení dýchacích cest mrazem, který vzniká při rychlém odpařování oxidu dusného.⁴⁷

5.1.3.2 Způsob aplikace

Toluen je volně prodejný v drogeriích a je relativně levný. Může se inhalovat přímo z lahve, ale obvyklejším způsobem je vdechování (sniffing) výparů toluenu z napuštěné tkaniny. Účinná dávka je u toluenu řádově několik mililitrů. Účinek se dostavuje během několika minut a je krátkodobý - odezní během několika desítek minut, pokud inhalace neprobíhá dál nebo se neopakuje. Ke zvýšení účinku si někteří uživatelé přetahují přes hlavu plastový pytlík, pod kterým inhalují. Tento způsob aplikace přináší zvýšené riziko úmrtí. K inhalaci dochází za nejrůznějších okolností, buď individuálně, třeba i během chůze po frekventované ulici, nebo velmi často ve skupinách s dodržováním určitého rituálu. Bohužel nestalo se součástí rituálu poskytnout první pomoc spoluživateli, když ztratí vědomí nebo přestane dýchat. Většinou všichni od postiženého utečou a zanechají ho jeho osudu. Toluen vyvolává silnou psychickou *závislost*, někteří pacienti inhalují toluen prakticky denně. V důsledku pak nejsou schopni výkonu žádného zaměstnání a postupně dochází k degradaci osobnosti. Trvalé poškození mozkových struktur může zůstat dlouhou dobu utajeno, protože se projeví jen za některých nepříznivých okolností. Pacient pak začne v dané situaci neadekvátně reagovat, může dojít k nečekané agresivitě. Somatická závislost nebývá patrná. Po vysazení inhalační drogy se neobjevuje syndrom z odnětí, ale pacient se vrací k užívání pro silný craving. Někdy znovu vyhledá inhalační drogu z rituálních

⁴⁷ VANĚČEK, M. *Ketamin, Ufo, Rajský plyn*. Bulletin národní protidrogové centrály. roč. 8, č. 1, s. 13 - 14. 2002.

důvodů, zejména při hromadném užívání. Pokud dojde k úplnému vysazení těkavé látky a pacient již dále abstinuje nebo přechází na jinou drogu, je třeba stále počítat s tím, že již došlo k organickému poškození mozku, které jsou patologové schopni u zemřelých najít. Při diagnóze nás na užití inhalačních drog může přivést charakteristický zápach v prostředí, z oblečení, možné je poslat moč na toxikologické vyšetření a po inhalaci toluenu na kvantitativní vyšetření kyseliny hippurové, jejíž hladina se při inhalování toluenu zvyšuje.⁴⁸

5.1.3.3 Závěr

Dle Hampla zneužívání této skupiny látek je velmi nebezpečné a dosti podceňované. Těkavým látkám je potřebné věnovat stejnou pozornost jako ostatním drogám a uvědomit si, že potřebného efektu můžeme dosáhnout včasnou registrací a léčbou v daleko větší míře u experimentujících dětí a mladistvých, než u dospělých závislých pacientů. Legislativní opatření jsou zatím nedostatečná.⁴⁹ Některé těkavé látky jsou sice uvedeny v zákoně 167/98 Sb. o návykových látkách, ale jedinou zákonnou povinností je povinnost registrace výrobce před zahájením výroby u ministerstva zdravotnictví.⁵⁰ Žádné jiné zákonné omezení pro výrobu, distribuci a užívání toluenu neexistuje a dá se tedy říci, že se jedná o legální drogu, v případě, že je řádně registrována její výroba. Omezení dostupnosti pouze v určitém regionu nemá význam, protože kontakt mezi uživateli je prakticky neomezený. Měl by být alespoň celostátně zakázán volný prodej těkavých látek osobám mladším osmnácti let. Pokud nedojde k celostátnímu legislativnímu omezení výroby, distribuce a užívání toluenu, nelze očekávat snížení počtu uživatelů ani počtu úmrtí na toluen.

⁴⁸ HAMPL, K.. *Prognóza dětí a mladistvých zneužívajících rozpustila*. Protkalo. Obzor, roč. 24, č.3, 1989.

⁴⁹ HAMPL, K.. *Prognóza dětí a mladistvých zneužívajících rozpustila*, Protkalo. Obzor, roč. 24, č.3, 1989.

⁵⁰ Sběrka zákonů ČR: *Zákon č.141/2009Sb.*, o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony

5.2 Nelegální drogy

5.2.1 Opioidy

Opioidy ovlivňují (farmakologicky působí) organismus prostřednictvím opioidních receptorů. Opioidy se v lékařství používají jako nejsilnější léky proti bolesti (analgetika-anodyna), nebo jako léky proti kašli (antitusika), protože tlumí kašlací reflex. Tinctura opii jako lék při úpornému průjmu se dnes používá už jen výjimečně (běžný je v této indikaci opioid dioxifenolát s firemním názvem REASEC), je však lékem volby při léčbě odvykacího stavu u novorozenců, jejichž matky jsou závislé na heroinu. Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má strukturu blízkou morfin. Opiáty také ovlivňují produkci endogenních opioidů (látky normálně potlačující bolest v organismu): zpočátku je stimulují, ale při dlouhodobém užívání výdej endorfinů a enkefalinů inhibují a stimulují navíc jejich rozklad.⁵¹

5.2.1.1 Projevy při užívání a závislosti

Při *intoxikaci* je v popředí zklidnění a příjemná euforie, která více než jiné účinky podléhá toleranci. Opioidy ale mohou také vyvolat dysforii (rozladu), hlavně u žen, obvykle bývá spojena s nevolností, zvracením a neschopností koncentrace. Prvními příznaky *akutní intoxikace* jsou nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění, intoxikovaný se poškrabuje po celém těle i v komatu, dýchání je povrchní, zúžení zornic (mióza) přichází v konečném stadiu v rozšíření zornic (mydriáza), dochází ke zvýšení všech somatických reflexů (hyperreflexie). Při *chronickém abusu* je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností, intelekt bývá nepostižen, dochází k etické degradaci individua. Závislý

⁵¹ MINAŘÍK, J. Opioidy a opiáty. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 159. ISBN 80-86734-05-6.

je líný, bez vůle, ztrácí libido a potenci, může být depresivní, pravidlem bývají děsivé hypnagogické pseudohalucinace. Častá bývá nespavost, únava a podrážděnost střídající se s apatií. Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání organismu a k extrémní vyhublosti (kachexie). Často dochází k infekcím, které souvisejí s oslabením imunitního systému a nesterilní injekční aplikací drogy. Koloběh opatřování si drogy a výše uvedené poruchy mohou vést k sebevraždě. Opioidy a opiáty, zejména heroin, mají vysoký potenciál pro vznik *závislosti somatického typu*, která se odvíjí z kombinace mechanismů na buněčné (zmnožení receptorů) a nitrobuněčné úrovni, na úrovni cílových orgánů a poklesu produkce endogenních opiátů. Závislost se rozvíjí již po několika týdnech nebo nejpozději několika měsících užívání. Její psychická složka se vyznačuje ztrátou kontroly nad užíváním a neovladatelným dychtěním po droze, somatickou součástí je vzestup tolerance a tím i potřeba stále vyšších dávek. Pravidelní dlouhodobí uživatelé se dostávají na dávky, které jsou mnohonásobkem smrtelné dávky pro prvouživatele. Důležitý z tohoto hlediska je fakt, že při abstinenci od opiátů rychle klesá tolerance a dávka, která před odvyknutím byla běžná, se stává smrtelnou.⁵²

5.2.2 Psychostimulancia

Psychostimulancia (psychoanaleptika, psychomimetika) jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na CNS (centrální nervový systém). Typickými zástupci jsou pervitin (metamfetamin), amfetamin, kokain, méně typickým zástupcem je extáze, která může mít kromě stimulačního účinku také účinek psychedelický. *Akutní a dlouhodobé účinky*: Psychostimulancia povšechně zvyšují psychomotorické tempo a bdělost (vigilitu) především urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti (na úkor přesnosti).

⁵² MINAŘÍK, J. Opioidy a opiáty. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 159. ISBN 80-86734-05-6.

Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit síly (duševní i tělesné) a energie. Snižují chuť k jídlu.⁵³

5.2.2.1 Pervitin

Pervitin urychluje tok myšlenek, často na úkor kvality (hlavně při opakovaném užití), zvyšuje pozornost a soustředěnost. Zlepšuje schopnost empatie, odstraňuje zábrany. Nastupuje euforie, pocit sebejistoty a rozhodnost. Intoxikovaný nemá potřebu spánku. Působí anxiogenně (může navodit strach a úzkost). Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s hlubokými pocity vyčerpání a celkovou skleslostí (dojezd). *Akutní intoxikace*: při prvním požití často bolest v čele, úzkost. Akutní intoxikace se projevuje silným drážděním sympatiku, dále neklid, hyperaktivita, bolesti hlavy, mydriáza, tachykardie s arytmiemi, hyperreflexie, u běžných otrav nastává hyperpyrézie (vzestup tělesné teploty), někdy křeče a delirium. Předávkovaný pociťuje těžkou bolest na hrudi a může upadnout do bezvědomí na 1 - 2 hod. U sportovců, kteří požili amfetamin jako doping, došlo až k naprostému fyzickému vyčerpání a smrti, protože látka zvýšila pocit tělesné výkonnosti a způsobila tak ztrátu schopnosti posoudit hranice somatických možností. *Chronická intoxikace*: jako následek chronického užívání mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí (asi u 10 % zemřelých nalezeny změny na mozku). Závislý je neklidný, pociťuje napětí, úzkost, předrážděnost, poruchy spánku, panikaření, nevolnost, zvracení, sucho v ústech. Při dlouhodobém užívání se dostavuje celková sešlost z podvýživy (pervitin *snižuje chuť k jídlu* a látky s podobným efektem se užívají/užívaly jako anorektika), třes, bolesti u srdce a bolesti kloubů, zvýšení šlachových a

⁵³ MINAŘÍK, J. Opioidy a opiáty. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 164 – 165. ISBN 80-86734-05-6.

okosticových reflexů, široké nereagující zorničky, hemorhagie (krvácení) v plicích, játrech, ve slezině.⁵⁴

5.2.3 Halucinogenní drogy

Halucinogenní drogy jsou jednou z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Velikou pozornost vědců i laiků přitahují nejen jejich velmi neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka, ale především jistá nevyzpytatelnost, tajemnost, možná až mystičnost spojovaná s těmito účinky a využívaná lidskou kulturou od nepaměti. Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek. Obecně je lze rozdělit do tří základních skupin:

- přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. mezkalin, durman, psilocybin atd.)
- přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. bufetenin)
- semisyntetické a syntetické, tj. poloumělé a umělé halucinogenní drogy (např. LSD a PCP - „andělský prach“)⁵⁵

5.2.3.1 Nejčastější halucinogeny LSD

LSD se na našem současném černém trhu objevuje téměř výhradně ve formě tzv. tripů či krystalů. V prvním případě se jedná o malé papírové čtverečky s potiskem zobrazujícím různé symboly. Ve druhém případě pak jde o malé granulky většinou tmavomodré či zelené barvy, připomínající umělé hnojivo. Oba přípravky se užívají perorálně, postupným rozpouštěním v ústech pod jazykem. Účinnou látkou je diethylamid kyseliny lysergové - LSD-25. Účinná látka musí

⁵⁴ MINAŘÍK, J. Opioidy a opiáty. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 166 – 167. ISBN 80-86734-05-6.

⁵⁵ MIOVSKÝ, M. Halucinogenní drogy. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 169. ISBN 80-86734-05-6.

být vázána na látku jinou (matrici). U nelegálně vyráběné drogy zaznamenáváme výrazné výkyvy v obsahu aktivních látek a značný podíl různých dalších příměsí a nečistot. Někdy se jedná o příměsí, jejichž přítomnost je ze strany ilegálních výrobců záměrná, obvykle se jedná o látky ze skupiny stimulancií (relativně frekventovaná bývá např. kombinace s extází). Proto v případě tripů a krystalů nelze hovořit o „čistém“ účinku LSD, ale o kombinovaném účinku více psychoaktivních látek. V důsledku toho můžeme hovořit o zhoršené předvídatelnosti účinku a tím i zvýšení rizika výskytu nepříjemných reakcí u méně zkušených uživatelů. Potisk tripů (různé symboly) je ze strany uživatelů spojován s určitou „klasifikací“ kvality. Vyšší dávky látky mohou navodit intenzivní halucinatorní stav bez možnosti ovlivnění vůlí, což osoby se silnou potřebou kontroly a sebekontroly mohou vnímat velmi negativně. Tímto mechanismem může dojít k výskytu tzv. bad tripu. Vysoké dávky mohou způsobit výraznější poruchy myšlení, zvýšenou vztahovačnost až paranoiditu, doprovázenou poruchami paměti, úsudku a pozornosti. Velmi zajímavými a potenciálně rizikovými jevy jsou depersonalizace a derealizace. Depersonalizace (odosobnění) může být prožíváno tělesně jako pocit ztráty citlivosti v části či celém těle (v extrémním případě ve spojení s halucinacemi může dojít k pocitu chybění končetiny apod.), dále duševně například pocitem ztráty schopnosti empatie (vcítění), vřelých pocitů, lásky, nenávisti apod. Derealizační pocity pak mohou navodit stav úplného odcizení vlastního těla a prožívání a vést postupně až k situaci, kdy intoxikovaný sám sebe vnímá jako „divák“ - pozorující postavu v kině, a má dojem naprosté neúčasti na tom, co se děje okolo něj. Celkový ráz a průběh intoxikace je velmi nepředpověditelný a kromě vlivu samotné látky (a nejistoty co do její koncentrace například u „tripů“ či „houbiček“) se na průběhu a charakteru stavů podílí celkové „nastavení“ jedince, očekávání, únava, individuálně odlišná citlivost a mnoho dalších faktorů, z nichž každý může stavy během intoxikace velmi zásadně změnit. Vedle toho pak je výzkumně prokázán značný (s jinými drogami nesrovnatelný) vliv tzv. „settingu“, tedy místa, prostředí

kde je droga užívána (s kým, kde, jak, proč, hudba, znalost prostředí a jeho příjemnost atd.). O halucinogenních látkách se traduje - a nejde o žádnou nadsázku - že co do účinku patří k nejméně předvídatelným drogám.⁵⁶

5.2.4 Konopné drogy

Jsou užívány především *kouřením*. V menším měřítku se objevuje také perorální užití, obvykle jako součást pokrmů či nápojů nejrůznějšího druhu. Určité omezení z hlediska úpravy představuje rozpustnost účinných látek především v oleji a tucích a naopak velmi malá rozpustnost ve vodě. Dávkování bývá velmi proměnlivé a častěji je u nepravidelných uživatelů ovlivňuje množství drogy, kterou mají k dispozici, nežli jiné faktory. U dlouhodobých uživatelů je naopak množství aktuálně užití drogy ovlivněno stále přítomným určitým množstvím v těle. Velmi obecně tak můžeme říci, že se množství požití drogy u marihuany pohybuje od desetin gramu až po několik gramů sušiny (v závislosti na „kvalitě“, tj. obsahu aktivních látek a zkušenosti uživatele).⁵⁷

5.2.4.1 Účinky

Jako u všech psychotropních látek i tady je třeba zdůraznit, že dále popsané účinky konopných drog patří mezi nejčastější, jejich výčet ale nemůže být úplný. Nelze totiž nikdy s naprostou jistotou říci, jak bude intoxikace probíhat. Kromě samotného vlivu látky (a nejistoty co do její koncentrace) se totiž na průběhu a charakteru stavů podílí celkové „nastavení“ (setting) jedince, očekávání, prostředí,

⁵⁶ MIOVSKÝ, M. Halucinogenní drogy. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 169. ISBN 80-86734-05-6.

⁵⁷ MIOVSKÝ, M. Konopné drogy. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 174. ISBN 80-86734-05-6.

únava, individuálně odlišná citlivost a mnoho dalších faktorů, z nichž každý může stavy během intoxikace velmi zásadně změnit. Účinek při vykouření drogy nastupuje obvykle během několika desítek sekund až minut (v závislosti na obsahu aktivních látek). Při perorálním požití nastupuje účinek pomaleji a později, avšak trvá déle. Celková doba účinku po vykouření drogy se pohybuje od 3 - 6 hodin, jen velmi výjimečně u vyšší dávek déle (při perorálním požití je doba účinku výrazně delší). Mezi nejcharakterističtější účinky konopných látek lze řadit *sucho v ústech* (často velmi intenzivní, někdy až nepříjemné), jemný *pocit chladu a hlad*. Nijak výjimečná není situace, kdy - přestože před intoxikací byla dotyčná osoba plně sytá - po vykouření několika jointů sní „nášup“. Pro tento účinek bylo s konopím také experimentováno při léčbě nechutenství. Typická pro konopnou intoxikaci je *deformace ve vnímání času*. Čas se zdá být delší, vše se jakoby vleče a i velmi krátký okamžik se může zdát jako by uběhly celé hodiny. Objevují se rovněž deformace ve vnímání prostoru a sluchové, hmatové a nejčastěji zrakové iluze (začínající často jako zostřené vnímání barev). V drtivé většině případů je intoxikace doprovázena stavem lehké *euforie* a příjemné nálady, která občas může přejít do bouřlivého a nezadržitelného dlouhého smíchu. Agresivní či depresivní rozlady, stejně tak jako panické a úzkostné stavy (tzv. „bad trip“) se objevují výjimečně a většinou spíše u osob k tomu různým způsobem disponovaných. Celkový stav se blíží mírně meditativnímu ponoření do vlastních pocitů, nálad, myšlenek a fantazií. Stav velmi svádí k zabývání se jimi a k hloubání. Na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány dvě základní formy drogy: *marihuana* (tráva, zelí, maruška apod.) a *hašiš* (haš, čokoláda apod.).⁵⁸

⁵⁸ MIOVSKÝ, M. Konopné drogy. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 174 – 175. ISBN 80-86734-05-6.

5.2.4.2 Marihuana

„Marihuana“ představuje název pro sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí. Barva je dle kvality zpracování od příjemně plné spíše tmavě zelené až skoro k černo-zelené (v případě rychlého sušení, vlhkého sběru a nekvalitní přípravy). Při dobrém zpracování je látka v menších kouscích, držících v hručkách při sobě, jemně lepících a s velmi charakteristickým aroma. Pašovaná marihuana obvykle neobsahuje semínka, marihuana vypěstovaná v Čechách někdy nebývá pročištěná. Marihuana domácí produkce se dle oblasti svého původu pohybuje v mezích 2 - 8 % obsahu aktivních látek. Zahraniční pak někde v rozmezí 6 - 14 % (speciálně upravená pak až 18 % a ve výjimečných případech i více). O určité „revoluci“ na černém trhu lze hovořit ve spojitosti s rozvojem technologií pro hydroponii a pěstování při umělém osvětlení (tzv. „indoor“). Šlechtěné vysoce potentní odrůdy tak dosahují značně vysokého obsahu účinných látek přesahujícího někdy až hranici 20 %.⁵⁹

5.2.4.3 Hašiš

Hašiš je konopná pryskyřice, obvykle obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot. Barvu má tmavě zelenou, spíše přecházející do tmavě hnědé (dle čistoty). Někdy se barevně liší podle původu - v českých zemích nejčastěji světle hnědý z Maroka, tmavě hnědý z Afghánistánu atd. Obsah aktivních látek může být až okolo 40 %. Rozdíl oproti marihuaně v obsahu aktivních látek zároveň určuje základní rozdíl v dynamice účinku obou forem i potenciálních

⁵⁹ MIOVSKÝ, M. Konopné drogy. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 175. ISBN 80-86734-05-6.

rizik spojených s jejich užíváním. Nové technologie pěstování marihuany však tento rozdíl zmenšují, až téměř stírají.⁶⁰

5.2.5 Taneční drogy

Masový rozvoj užívání extáze na specifických hudebně-tanečních produkcích přináší specifické intervence typu Harm Reduction přímo na těchto místech. Jde například o místnosti pro ochlazení (cooling) a dostatek studené pitné nebo minerální vody. V některých zemích (Velká Británie, Itálie) úřady tato opatření od provozovatelů parties povinně vyžadují. Pracovníci nízkoprahových programů rovněž nabízejí přímo na parties testování chemického složení drogy ještě před užitím, aby se předešlo nežádanému účinku jiných drog nebo potenciálně nebezpečných příměsí. Toto testování se v rámci programů Harm Reduction začíná provádět i v ČR.⁶¹

5.2.5.1 Účinek

Hlavním místem účinku je CNS, konkrétně ovlivnění vylučování neurotransmiterů serotoninu, dopaminu a noradrenalinu na synapsích. MDMA vytlačuje serotonin uložený v zásobních synaptických váčcích z presynaptického zakončení neuronu do synaptické štěrbin. Navíc stimuluje syntézu, inhibuje degradaci a snižuje zpětné vychytávání serotoninu do presynaptického nervového zakončení. Způsob ovlivnění dopaminergních synapsí je podobný jako u

⁶⁰ MIOVSKÝ, M. Konopné drogy. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti –mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 175. ISBN 80-86734-05-6.

⁶¹ MINAŘÍK, J., PÁLENÍČEK, T. MDMA a jiné drogy „technoscény“. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti –mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 200. ISBN 80-86734-05-6.

serotoninergních, navíc ale zvýšená aktivita serotoninergního systému usnadňuje uvolnění dopaminu. Po odeznění účinku MDMA dochází k vyrovnání hladiny serotoninu a následně k opětovnému poklesu, který přetrvává dlouhodobě. Kromě ovlivnění psychiky dochází také k ovlivnění somatických funkcí. Druhý den po užití extáze se většinou dostavuje kocovina v podobě únavy, bolesti svalů a kloubů, 2. — 3. den po odeznění intoxikace se typicky dostavuje zhoršení nálady.⁶²

⁶² MINAŘÍK, J., PÁLENÍČEK, T. MDMA a jiné drogy „technoscény“. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad Vlády České republiky, 2003. s. 200. ISBN 80-86734-05-6.

6 Věková struktura osob drogové závislosti

Mimoto je třeba brát ohled na věkovou strukturu u drogové závislosti. Nejsilnější ohrožení toxikomanií bylo pozorováno u 90 procent mladých lidí ve věkové skupině mezi 12 a 18 lety. Období mládí, jako dynamický úsek vývoje, má pro vytváření postoje k drogám specifický význam. Protože oproti alkoholu mají nedovolené drogy podstatně rychlejší účinek a obsahují podstatně vyšší potenciál návykovosti, dochází také mnohem rychleji v postojích k drogám k psychické a tělesné závislosti. To znamená, že už ve věku asi 15 až 17 let může u postižených lidí existovat zjevná drogová závislost. Specifické znaky této věkové skupiny – nezpůsobilost snášet trápení, malá schopnost kooperace, omezená svoboda rozhodování a ještě málo vyzrálá motivace – činí pomoc obtížnou. K tomu ještě přistupuje, že konzum drog v naší současné společnosti se stále chápe hlavně jako problém mladistvých. U veřejnosti je mládí v povědomí převážně jako problémová a krizová fáze vývoje a populace ji tak vnímá. Nedostatek učebních míst, nezaměstnanost mladistvých a nebezpečí vzrůstu nevhodného chování ve škole a ve volném čase včetně užívání drog stejně jako kriminalita plní stránky novin⁶³.

6.1 Specifická role závislosti v období dospívání

Vraťme se ještě k vývojovému období adolescence, ve kterém se nejčastěji objevují první pokusy o intoxikaci a rozvíjí se charakteristický životní styl pravidelného uživatele drog. Adolescent by měl pro úspěšné začlenění do společnosti druhých lidí splnit či zahájit zvládnání řady tzv. vývojových úkolů. Jde o osobnostní a vztahové kvality, jejichž budování předpokládá dostatečné zvládnutí předchozího duševního a fyzického vývoje - je svým způsobem revizí

⁶³ GÖHLER, FR. CH., KÜHN, J. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

předchozích úkolů. Řešení těchto úkolů je úzce spojeno s příčinami užívání drog i rozvojem závislosti. Na prvním místě je třeba zmínit identitu - úkol adolescence, který do popředí postavil Erikson (1958). V pozadí budování identity stojí chaos, který celý proces narušuje, inspiruje a umožňuje vznik nové kvality. Chaotická či difúzní identita typická pro slabé já bývá u závislých osobností obvyklá. Stereotyp závislosti s jednoduchým zaměřením na dosažení změny prožívání prostřednictvím chemické změny se pro dospívajícího může stát úlevným útočištěm a odpovědí na mnoho těžko řešitelných otázek a nejistot. Dále by měl adolescent dokázat přijmout reálný obraz svého těla, ujasnit si svou sexuální preferenci a bez nadměrného studu realizovat své potřeby. Užívání drog v tom nabízí řadu úniků či náhradních řešení. Snižování psychických zábran může pomoci při sexuálním chování, stimulační funkce pervitinu navíc snižuje chuť k jídlu - vede k úbytku váhy, což ocení především ti, kteří mají problémy s redukcí vyšší hmotnosti. Na druhé straně vede užívání drog k dočasnému řešení a autoagresivní vztah k vlastnímu tělu je pravým protikladem vývojového úkolu v tomto období. Dospívající by v tomto věku měl také experimentovat a hledat v oblasti vytváření přátelských a partnerských vztahů. Cílem by mělo být nalezení stabilnější role mezi vrstevníky, prožití intimity partnerského vztahu a naplnění vzájemné potřeby idealizace v období zamilování. Nezbytné jsou také okamžiky ztrát vztahu, rozchodů a zklamání, které vystavují mladého člověka dalším zkouškám. I zde představují drogy „pomocný“ prostředek - ať již pomáhají překonat rozpaky, nesmělost, pocit odlišnosti (marihuana, pervitin, extáze), anebo přinášejí introvertní slastný stav, kdy člověk vlastně nikoho nepotřebuje (opiáty). Svěbytné subkultury uživatelů drog navíc přinášejí pocit sounáležitosti zasvěcených (my a ti druzí), který je pro dospívající velmi svůdný. Po delší drogové kariéře však samotní uživatelé popisují fatální devastaci většiny svých vztahů, které začnou být podřízeny potřebě zcela dominantní - potřebě získat drogu či peníze. V samotné psychoterapii v rámci léčby pak mnohdy musí pacienti své vztahy budovat znovu a na jiných principech se všemi obtížemi, kterým se předtím pomocí drog vyhýbali. I další významné cíle dospívání jako jsou: najít své místo ve společnosti, práci a postupně nalézat vyváženější vztah k

rodičům (od závislosti přes nezávislost k vyrovnání a spolupráci), mohou být úzce provázány s funkcemi užívání drog. Pocit neúspěšnosti stejně jako nadměrně dlouho trvající role žáka či studenta vystavuje sebeúctu dospívajícího a mladého dospělého frustracím. Nadměrný negativismus, zřeknutí se odpovědnosti za vlastní rozvoj a vlastní tvořivou roli ve společnosti vedou k hledání alternativního chování či alternativní kultury a „alternativních“ prožitků a „vědomí“ Ve vztahu k rodičům pak můžeme sledovat naprosté ustrnutí v závislosti na rodičích (převážně v závislosti materiální a sociální, ale i emoční) nebo vzájemný vztahový kolaps a vývojové uvíznutí. Sadomasochistický charakter vzájemných vztahů, plných pocitů viny, studu, hněvu a pomsty pak udržuje bludný kruh závislosti tak, jak je znám u tzv. spoluzávislých rodinných systémů.⁶⁴

⁶⁴ KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad Vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Praktická část

7 Úvod do výzkumné části

Pro praktickou část své práce jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Ten totiž není založen na kvantitě dotazovaných, ale důraz je kladen na hlubší poznání údajů a nalezení hlubších souvislostí v dané oblasti zkoumaného. Metodu, kterou jsem zvolila pro sběr dat, byl polostandardizovaný rozhovor. Výhody, které individuální rozhovory v oblasti kontroly nabízejí, vycházejí z bližší komunikace mezi dotazovatelem a dotazovaným. Další nesporná výhoda polostandardizovaného rozhovoru se projeví při výzkumu, jehož cílem je proniknout do názorů a zkušeností dotazovaného a porozumět mu. Cílem této práce je zmapování vyskytující se drogové závislosti u klientů v ústavní výchově.

7.1 Hypotézy

Hypotéza H1: Předpokládám, že největší zkušenost v oblasti návykových látek mají klienti dětského domova s marihuanou.

Hypotéza H2: Předpokládám, že klienti dětského domova mají i přes nastavená bezpečnostní pravidla možnost kontaktu s drogou.

7.2 Metodika

Na začátku výzkumu jsem si stanovila cíl práce zmapovat vyskytující se drogové závislosti u klientů v ústavní výchově. Abych k danému cíli dospěla, určila jsem si výzkumné otázky a to tak, aby korelovaly s cílem výzkumu mé práce. K provedení výzkumu jsem zvolila rozhovory s klienty a pracovníky dětského domova a to formou polostandardizovaného rozhovoru. Použila jsem jak uzavřených, tak i otevřených otázek. Otázky jsem přizpůsobovala věku a intelektu klientů dětských domovů. Další metodou byla analýza spisové dokumentace klientů dětského domova.

Otázky pro klienty dětského domova

Už jsi někdy zkusil kouření?

Jak často kouříš?

Jak by ses popsal, jsi příležitostní kuřák nebo si myslíš, že si závislý na kouření?

Už jsi někdy zkusil kouřit marihuanu?

Jak by ses popsal, jsi příležitostný kuřák marijánky nebo si myslíš, že si závislí na kouření marijánky?

Zkoušel si někdy alkohol?

Zkoušel si někdy nějakou drogu?

Proč jsi to zkusil?

Jak se k cigaretám, marijance a drogám dostáváš, jak si je obstaráváš?

Otázky pro pracovníky dětského domova

Víte o problematice kouření klientů dětského domova?

Poznáte, že dítě kouří?

Víte o tom, že klienti dětského domova jsou poživateli marihuany?

Stává se, že se klienti vrátí do dětského domova pod vlivem marihuany (ze školy, z vycházky)?

Stává se, že děti konzumují alkoholické nápoje?

Jak řešíte tyto problémy, pokud mají řešení?

7.3 Cíl výzkumu

Cílem výzkumné části mé práce je zjištění, jaká je zkušenost klientů ústavního zařízení s legálními nebo nelegálními drogami a mají-li možnost přijít s drogou do kontaktu a to i přes přísnější bezpečnostní pravidla dětského domova.

7.4 Výzkumná skupina

Pro svůj výzkum jsem zvolila skupinu klientů žijící v dětském domově. Jsou to jak klienti, kteří žijí v dětském domově od brzkého mládí, tak i klienti, kteří se do dětského domova doslali až ve vyšším věku.

Celkem jsem hovořila ze sedmi klienty a čtyřmi pracovníky dětského domova, z toho dvěma dívkami a pěti chlapci ve věku od 14 let do 17 let. Tři ze čtyř dotazovaných pracovníků jsou ženy a pouze jeden z dotazovaných pracovníků dětského domova je muž. Pět klientů znám osobně z dob, kdy jsem pracovala pro dětský domov, dva klienti jsou pro mě noví, nastoupili do ústavní péče před dvěma lety. Velkou výhodou je to, že jsem klienty znala a věděla jak vést rozhovor a mohla jsem rozhovory vést ve velmi přátelském duchu. Z klientů jsem cítila uvolněnost, nebáli se pravdivě odpovídat na otázky. Rozhovor byl veden opravdu v přátelském duchu. Jeden z dotazovaných žije od narození v ústavní péči, ostatní dotazovaní žili ve svých rodinách, které se o dotazované nechtěly nebo nemohly starat. Někteří dotazovaní pocházejí z rodin, kde je jeden z rodičů závislý na drogách nebo alkoholu. Vzhledem k tomu, že jde o mladistvé nebudu jmenovat jednotlivé dotazované klienty dětského domova, ve kterém jsem dělala výzkum. Nebudu jmenovat ani dětský domov a to na přání vedení dětského domova, a to proto, že se jedná o malé zařízení a specifické anamnézy klientů. Mohu pouze uvést, že dětský domov leží na území jižních Čech. Pracovníky dětského domova také nebudu jmenovat a to na jejich výslovné přání.

7.4.1 Stručné anamnézy dotazovaných

Dotazovaný č. 1, věk 17 let

Ze dvou sourozenců, všichni umístěni v ústavní péči. Dotazovaná dochází na střední odborné učiliště. Jezdí spolu s bratrem domů na víkendy a prázdniny. Bratr silný kuřák, sestra nekouří. Drogově závislí není ani jeden ze sourozenců. Bratr je příležitostný poživatel marihuany. Otec zemřel na rakovinu, když byli sourozenci malí, věk okolo 5 let. Matka nezvládala výchovu dětí, sociální případ, nikdy nepracovala. Měla více příležitostních známostí. Silná kuřačka.

Dotazovaný č. 2, věk 16 let

Rodiče jsou rozvedeni, dotazovaná je jediná dcera. Porod byl spontánní. Matka dívky je nezaměstnaná, otec v evidenci ÚP, drogově závislý. Dívka žila v péči babičky, později v péči otce, který výchovu dívky nezvládl. Svěřil dívku zpět babičce. Dívka sama požádala o přeložení do ústavní péče. Rodina kromě babičky o výchovu a školní prospěch nemají zájem. Matka ani otec dceru do své péče nechtějí. Dcera utíkala z domova, požívala alkohol, kouřila min. 10 cigaret denně. Marihuanu kouřila přes rok, její bývalý přítel marihuanu pěstoval. První sex ve 14 letech. Měla už 4 sexuální partnery. Ve škole ochotně spolupracuje, baví jí malovat, dochází na střední odborné učiliště obor kuchař. Má silnou potřebu získávat obdiv, ocenění a uznání. Jedná se o velmi naivní slečnu.

Dotazovaný č. 3, věk 17 a půl roku

Narodil se jako nemanželské dítě, má nevlastního 16-ti letého bratra, který studuje na gymnázium. Matka je nezaměstnaná, otec pracuje jako dělník. Matka žije s bratrem Karlem, výchovu dotazovaného nezvládala. Otec požádal o svěření dotazovaného do péče, ovšem zanedlouho kvůli své nové partnerce žádost stáhl. Chlapce to velmi ranilo, protože si otce zidealizoval. Tím se odstartovaly problémy dotazovaného. V ústavní péči je již 4 roky. Škola, kterou dotazovaný navštěvuje, hodnotí chlapce jako problémového žáka, který narušuje svým

chováním kázeň ve třídě, dopouští se krádeží, je agresivní, nevhodné chování se sexuálním podtextem. Má sklon k sebepoškozování. Dotazovaný se narodil předčasně, šlo o rizikové těhotenství. Od roku 1996 do 2001 musel dotazovaný držet bezlepkovou dietu. V současné době dotazovaný dochází do Arkády na program 5P.

Dotazovaný č. 4, věk 15 let

Od narození v dětském domově. Matka chlapce nechala po narození v nemocnici. Jezdívá na víkendy domů, 2x ročně, v současnosti nejedí vůbec. Matka nepracuje, otec ve vězení. Má ještě jednoho nevlastního bratra a dvě sestry, ti o chlapce nejeví žádný zájem. Pokud se chlapec dostane do afektu, neví, co dělá, je výbušný a agresivní. Jde o problémového klienta, který krade.

Dotazovaný č. 5, věk 14 let

Otec se o syna nestará, neplatí ani alimenty. Matka pracuje jako dělnice, je po druhé vdaná, chlapec si s novým otcem nerozumí. Chlapec obvinil otce z týrání, ale tato skutečnost se nepotvrdila. Matka nezvládá výchovu, chlapce škola nebaví, má na Speciální škole podprůměrné známky. Kouří od cca 6 let. Má jednu sestru, která otčímá obvinila ze sexuálního obtěžování, tato věc se stále prošetřuje. Biologický otec je alkoholik, který matku a děti fyzicky napadal.

Dotazovaný č. 6, věk 17 let

Rodiče rozvedeni, chlapec má vlastního bratra a dva bratry nevlastní. Otec nemá o děti zájem a ústav o otci nemá žádné zprávy. Matka syna nezvládá. Dotazovaný užívá alkohol a omamné látky, škole se vyhýbá a často utíká z domova. Pokud do školy zavítá, do kolektivu spolužáků se aktivně zapojuje. Dotazovaný navštěvuje matku o víkendech. Silný poživatel cigaret.

Dotazovaný č. 7, věk 17 let

Dotazovaný má 6 sourozenců, 4 sestry a 2 bratry. Všichni byli nebo jsou umístěni v ústavní péči. Otec s matkou výchovu dětí finančně i výchovně nezvládali. Oba rodiče jsou dlouhodobě nezaměstnaní, v roce 2004 pracovali 3 měsíce u městských služeb. Má velké výchovné problémy-lže, krade, záškoláctví, šikana spolubydlících a spolužáků, mentálně slabší děti navádí ke krádežím. Kradené věci prodává a kupuje si za ně cigarety, marihuanu. V afektu velmi agresivní. Otec je pro dotazovaného velký vzor. Rodiče navštěvují 1 týdně své děti v ústavu.

7.5 Dětský domov

Dětský domov má kapacitu 48 dětí, které žijí v šesti bytech. Čtyři byty jsou v nově zrekonstruované budově dětského domova, jeden byt 3+1 je na sídlišti a jeden byt je umístěn v rodinném domku v malé vesničce nedaleko dětského domova. Všechny byty jsou vybaveny běžným standardem. V bytě žije 8 dětí, o které se starají dvě vychovatelky. Děti je oslovují teto a mohou jim tykat nebo vykat. Přes noc se o děti starají pedagogičtí asistenti. Sociální pracovníce a zdravotnice v jedné osobě vede jejich osobní spisy a stará se o jejich zdravotní stav. Za chod domova zodpovídá vedoucí vychovatel. V bytech si děti samy uklízejí, spolu s tetami pečují o ošacení a každou neděli si celý den vaří včetně nákupu potravin. V bytech na sídlišti a vesnici si vaří celý týden.

Klienti dětského domova navštěvují široké spektrum škol ve městě a okolí. Nejmladší děti navštěvují dvě mateřské školy, starší děti navštěvují základní školu praktickou a přípravný stupeň základní školy speciální, které jsou součástí zařízení. Další docházejí do několika základních škol. Nejstarší studují na odborných učilištích, středních odborných učilištích a na středních školách.

Svůj volný čas tráví děti obdobně jako jejich vrstevníci **v běžné rodině**. Po návratu ze školy mají čas na své osobní záliby a zájmové činnosti. Plní si rovněž své školní a domácí povinnosti. Každý klient má možnost využívat široké nabídky volnočasových aktivit ve městě a je v nich plně podporován. Velmi oblíbený je aerobik, taneční kroužky, nejrůznější míčové hry, výtvarné a rukodělné kroužky. Přímo v domově mají děti k dispozici vybavení na nejrůznější aktivity. V provozu je výtvarný ateliér s keramickou dílnou. Vybavení sportovního skladu umožňuje pobyty v přírodě, lyžařské, vodácké i cykloturistické akce. Zejména pro chlapce funguje střelecký kroužek, který spolupracuje se Střeleckým klubem. Jednou týdně chodí starší klienti do sportovní haly hrát volejbal. Při zajišťování volného času spolupracuje dětský domov s dobrovolníky, kteří pomáhají rozvíjet výtvarné a hudební nadání dětí. Rovněž pro děti připravují klub deskových her a trénují stolní tenis. Děti navštěvují pravidelně jednou do měsíce Domov důchodců, kde

se zúčastňují společných programů se seniory a učí se pomáhat, což rozvíjí jejich sociální citění.

7.5.1 Bodový systém

Každé dítě má na začátku měsíce přiděleno 100 bodů. Pokud poruší vnitřní řád anebo se nějakým způsobem proviní proti dobrým mravům, může přijít o určité množství bodů. Tyto body jsou pro něj v tomto měsíci nenávratně ztracené. Vždy na konci dne se sejde celá buňka a teta rekapituluje uplynulý den. Pak se věnuje hodnocení jednotlivých dětí. Dítě se může úměrně věku vyjádřit ke svému hodnocení, a pokud mu teta navrhne stržení určitého množství bodů, může v případě, že s tímto návrhem nesouhlasí, slušně argumentovat ve svůj prospěch. Teta do tohoto hodnocení zahrnuje i průběh předešlé noci a rovněž prospěch a chování dítěte ve škole. Výsledek hodnocení přímo ovlivňuje čerpání samostatných vycházek, placených možností trávení volného času (kino, plavecký bazén atp.) a kapesné dítěte. V dlouhodobějším časovém úseku mají výsledky hodnocení vliv na účast dítěte na akcích dětského domova a na táborech v průběhu prázdnin. Dítě může v měsíci přijít maximálně o 10 bodů, aniž by se to nějak promítlo do čerpání výhod. Každý, komu zůstane na konci 90 a více bodů, je tzv. stovkař. Pokud se dítě v průběhu měsíce dostane pod 90 bodů, od toho dne ztrácí možnost čerpat placené možnosti trávení volného času a má omezené vycházky až do konce měsíce. Kromě hrubého porušení vnitřního řádu nejsou přesně stanovené bodové hodnoty jednotlivých prohřešků. Záleží plně na rozhodnutí kmenové vychovatelky, jak co posoudí. Za útěk, krádež, fyzické napadení a kouření v budově se strhává 50 bodů.

7.5.2 Porušení povinností

Za prokázané porušení povinnosti vymezených VŘ může být dítěti odňata výhoda:

- potřeby pro využití volného času a rekreaci
- náklady na kulturní, uměleckou, sportovní a oddechovou činnost
- náklady na soutěžní akce, rekreace
- náklady na dopravu k osobám odpovědným za výchovu
- sníženo kapesné v rozsahu stanoveném organizační směrnici DD o kapesném, která je přílohou tohoto vnitřního řádu
- omezeno nebo zakázáno trávení volného času mimo zařízení v rozsahu stanoveném vnitřním řádem
- odňata možnost účastnit se činnosti nebo akce organizované zařízením nad rámec vnitřního řádu zařízení
- odňata možnost účastnit se atraktivní činnosti či akce
- zakázány návštěvy, s výjimkou návštěv osob odpovědných za výchovu, osob blízkých a oprávněných zaměstnanců orgánů sociálně- právní ochrany dětí, a to na dobu nejdéle 30 dnů v období následujících 3 měsíců

7.5.3 Příkladné plnění povinností

Za příkladné úsilí a výsledky při plnění povinností nebo za příkladný čin může být dítěti:

- prominuto předchozí opatření podle odstavce 1
- udělena věcná nebo finanční odměna
- zvýšeno kapesné v rozsahu stanoveném organizační směrnici DD o kapesném, která je přílohou tohoto vnitřního řádu

- povolena mimořádná návštěva kulturního zařízení, mimořádná vycházka, mimořádná návštěva nebo přiznána jiná osobní výhoda

7.5.4 Organizace dne

05.30 - 6.30 individuální budíčky středoškoláků a učňů

06.45 - 7.00 individuální probouzení dětí

07.00 - 7.30 ranní hygiena, kontrola zdravotního stavu dětí, úprava postelí a úklid ložnic, oblékání s ohledem na počasí a roční období

07.15 - 7.30 snídaně dětí navštěvujících základní školy

07.30 - 7.45 snídaně dětí navštěvujících speciální a mateřské školy odchod dětí do základních škol, odchod dětí do speciálních a mateřských škol

08.00-15.00 školní vyučování

11.25-16.00 příchody dětí ze škol, rekreační činnost, odpočinek, samostatné vycházky, svačina

16,15-18.00 příprava na vyučování, osobní volno, večere, osobní hygiena, úklid ložnic a svěřených úseků

7.5.5 Bezpečnostní pravidla

Vycházky uděluje vychovatel dětem starším 7 let na základě jejich žádosti. O udělení samostatné vycházky rozhoduje vychovatel/ka. Přihlíží přitom k chování dítěte, jeho schopnostem, možnostem a aktuálnímu zdravotnímu stavu. V případě výchovných problémů lze dítěti odeprít vycházku na předem stanovenou dobu. Děti, které o vycházku nepožádaly nebo jim nebyla povolena, zůstávají se skupinou a podřizují se programu svého vychovatele.

Pro děti, které vypadnou ze stovky, tedy mají méně než 90 bodů, platí od následujícího dne omezený režim vycházek a to až do konce měsíce.

Režim vycházek je počtem omezen pro obě věkové skupiny takto:

Vycházky mohou čerpat vycházky třikrát týdně, a to:

	1x v Po nebo Út
	1x ve St nebo Čt
	1 x v Pá – Ne

Časově jsou vycházky omezeny podle věku takto:

do 15 let: dvouhodinová vycházka v časovém rozpětí od 13,00 do 18,00

nad 15 let: tříhodinová vycházka v časovém rozpětí od 13,00 do 20,00

Doba, ve které děti navštěvují zájmové kroužky se nezapočítává do samostatných vycházek, pouze se eviduje v Knize docházky do zájmových kroužků.

8 Metoda výzkumu a sběru dat

Pro výzkumnou část mé práce jsem zvolila metodu individuálních rozhovorů s klienty dětského domova a pracovníky dětského domova. Další metodou, kterou jsem použila, byla metoda pozorování a práce se spisovou dokumentací.

Před samotným rozhovorem jsem si stanovila otázky, na které se budu dotazovaných ptát. Snažila jsem se těch nejdůležitějších otázek držet, protože kladení věcných otázek má význam pro můj výzkum. Po stanovení otázek jsem navštívila zařízení a s pomocí pracovníků jsem hovořila s dotazovanými. Vše jsem si nahrávala na diktafon, a po té jsem vše převedla do psaného textu. Ze začátku byli dotazovaní nervózní a mysleli si, že mě vyslal ředitel ústavu, ale vzhledem ke skutečnosti, že mě znají a mají ke mně důvěru, se po první otázce rozhovořili. Dotazovaní po opadnutí první nervozity vyprávěli své zkušenosti a zážitky s drogami, kouřením a alkoholem, zážitky se svými rodiči i výchovnými pracovníky. Snažila jsem se dotazovaným nechat dostatečný prostor pro vyjádření, na dotazovaných bylo vidět, že mají rádi pozornost a jsou šťastní, že se jim alespoň někdo věnuje.

Samotnému rozhovoru předcházelo vysvětlení mého záměru. Toho, že studuji vysokou školu, že naše rozhovory budou použity pouze pro mou magisterskou práci. Dalším důležitým faktorem bylo vysvětlení, že veškeré rozhovory budou anonymní a s nikým z vedení dětského domova o rozhovorech nebudu hovořit. Délky jednotlivých rozhovorů se pohybovali okolo 15 až 30 minut. Bohužel dotazovaní mají problém se soustředěním a dlouho neudrží svou pozornost. Po delší době by výzkum ztratil smysl a dotazovaní by přestali odpovídat na otázky.

9 Analýza získaných dat

Sběr dat pro výzkum proběhl formou rozhovorů s dotazovanými. Řádně jsem si veškeré rozhovory nahrávala a po té jsem vše přepsala slovo od slova. Přepsaný text jsem seřadila dle jednotlivých otázek.

9.1 Kouření

Na otázku zda-li dotazovaní zkusili kouření cigaret a zda-li si pamatují v kolika letech poprvé kouřili svou první cigaretu a proč?

9.1.1 Pozorování klientů

Dotazované tato otázka očividně nezaskočila, odpovídali rychle a stručně. Bez emocí na tuto otázku odpovídali čtyři z dotazovaných. Jedna z dotazovaných mi předvádí, jaká byla její první a poslední zkušenost s cigaretou. Používá grimasy a mimiku obličejových partií. Při citoslovcích „fůůůj“ si lehá na stůl a klouže po židli doprava a doleva. Je evidentní její odpor ke kouření. Při dokončení odpovědi leží na stole a ucpává si pravou rukou nosní dírky. Dotazovaní č. 5 a č. 7 jsou evidentně hrdí na své rodiče. Oba se při odpovědích na tuto otázku usmívají, sedí na židlích vzpřímeně a je vidět, že jsou rádi, že se mohou pochlubit, jaké mají rodiče, když č. 5 povolila při vstupu do ústavu matka kouření a č. 7 okusil svou první cigaretu s otce. Bohužel si nepamatuje na věk, kdy to bylo. Zásadní pro něj je, že to bylo s otcem.

9.1.2 Odpovědi klientů

Všech sedm dotazovaných uvedlo, že kouření zkusilo. Dotazovaný č. 5 uvádí, že poprvé zkusil kouření již v pěti letech, „*v 5 letech jsem to zkusil poprvé a od 6 kouřím denně*“. Dotazovaný č. 2 a č. 3 zkusili poprvé kouřit v sedmi letech. Jak uvádí dotazovaný č. 2, „*ano zkusela, poprvé asi v 7 letech. Už přesně nevím,*

ale bylo to brzo. Táta mi dal cigu, tak jsem ho stáhla. Dotazovaný č. 3 na dotaz kdy poprvé ve svém životě kouřil, odpovídá, „V sedmi jsem to zkusil poprvé“.

Kouření je pro šest ze sedmi dotazovaných standardem v jejich životě. Z nich, jak uvádějí dotazovaný č. 2 až č. 7, je šest dotazovaných na kouření závislých. A denně cigarety mít musí. Dotazovaný č. 3 odpověděl na otázku, zda-li musí mít cigarety denně „*ano, musím mít cigaretu každý den, ale nic bych kvůli cigáru nerozstřískal jako.....*“. Dotazovaný č. 4 uvádí, že „*kouření je běžná věc, začal jsem ve 3.třídě, v devítce jsem přestal a teď už jsem tolik závislej, že nemůžu přestat. Prostě to musím mít, když ne, je zle?* Pouze jedna z dotazovaných uvedla, že kouření okusila a že jí kouření neoslovilo. Doslovně řekla toto: „*Ano, zkoušela jsem to poprvé v 10 letech. Fuj a bylo to pěkně hnusný. Pak už jsem si nedala, dělalo se mi z toho smradu na blití*“.

Jeden z dotazovaných mi sdělil, že od nástupu do ústavní péče mu rodiče povolili kouření. Dotazovaný nastoupil do ústavní péče v třinácti letech. Dotazovaný č. 5 „*V 5 letech jsem to zkoušel poprvé a od 6 kouřím denně. Cigára dávám krabku denně celou, to když mám prachy, když prachy nemám, dám 3-4 cigára a pak dojíždím vajgly. Máma mi kouření povolila ve 13 letech, když jsem nastoupil do ústavu, tady se to prej smí.*

Dotazovaný č. 7 vykouřil svou první cigaretu s otcem, při rozhovoru bylo na dotazovaném vidět, že si tohoto činu velmi váží. Narovnal se a s úsměvem na rtech odpovídá na otázku, v kolika si poprvé kouřil? „*To si nepamatuji, někdy s tátou.* Na slovo táta dává ve své výpovědi důraz.

A dále dodává větu, jako by se chlubil „*chápeš to prostě jsem poprví kouřil s tátou, to ostatní kámoši neměli.*

Nečekala jsem, že v době, kdy po podnikatelích a živnostnících chodí neustále kontroly, které zveřejňují média, si děti a mladiství budou bez větších problémů moci kupovat cigarety, kdykoli a kdekoli. To, že s nákupem cigaret nemají děti problém, jsem se dověděla z výpovědí dětí žijící v ústavní péči. Na dotaz, kdo jim cigarety kupuje, když musí při koupi předkládat občanku nebo snad nemají problém s nákupem a cigarety si nakupují i v tak nízkém věku sami, my dotazovaní odpovídali. Dotazovaný č. 6 uvádí. „*to není problém, je to normálka,*

zastavím se cestou do školy u novinového stánku a ten pán mi je prodá vždycky. Na mou otázku, zda-li se někdy prodávající zeptal na věk mi bylo dotazovaným č.6 uvedeno: „*to fakt ne, ten se nikdy na nic neptá*“.

9.1.3 Odpovědi pracovníků

Na otázku, zda-li vědí pracovníci o problematice kouření klientů dětského domova?

Dotazovaní pracovníci odpovídají, že samozřejmě o problematice kouření vědí, jak uvádí v rozhovoru jedna z pracovnic teta č. 3 „*Ano, děti většinou přichází do dětského domova už jako zkušení kuřáci z domova*“. Tato dotazovaná se shoduje s dotazovanou tetou č. 1, „*ano, děti jsou zvyklé z domova*. Všichni dotazovaní pracovníci se ve svých odpovědích na otázku problematiky kouření shodují.

9.1.4 Shrnutí

Šest ze sedmi dotazovaných pravidelně požívá cigarety a berou tento fakt jako běžnou věc. V průměru dle odpovědí dotazovaných, požívají tito 3 až 20 cigaret denně. Ani jeden z dotazovaných neměl nikdy problém s obstaráváním cigaret. Cigarety si kupují sami při přechodech a návratech do ústavu, u novinových stánků, na věk se prodejci neptají. Jde přece o „kšeft“, je jedno, že se jedná o děti. To, že prodejci porušují zákon, nikoho v dnešní době nezajímá. Tyto děti nastupují do ústavní péče již závislé na cigaretách. Jedná se totiž o pravidelné kuřáky. Někteří z dotazovaných začaly kouřit již v dětském věku a pokračují v tom. Kouří s kamarády, partami při přechodech do základních škol, učilišť a středních škol, kde se formují skupinky kamarádů, kteří spolu prožívají své problémy a každodenní nástrahy života. Ráda bych odkázala na teoretickou část mé práce a to téma Vrstevnické party a rizikové skupiny, které s tímto úzce souvisí. Kouřením si mladí lidé svou pozici upevňují, tímto společenstvím si

nahrazují rodinu. Do rizikových skupin děti z dětských domovů opravdu patří a to již tím, že v rodičích mají velkou podporu. Při kouření společně probírají své aktuální problémy, připadají si stejně tak dospěle jako jejich rodiče. Jak uvádí dotazovaný č. 5 s náležitou hrdostí. „*V 5 letech jsem to zkoušel poprvé a od 6 kouřím denně. Cigára dávám krabku denně celou, to když mám prachy, když prachy nemám dám 3-4 cigára a pak dojždím vajgly. Máma mi kouření povolila ve 13 letech, když jsem nastoupil do ústavu, tady se to prej smí.*“ Dotazovaný č.7 napodobuje kouřením svého otce, který je jeho velký vzor a to ve všech směrech. Pracovníci samozřejmě o problematice kouření klientů dětského domova vědí, jak dále namítají, co s tím mohou dělat, když samotní rodiče dětem povolují v ústavu kouření. To je případ dotazovaného č.5, kterému matka povolila kouření od jeho třinácti let. Jak uvádí pracovníci, poznají, když se klient vrátí do dětského domova a kouřil. Dotazovaná teta č. 4 uvádí, „*jsem profesionálové, dítě je cítit specifickým zápachem cigaret*“. Dotazovaná teta č. 1 uvádí, že u klienta, který kouřil poznává požití cigarety z dechu.

9.2 Alkohol

Na otázku zda-li dotazovaní zkoušeli alkohol a zda-li si pamatují v kolika letech poprvé a proč?

9.2.1 Pozorování klientů

Na tuto otázku odpovídají dotazovaní č. 1 a č. 3 s emocemi. Dotazovaná č. 1 opět se ošívá na židli, je na ní vidět, že má zkušenost s alkoholem, která ji není úplně příjemná. Hovoří pomalu, odpověď přichází až po uvolnění, dotazovaná se musí dojít do kuchyně napít. Po té pokračujeme v rozhovoru. Dotazovaný č. 3 na rozdíl od dotazované č. 1 sedí na židli rovně a při této otázce se začíná hlasitě smát. Smích trvá asi 2 minuty, po té se uklidní a vypráví svůj první zážitek s alkoholem, kamarádem a Policií.

9.2.2 Odpovědi klientů

Všichni dotazovaní mají zkušenosti s požitím alkoholických nápojů. V jednom případě a to u dotazované č. 1, byla velmi negativní. Klientka domova odjela společně se svými sourozenci na vánoční svátky domů ke své matce. Děti měli povolený návrat až po novém roce. Rodina společně s přáteli slavila příchod nového roku. Jak uvedla dotazovaná č.1 pila celá rodina. Matka nezletilým dětem nalévala alkohol a bavila se reakcí dětí na tuto zatím neznámou látku. Dotazovaná č. 1 vypráví svůj příběh: *„Jo, v 15 letech jsem se opila doma, když jsme slavili Silvestra. Máma nám lila nejdřív pivo a pak něco, to nevím co bylo, nějakaj tvrdej chlast. Pak jsem šla spát, jak to nevím, ale poblila jsem celou postel, bylo mi pěkně blbě. Toto se stalo, kdy dítě nebylo pod dohledem ústavu, ale zodpovědnost měl zákonný zástupce dítěte. Druhý příběh vypráví dotazovaný č. 3. Tento příběh se stal, když šel dotazovaný s kamarádem ze školy. Koupili si lahev alkoholického nápoje a šli čekat na vlakové nádraží na svého dalšího kamaráda. Než došli na vlakové nádraží lahev vypili. Dotazovaný odpovídá na otázku, jestli má zkušenosti s alkoholem. „Jo, fakt hustý, mám z toho pokutu a musím jí platit z peněz z praxe“. Nechápu souvislosti, proto se ptám o jakou pokutu se jednalo a co se přesně stalo? Odpověď přichází záhy: „Znáš Bulkáče,... néé?.., tak s nim jsme šli ze školy na vlakáč s flaškou v ruce a na vlakáči před kioskem nás zastavili benga. Vše bylo O.K. až na to, že se před nima Bulkáč poblil a to bylo fakt hustý. Tak mám hned dali dejchnout a já měl 2 promile.*

Lahev s alkoholem si mladiství zakoupili u vietnamského prodejce v kamenném obchodě. Další dotazovaní shodně uvádějí, že alkohol ochutnali, ale nemá na ně žádný pro ně kladný účinek. Jak uvádí dotazovaný č. 5 *„Když dám pivko jsem O.K., ale spim, mě to moc nechutná, nebaví mě to, chlast nevyhledávám a nemám ho v oblibě“*. Dotazovaný č. 6 srovnává alkohol a marihuanu. *„Ne je to voničem, stav po špeku je úplně lepší než pivko“*. Dotazovaný č. 7 reaguje na mou otázku: *„Vím o tobě, že jsi měl v minulosti problémy s alkoholem“* větou. *„V jednu chvíli jo, ale pak jsem začal hulit a jsou to super stavy, žádný problémy a tak. Chlast není takovej. Když nemám cíga, seberu na ulici vajg, ale flašku nikde nenajdeš.*

9.2.3 Odpovědi pracovníků

Na otázku, zda-li vědí pracovníci o požívání alkoholických nápojů u klientů dětského domova?

Pracovníci se shodují, že u klientů dětského domova dochází jen občas k požití alkoholických nápojů, jak uvádí dotazovaná teta č. 1, *„jedná se pouze o experimenty“*. Dotazovaný strejda č. 2 uvádí, *„Klienti nemají tolik finančních prostředků na častější požívání alkoholických nápojů. Tento problém není tak častý u našich dětí.*

9.2.4 Shrnutí

Alkohol dotazované neoslovil. Jak uvádějí, nechtějí za alkohol utrácet své kapesné, za které si raději koupí cigarety nebo jiné látky, k těm se v mém výzkumu teprve dostaneme. Opět dotazovaní nemají s obstaráním si alkoholu žádný problém, alkohol si koupí kdy chtějí. V nonstop barech a hernách našim klientům prodají alkoholické nápoje i v době, kdy by měli sedět v lavicích a vzdělávat se. Nebylo by poprvé, kdy si zaměstnanci dětského domova, na telefonickou výzvu Policie ČR musí do nonstop barů pro klienty jet a odvést je v podnapilém stavu zpět do ústavu. Jak uvádějí samotní dotazovaní, o závislost se nejedná, jde pouze o příležitostné konzumenty. Tuto skutečnost však nechci bagatelizovat, každý víme, že příležitostně může v budoucnu znamenat denně. A z koho se stávají závislí? No samozřejmě z příležitostných poživatelů. Ráda bych odkázala na praktickou část této práce a to na odstavec Vývoj závislosti na alkoholu.

Dotazovaní pracovníci vědí, že klienty dětského domova požití alkoholických nápojů neoslovilo tolik, jako požití cigaret a marihuany. Pracovníci uvádějí, že je to z důvodu finanční náročnosti při obstarávání si alkoholu. Jako již bylo uvedeno, každý pracovník dětského domova pozná na klientovi, který se vrací do dětského domova pod vlivem alkoholických nápojů. Jak uvádí dotazovaná č. 1, *„Naše děti*

vám poví vše, když si s nimi sednete a věnujete se jim, nemáme problém, třeba dotazovaná č. 1, po návratu z rodiny vyprávěla svůj první kontakt s alkoholem, při návštěvě své matky“.

9.3 Marihuana

Zkoušel/a jsi kouřit marihuanu, v kolika letech poprvé, proč a jak by ses charakterizoval/a?

9.3.1 Pozorování klientů

Při této otázce byli všichni, kromě dotazované č. 1 uvolnění a co se týče odpovědí velice vstřícní. Toto téma je velmi bavilo. Byli pozorní, vyprávěli se zaujetím. Jejich znalost této problematiky byla zářející. Dotazované č. 1 evidentně toto téma není příjemné, vím, že její bratr, v současné době plnoletý, žijící se svou biologickou matkou a kouří marihuanu. Marihuanu kouřil již v ústavu. Jedná se totiž o chlapce s nižším intelektem. Dotazovaná č. 1 má ke svému bratrovi vřelý vztah, proto jsou pochopitelné její úšklebky provázející odpověď na tuto otázku.

9.3.2 Odpovědi klientů

Pouze jedna z dotazovaných a to dotazovaná č. 1 uvedla, že nikdy neokusila marihuanu. „**Zkoušela jsi kouřit marihuanu? Ne teto, nikdy jsem to nezkoušela. Prej je to pěkej hnus. To říkaj. Kdo ti to řekl? Říkají to děti. Které děti? Ty co s nima kamarádím ve škole, ty nehulej, jako tady všichni na děcáku. Tady někdo kouří marihuanu? Teto úplně všichni, od 10-ti letých po ty co odjedou za chvíli domů“.**

Datazovaní č. 2 až č. 7 shodně odpovídají, že zkoušeli kouřit marihuanu, někteří z nich jsou častými poživateli marihuany.

Dotazovaná č.2 odpovídá na mé otázky „**A co marihuana? Jaké máš zkušenosti s ní, nějaké ano, četla jsem to ve zprávě z diagnostického ústavu. Je výborná, ale**

*unavuje mě, už mě to jako dřív nechutná. **Jak tě unavuje?** No prostě unavuje, když přijdu zhulená na děcák jdu si hned lehnout a spim“.* Ráda bych odkázala u dotazované č. 2 na Stručné anamnézy dotazovaných. Tato slečna má dlouholeté zkušenosti s kouřením marihuany a dokonce, to však v rozhovoru neuvádí, chodila s přítelem, který marihuanu pěstoval. Tuto informaci jsem čerpala ze zprávy z Diagnostického ústavu.

Dotazovaný č. 3 i přes své zdravotní problémy marihuanu ochutnal a občas kouří s partou kamarádů na koleji. *„**A co marihuana, ochutnal si jí? Je fakt dobrá. Jak často si jí dáš? Týdně nebo spíš jednou nebo vícekrát do měsíce? Včera jsem hulil naposledy, nepotřebuju jí, ale s kámičkama si zahulíme a zkusíme nové modely. Co jsou nové modely? Poučíš mě?**“*

Já nevím, to schání kámičky, prostě jsou to různé druhy travky. Přesně to nevím“. Dále rozvádíme debatu: *„**Ty si na koleji? Jo studuju v M..... jezdím do děcáku jen na víkend, tam nás tak nehlídaj, jako tady. Stejně nás v děcáku neuhlídaj, protože tam hulí travku každěj.**“*

Jak každý? Velký děti normálně a děti tahaj vajgly“.

Dotazovaný č. 4 kouří marihuanu, jak uvádí pouze jedenkrát do měsíce. Mít marihuanu nemusí.

Dotazovaný č. 5 mi v rozhovoru řekl, že kouří marihuanu pravidelně druhým rokem. Nevidí v tom žádný problém, vždyť matka mu kouření přeci povolila. Jedná se prý o kouření jako kouření. *„**Za tři dny si jí dávám normálně, kouřím jí dva roky. Závislej na ní fakt nejsem, alespoň myslím. Líbí se mi ten stav po hulení, je mi všechno jedno. Až budu chtít tak s tím přestanu“.*** To je doslovná odpověď čtrnáctiletého dítěte na otázku, jak často kouří marihuanu a připadá-li si jako někdo kdo je na látce závislý. Stejná odpověď na mou otázku jak často kouří marihuanu dotazovaný č. 6, zazněla ještě jednou.

Dotazovaný č. 6 *„**Jo hulim, tak každý třetí den, když si zahulim jsem v pohodě. Tak hulim už asi 2 roky a jsem v pohodě, jde mi to pak líp i ve škole“.*** Dotazovaný přidává fakt, že po kouření marihuany se mu lépe učí. Když bych tuto skutečnost měla porovnat s výpovědí dotazované č. 2, která tvrdí, že po kouření marihuany se

jí chce spát a po příchodu do dětského domova si jde po požití marihuany lehnout. Zde je evidentní, že látka má na každé individuum jiné účinky.

Dotazovaný č. 7 v den, kdy jsem dělala svůj výzkum byl pod vlivem. Jak mi uvedl mimo zápis, kouřil jointa. Bohužel nemám to fakticky potvrzeno, protože se dotazovanému test na přítomnost drogy nedělal. Má v dětském domově velké výchovné problémy, odkazují čtenáře na odstavec v praktické části Stručné anamnézy dotazovaných. Pro dotazovaného č. 7 je kouření marihuany denní záležitostí, příkládám výňatek z našeho rozhovoru.

*„**Marihuanu, jsi ochutnal?** Ty vago, už dávno, hulim jí pravidelně tak dvakrát denně, taky mě za to vezou zejtra do výchovňáku do (Jméno výchovného ústavu neuvádím, v rozhovoru však uvedeno bylo).*

Kam tě vezou?

No do výchovňáku, za to že hulim trávu. Poveze mě strejda někam dvěstěpadesát kilometrů daleko od děcáku.

Myslíš si, že tě tam vezou jenom kvůli tomu, že kouříš marihuanu?

No to asi ne.

Tak proč myslíš, že tě tam vezou?

Možná ještě za ty útěky, třeba dneska jsem se vrátil, ale před tím jsem byl na útěku asi 3 dny. Taky nechodím do školy, a mlátím mladší děti, to když nemám prachy oni mi je pak daj.

Tak je toho trochu víc, ne? Není to jen marihuana. Nebude se ti stýskat, když budeš tak daleko od sourozenců a rodičů?

Asi bude, chci vocud vypadnout, dál to nechci řešit.

9.3.3 Odpovědi pracovníků

Na otázku, zda-li ví pracovníci o problematice kouření marihuany klienty z dětského domova, a zda-li požití marihuany u klientů poznají?

Na tuto otázku pracovníci odpovídají bez zbytečného otálení a shodují se, že problematika kouření marihuany klienty je opravdu zásadním problémem. Dle

názoru dotazovaná teta č. 1 se jedná pouze o experimenty, „*Ano děti kouří marihuanu, ale jedná se pouze o experimenty.* Dotazovaná teta č. 3 ve své výpovědi uvádí: „*Myslím si, že ano, ale nevím, kde na to berou peníze a zda-li to je opravdu marihuana*“. Dotazovaná strejda č. 3 v rozhovoru uvádí, „*Ano, někteří experimentují, například učni*“.

9.3.4 Shrnutí

V rozšíření marihuany po dětském domově vidím jako zásadní problém. Všichni dotazovaní uvedli shodně, že kouří marihuanu v časových intervalech od 1 měsíce po kouření denně. Pouze dotazovaná č. 1 nikdy neochutnala marihuanu, této dívce mohu věřit, znám ji dlouhá léta. To samé mohu věřit i dotazovaným č. 2 až č. 7, které také znám a vím, že problémy tipu marihuana v dětském domově jsou. Na to navazují další problémy. Děti mladší mají ve svých starších kamarádech vzory a rádi své starší spolubydlící napodobují. Jak uvádí dotazovaná č. 1 na mou otázku: „*Tady někdo kouří marihuanu? Teto úplně všichni, od 10letých po ty co odjedou za chvíli domů*“. Oproti pedagogickým pracovníkům, kteří kouření marihuany berou pouze jako experimenty klientů. Že nejde pouze o experimenty klientů svědčí fakt, že dotazovaný č. 7 se domnívá, že za kouření (a to denně) marihuany je převezen do výchovného ústavu. Dotazovaní klienti se shodli, že mladší klienti dětského domova po starších dokuřují nedopalky a to nejen po cigaretách. Stejně tak to dělají starší obyvatelé, když nemají peníze na kouření. V takto velké skupině spolubydlících se od sebe klienti učí vše, co doposud neuměli.

9.4 Lysohlávky

9.4.1 Pozorování klientů

Dotazovaný č. 6 mě požádal před položením otázky na téma lysohlávky o přerušení rozhovoru se slovy, že si musí dojít zakouřit, byl nesoustředěný. Po

návratu byl dotazovaný č. 6 klidný a mohli jsme po zhruba 10 minutách pokračovat v rozhovoru.

9.4.2 Odpovědi klientů

Dotazovaní č. 2, č. 4, č. 7 uvádějí, že jde o velmi dostupnou bez potřeby peněz získatelnou drogu. Dotazovaná č. 2 „*Jo ty sem zkoušela, houbičky dobrý, ale chutnají jako hlína*“.

Dotazovaný č. 4 jak sám připouští: „*Houby v tom jedu ve velkém jsou lehce přístupný a stav po nich a trávě asi nejlepší. Ted' to trochu vypouštím. Jde o sezónní drogu. Proto odpovídá, že v měsíci lednu a únoru, kdy probíhá výzkum tuto drogu dotazovaný „vypouští“.*

Dotazovaný č. 7 se shoduje ve výpovědi s dotazovaným č. 4. Na mou otázku, zda-li zkoušel nějaké houby například lysohlávky mi odpovídá. „*Hlavně lysohlávky, rostou tady za děcákem, to je dostupný. Ostatní z dotazovaných č. 1, č. 3, č. 5 a č. 6 uvedli v rozhovorech, že lysohlávky nezkoušeli.*

9.4.3 Odpovědi pracovníků

Na otázku, zda-li vědí pracovníci o problematice požívání lysohlávek klienty z dětského domova?

Pracovníci dětského domova nemají žádné důkazy o užívání lysohlávek klienty dětského domova. Pokud klienti lysohlávky konzumují, jak uvádějí v rozhovorech, pracovníci o tom nevědí. Jak uvádí dotazovaná teta č. 4, „*já jsem se s tím nesetkala*“. O tom, že lysohlávky rostou v okolí dětského domova pracovníci neví.

9.4.4 Shrnutí

Tři ze sedmi dotazovaných mají zkušenosti s Halucinogenními drogami a to v podobě lysohlávek, které, jak uvádějí, jsou velmi snadno přístupné. Důležité pro dotazované je, že si je najdou kdekoli, aniž by za ně museli platit. Halucinogenní drogy kombinují s kouřením cigaret. Lysohlávky hledají okolo dětského domova, dle výpovědí tu rostou v hojném množství. Tady bych odkázala čtenáře na oddíl, který se věnuje této problematice v mé teoretické části práce Halucinogenní drogy, kde je tato problematika popsána.

Z výpovědí pracovníků dětského domova je patrné, že o užívání lysohlávek klienty dětského domova neví. Nesetkali se s klientem, který se do ústavu vrátil po užití lysohlávek.

9.5 Pervitin

9.5.1 Pozorování klientů

Dotazovaná č. 2 při této otázky začíná být nervózní, při předchozích rozhovorech byla klidná, po položení otázek na téma Pervitin a jiné drogy si hraje s prsty na rukou a houpe se na židli. Zeptala jsem se, jestli můžeme pokračovat a v rozhovoru jsme dále pokračovali.

9.5.2 Klienti dětského domova

Pervitin zkusili dva ze sedmi dotazovaných. Dotazovaná č. 2 a dotazovaný č. 4. Dotazovaná č. 2 uvádí *„zkusila jsem perník a to víckrát, ale závislá na něm nejsem. Ani nechci bejt, ale bylo mi po perníku dobře“*. Stav, do kterého se drogou dostala, byl pro dotazovanou příjemný, ale jde o dražší drogu, kterou si nemůže s kapesného a z peněz z praxe dovolit. Proto spíše kouří cigarety a marihuanu. Tyto drogy si obstará vždy a bez většího zásahu do finančního

rozpočtu. Dotazovaná zkusila pervitin již v době, kdy žila se svým otcem. V ústavní výchově je požívatelkou cigaret, marihuany a lysohlávek.

Dotazovaný č. 4 se mi ve svém rozhovoru svěřil, že také nějakou tu zkušenost s pervitinem má. Vzhledem k tomu, že se jedná o klienta žijícího trvale v ústavech, dostal se k droze v ústavní péči. *„Zkoušel jsem perník, jen lehce sjel sem půl čáry, nevím v kolika to bylo“.*

Ostatní dotazovaní nemají zkušenosti s pervitinem a to z důvodu, že se nestýkají s prodejci drog nebo z důvodu, že zatím nemají zájem. Možná pocíťují strach z nepoznaného.

Dotazovaný č. 5 odpovídá: *„Ne, nic jinýho jsem nezkoušel, nic jsem si nevezal, vim jak se co má dělat a užívat, ale nechci zatím“.*

Dotazovaná č. 1 nemá žádné zkušenosti ani znalosti v této problematice. Proto jsem rozhovor s dotazovanou č. 1 ukončila dříve než s ostatními dotazovanými. Její stručná a výstižná odpověď: *„Nic takového – fuj hnus“.*

9.5.3 Pracovníci dětského domova

Na otázku, zda-li ví pracovníci o pervitinu, se kterým klienty z dětského domova experimentují?

Pracovníci dětského domova nemají žádnou zpětnou vazbu o tom, že by se klient vrátil do zařízení po požití pervitinu. Jsou informováni o klientce dětského domova, která má s pervitinem zkušenosti a jsou poučeni, jak mají s klientkou dále pracovat. Na poradě pracovníků dětského domova byli vedením poučeni. Tento problém dotazované klientky č. 2 je uveden i ve spisové dokumentaci. Otec dotazované je drogově závislý. Jak uvádí dotazovaná č. 2: *„Tátovi sem musela v Budějkách chodit do Káčka pro nový stříkačky, píchat si fakt nechci.“*

9.5.4 Shrnutí

Pervitin zkusili dva ze sedmi dotazovaných. Dotazovaná č. 2 a dotazovaný č. 4. Jako preventivní opatření pro dotazovanou č. 2 pracovníci dětského domova vyslali dotazovanou na program 5P u sociálně psychologického centra. Kam pravidelně dochází i dotazovaný č. 3.

Program Pět P je individuální preventivní program založený na kamarádkém vztahu dítěte a dospělého dobrovolníka. Program Pět P je obdobou amerického programu Big Brothers Big Sisters, který v USA funguje již od roku 1902. Metodické vedení a garanci tohoto programu zastřešuje Národní dobrovolnické centrum Hestia, se kterým Arkáda navázala spolupráci již v roce 2003, kdy byly podniknuty první kroky k přenesení Programu Pět P.⁶⁵

⁶⁵ **Pět P znamená: Přátelství, Pomoc, Podporu, Péči, Prevenci**

Děti v Programu Pět P jsou ty, které z nejrůznějších důvodů (ať už zdravotních nebo sociálních) obtížně navazují kamarádké vztahy se svými vrstevníky. Cílem Programu Pět P je, aby tyto děti po ukončení spolupráce s dobrovolníkem byly již samy schopné najít si kamaráda v okruhu svých vrstevníků.

10 Diskuze

Teoretickou část své diplomové práce jsem pojala jako průřez drogovou problematikou, zaměřila jsem se především na systém fungování ústavních zařízení v České republice, rozdělením návykových látek a problematikou užívání legálních a nelegálních drog. Mají-li klienti s nařízenou ústavní výchovou možnost, přijít s drogou do kontaktu a to i přes přísněji nastavená bezpečnostní pravidla dětského domova. V rámci realizovaného výzkumu jsem použila metodu polostandardizovaného rozhovoru s klienty a pracovníky dětského domova, metodu pozorování a práci se spisovou dokumentací. Ve svém výzkumu jsem zjišťovala, vyskytující se drogovou závislost u klientů v ústavní výchově. Příjemným zjištěním při realizaci výzkumu byl fakt pozitivního přijetí, spolupráce klientů a pracovníků dětského domova. Pracovníci dětského domova se mi snažili veškerými dostupnými prostředky vyjít vstříc, proto jsem vedení dětského domova přislíbila jedno vyhotovení mé práce.

Dle poznatků zjištěných výzkumem je evidentní, že problematika drogové závislosti je bezesporu vážným a alarmujícím problémem a to nejen u dětí s nařízenou ústavní výchovou. Jak vyplývá z mého výzkumu, věk užití první nelegální drogy se snižuje, mezi dotazovanými byl patnáctiletý chlapec, který má zkušenosti s užíváním marihuany. Jak tvrdí Kalina, marihuana bývá často startovací drogou,⁶⁶ proto bych doporučovala v rámci mého výzkumu, nepodcenit preventivní programy, které mohou být pro mladistvé motivujícím faktorem v jejich budoucím životě. Klienti dětského domova již do ústavní péče přicházejí s negativními návyky ze svých rodin, především se jedná o tabakismus a časté užívání marihuany. I přes snahy ze strany zaměstnanců ústavů, dochází ve většině případů k prohloubení závislosti. Z výpovědí pracovníků vyplývá, že jsou dobře informováni ze spisové dokumentace o jednotlivých klientech a jejich návycích, a

⁶⁶ KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

také jak vyplývá z rozhovoru s pracovníky, o problematice užívání legálních a nelegálních drog klientů ústavů, vědí a tuto problematiku řeší v návaznosti na řád dětského domova a příslušné zákony.

Společnost požaduje zkvalitnit sociální služby, tím pádem také došlo v minulých letech ke změně ústavních zařízení z dříve typických uzavřených ústavů na dnešní ústavy rodinného typu. Tím se také klienti dětského domova dostávají ven z ústavů do společnosti a mají snadný přístup k obstarání si legálních a nelegálních návykových látek a k tomu také dochází. K tomu, že si klienti kupují návykové látky, jsem dospěla ve svém výzkumu, neboť šest ze sedmi dotazovaných pravidelně požívá **cigarety** a berou tento fakt jako běžnou věc. V průměru dle odpovědí dotazovaných, požívají tito 3 až 20 cigaret denně. Ani jeden z dotazovaných neměl nikdy problém s obstaráváním cigaret. Cigarety si kupují sami při přechodech a návratech do ústavu, u novinových stánků. **Alkohol** není mezi klienty dětského domova žádaným stimulantem, protože za něj nechtějí utrácet své kapesné, za které si raději koupí cigarety nebo jiné návykové látky. V případě, že klient projeví zájem o koupi alkoholického nápoje, tak s tímto opět nemá žádný problém, protože si ho mohou koupit, kdy se jim zachce a co více v nonstop barech a hernách klientům prodají alkoholické nápoje i v době, kdy by měli sedět v lavicích a vzdělávat se. **Marihuana** je v dětských domovech nejpálčivější problém. Klienti kouří marihuanu v intervalech od 1 měsíce po kouření denně. Dalo by se až konstatovat, že marihuana je v dětském domově jakousi negativní módou a koloritem, který je velice složité odbourat. Mladší klienti dětského domova po starších dokuřují nedopalky a to nejen po cigaretách. Stejně tak to dělají starší obyvatelé, když nemají peníze na kouření a na kouření marihuany. V takto velké skupině spolubydlících se od sebe klienti učí vše, co doposud neuměli. **Halucinogenní drogy** např. v podobě lysohlávek, jsou pro klienty velmi snadno přístupné. Důležité pro dotazované je, že si je najdou kdekoli, aniž by za ně museli platit. Halucinogenní drogy kombinují s kouřením cigaret. Lysohlávky hledají okolo dětského domova, kde dle zjištění rostou v hojném množství. **Pervitin** není „zatím“ u klientů dětského domova rozšířenou drogou a to zejména z důvodu jeho vysoké pořizovací ceny, kterou si nemohou

z kapesného dovolit. V případě, že ale i přesto klient vyzkouší i tuto drogu, tak je vyslán do programu 5P do sociálně psychologického centra.

Myšlenka dětských domovů rodinného typu sebou nese i tyto negativní aspekty, stejně tak, jak je tomu v běžných českých rodinách. Nemůžeme si dovolit klienty v ústavech držet po dobu 24 hodin denně, tak aby byl jejich styk s negativním prostředím eliminován. Podstatou řešení této problematiky v ústavních zařízeních bude několikaletý boj s větrnými mlýny. Věřím, že má diplomová práce přispěje k tomu, aby tato problematika byla řešena nejen lidmi, kteří se v ústavní péči pohybují, ale i širokou veřejností, neboť ta nemá v současné době relevantní informace o dění v dětských domovech.

11 Závěr

Cílem výzkumné části mé práce je zjištění, jaká je zkušenost klientů ústavního zařízení s legálními nebo nelegálními drogami a mají-li možnost přijít s drogou do kontaktu a to i přes přísnější bezpečnostní pravidla dětského domova.

Hypotéza H1: Předpokládám, že největší zkušenost mají klienti dětského domova s marihuanou. Tato hypotéza byla výzkumem práce potvrzena, šest ze sedmi dotazovaných uvedlo, že mají s marihuanou zkušenost. Pouze dotazovaná č. 1 nikdy neochutnala marihuanu. Ostatní dotazovaní marihuanu kouří v rozmezí 1 měsíce po denní užívání. Klienti jsou častými poživateli, jeden z dotazovaných je denní poživatel této konopné drogy. Pracovníci dětského domova o této problematice ví a řeší ji s pomocí Občanského sdružení Arkáda programem 5P.

Hypotéza H2: Předpokládám, že klienti dětského domova mají i přes nastavená bezpečnostní pravidla možnost kontaktu s drogou. Tato hypotéza byla výzkumem potvrzena, protože dětské domovy již nejsou tipem zařízení, jako to bylo v nedávných dobách. Je snaha po zkvalitnění služeb a přiblížení se rodinnému prostředí. Proto dnešní dětské domovy mají formu rodinného prostředí, u klientů se střídá pouze omezený počet pracovníků. Klienti a pracovníci žijí v bytech v rodinném souznění. Žádná přehnaná bezpečnostní pravidla v dětském domově nejsou nastavena. Klienti dětského domova v době svého osobního volna chodí na vycházky do města, kde mají snadný přístup k obstarání-si legálních či nelegálních návykových látek. K tomu také, jak vyplývá z mého výzkumu, dochází.

12 Seznam použitých zdrojů (literatury)

Monografické publikace:

BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. *Sanace rodiny*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-392-5.

BUBLEOVÁ, V., MATĚJČEK, Z., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 8085121-89-1.

ČAČKA, O. *Psychologie*. Brno: Doplněk, 2002. ISBN 80-7239-107-0.

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

GÖHLER, FR. CH., KÜHN, J. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996.

KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad Vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KRÁLÍKOVÁ, E. Tabák a závislost na tabáku. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad Vlády České republiky 2003. ISBN 80-86734-05-6.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LANGMAIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicentrum, 1974.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999. ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7778-226-2.

MINAŘÍK, J. Opioidy a opiáty. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad Vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, J., PÁLENÍČEK, T. MDMA a jiné drogy „technoscény“. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, M. Halucinogenní drogy. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, M. Konopné drogy. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.

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

PEŠEK, R., NEČESANÁ, K. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících*. Arkáda, 2009. ISBN 978-80-254-5971-3.

PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. Písek: Arkáda, 2007.

POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-04.

POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

POTHO, P. *Dítě v ohrožení*. Praha: Nakladatelství G plus G, 1999.

Sbírka zákonů ČR: *Zákon č. 109/2002Sb.*, o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů,

Sbírka zákonů ČR: *Zákon č.141/2009Sb.*, o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

ŠVANCAR, Z., BURIÁNOVÁ, J. *Speciálně – pedagogické problémy ústavní výchovy*. Praha: Statní pedagogické nakladatelství, 1988. ISBN 14-363-88.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7188-30

VEČERKA, K., HOLAS, J., ŠTĚCHOVÁ, M. *Problémové děti ve školských výchovných zařízeních*. Praha: KNOK, 2000. ISBN 80-86535-00-2.

VOCILKA, M. *Dětské domovy*. Praha: Aula, 1999. ISBN 80-902667-6-2.

WALDMANN, H. *Phantastika und Untergrund. Zum psychiatrischen Verständnis des Rauchtittelgebrauche Jugendlicher*. Bonn: Bournier u. co. 1971.

ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1997.

Časopisecké statě:

VANĚČEK, M. Ketamin, Ufo, Rajský plyn. *Bulletin národní protidrogové centrály*, 2002, roč. 8, č. 1.

HAMPL, K. Prognóza dětí a mladistvých zneužívajících rozpouštědla. *Obzor*, 1989, roč. 24, č. 3.

Elektronické dokumenty:

http://www.dud.cz/du_dobri.html

<http://www.detskydomov-as.cz/dd/char.html>

Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy, [online]. Praha: MŠMT, 2002 [cit. 2011-01-13]. Dostupné na WWW: <<http://aplikace.msmt.cz/PDF/sb048-02.pdf>>.

<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>

http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/zakon-c-sb_1965_1051_3.html

13 Klíčová slova

Ústavní výchova

Droga

Závislost

14 ABSTRAKT

Masnerová, Ž. *Drogová závislost u dětí a mládeže v ústavní výchově*. Zátaví 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce K. Hyková.

Klíčová slova: ústavní výchova, citová deprivace, závislost, legální drogy, nelegální drogy, dospívání

Práce se zabývá problematikou užívání legálních a nelegálních drog v ústavní výchově v České republice. Teoretická část charakterizuje dítě ve společnosti, citovou deprivaci dětí, ústavní výchovu, typy zařízení pro výkon ústavní výchovy. Dále popisuje závislost, fáze vývoje drogové závislosti, dělení drog, stručnou charakteristiku jednotlivých drog.

Praktická část práce obsahuje zjištění, jaká je zkušenost klientů ústavního zařízení s legálními nebo nelegálními drogami. Mají-li možnost přijít s drogou do kontaktu a to i přes přísnější bezpečnostní pravidla dětského domova. V rámci realizovaného výzkumu byla použita metoda polostandardizovaného rozhovoru s klienty a pracovníky dětského domova.

15 ABSTRAKT

Masnerová, Ž. *Drug Addiction of Children and Teenagers under the Influence of Institutional Education*. Zátaví 2011. Diploma thesis. University of South Bohemia. Faculty of Theology. Department of Practical Theology. Thesis supervisor K. Hyková.

Key words: institutional education, emotional deprivation, addiction, legal drugs, illegal drugs, adolescence

The thesis focuses on the problem of both legal and illegal drug taking in institutional education in the Czech Republic. The theoretical part characterizes a child in society in general, children's emotional deprivation, institutional education, the types of institutions where institutional education is realized. Furthermore, it describes the problem of addiction, stadiums of drug addiction development and brief characteristics of particular drugs.

The practical part contains a research on institutionalized clients experience with both legal and illegal drugs, their opportunities to be in contact with drugs in spite of stricter institutional safety code. The method used for the research was the one of semistandardized interview with particular clients and children's home employees.