

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
INSTITUT MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Brno 2009

Dušan Gryc

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno**

**Drogová problematika a rodinné prostředí
středoškoláků**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Vedoucí bakalářské práce:
Ing. Mgr. Irena Ocetková, Ph.D.**

**Vypracoval:
Dušan Gryc**

Brno 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Drogová problematika a rodinné prostředí středoškoláků“ zpracoval samostatně a použil jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Brno 7. dubna 2009

.....
Dušan Gryc

Poděkování

Děkuji paní Ing. Mgr. Ireně Ocetkové, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěl poděkovat svým rodičům a dětem Dianě a Davidovi za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytli při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Dušan Gryc

OBSAH

Úvod	2
1. Drogová závislost	4
1.1 Historie drogových závislostí, současná drogová scéna	4
1.2 Typologie drog	8
1.2.1 Legální drogy	9
1.2.1.1 Alkohol	9
1.2.1.2 Tabák	9
1.2.2 Nelegální drogy	10
1.2.2.1 Konopné drogy	10
1.2.2.2 Opiáty	10
1.2.2.3 Stimulační drogy	11
1.2.2.4 Halucinogenní drogy	11
1.2.2.5 Těkavé látky	11
1.3 Drogová závislost,	13
1.3.1 Stupně závislosti na alkohol	13
1.3.2 Fáze závislosti	14
1.3.3 Druhy závislosti	15
1.4 Dílčí závěr	16

TEORETICKÁ ČÁST

2. Prevence v rodině	17
2.1 Poradenská práce s rodiči	18
2.2 Psychické reakce rodičů	18
2.3 První pomoc při vzniku drogového problému	27
2.4 Dílčí závěr	28
3. Prevence drogové závislosti	29
3.1 Primární, sekundární a terciární prevence	29
3.2 Prevence ve škole	33
3.3 Prevence ze strany veřejnosti	34

EMPIRICKÁ ČÁST

4. Výzkum	36
4.1 Cíle a předpoklady průzkumu	36
4.2 Popis metody	36
4.3 Popis souboru respondentů	36
4.4 Popis výsledků	42
4.5 Souhrn výsledků a interpretace	43

Závěr	44
Resumé	45
Anotace	46
Klíčová slova	46
Seznam použité literatury	47
Přílohy	

Úvod

Drogová problematika je již delší dobu v popředí pozornosti. Po prostudování dostupné literatury je problém natolik závažný, že si zaslouží jistě více pozornosti. Fakt, že spolu s otevíráním se světu dochází u nás ke zvýšenému přílivu omamných a psychotropních látek a tím i potencionálnímu růstu počtu osob na nich závislých, již dnes vcelku nikoho nepřekvapuje. Nepřekvapuje ani postupně klesající věk těchto konzumentů, mezi nimiž již nejsou výjimkou ani žáci 1. stupně základní školy.

Téma drog a drogové závislosti je široce diskutováno mezi odbornou i laickou veřejností. Ze strany zastánců striktní prohibice je předkládáno jako strašák, kterému je nutno se za jakoukoliv cenu vyhnout. Druhá strana tolerantních osob, se prezentuje diskusemi o výhodách legalizace drog a příručkami s popisem, jak pěstovat marihuanu.

Co však je třeba vyřešit v první řadě, je základní filozofie v přístupu ke drogám. Je totiž více než jisté, že každá vyspělá společnost se musí naučit žít vedle drog stejně jako vedle jaderných elektráren. Na tomto základě je třeba formulovat výchovně preventivní programy, zaměřené na zmírnění následků jevu drogové závislosti s vědomím, že tento jev nelze zcela odstranit. Programy musí být zaměřené zejména na žáky základních i středních škol a jejich rodiče. Musí se jednat o plošné působení na celou populaci. Znamená to jednak učit sociálně psychologické dovednosti zvládání náročných životních situací, a také poskytovat informace o negativních efektech působení drog.

Ani dobré rodinné prostředí nemusí být dostatečnou zárukou před hrozbou drogové závislosti dětí. Rozbory ukazují, že v takovém rodinném prostředí existují nejméně dva momenty, s kterými je třeba počítat. Prvním z nich je vyšší míra tolerance, k níž jsou děti vedeny a která se může promítnout i do tolerance k drogám a zkušenosti s nimi. Druhým momentem je pak skutečnost, že naopak autoritativní postoj rodičů sice posiluje obavy dětí z drog, současně jim však zabraňuje vidět v rodině tzv. záchytný bod, ke kterému se mohou v případě nesnází uchýlit. Rodiče by měli být informováni o důležitosti jejich vlivu na styl výchovy v souvislosti s postojem dětí k drogám a jejich zkušenostech s nimi.

Cílem mé bakalářské práce je analyzovat, syntetizovat a posoudit problematiku drogové závislosti mezi dětmi a mládeží a současně ukázat na základní sociální souvislosti prevence, nedostatečnou koordinaci mezi učiteli, sociálními pracovníky a pochopitelně i rodičovskou veřejností. Nalezení určitých východisek a řešení, směřujících ke snížení tohoto negativního jevu.

1. Drogová závislost

Jeden z nejhorších sociálně patologických jevů, který lze též nazvat toxikomanie nebo zneužívání omamných a psychotropních látek, v současné době stále častěji obchází naši společnost a rozhodně nenechá nikoho v poklidu. Moderní společnost je nucena drogovou problematiku určitým způsobem řešit. Drogová závislost se ve společnosti neobjevila znenadání, ale lidstvo ji zná již od nejstarších dob. Stále častěji se objevují novější látky, které jsou závislými osobami zneužívány a v důsledku růstu nových látek se zvyšuje i počet jejich uživatelů.

1.1 Historie drogových závislostí, drogová scéna

Již v nejstarších dobách se užívaly omamné jedy k různým náboženským rituálům, v lékařství nebo ve válce. Kdybychom chtěli zjistit, kdy vůbec člověk začal užívat drogy, museli bychom jít hodně daleko do minulosti a není vůbec jisté, jestli bychom počátek vůbec našli. Drogy vstoupily do lidského života v bohaté paletě forem a nejrozmanitějšími cestami. Od pradávna lidstvu přispívaly jako lék, ale také mu způsobily nedozírné škody. Kdo s nimi nezacházel s přísným dodržáním pravidel, aby byl jejich pánem, stal se jejich otrokem. K jedovatému podhoubí můžeme zařadit již indiánské medicinmany, různé starověké a středověké kouzelníky. Rozvoj farmacie přispěl k tomu, že na světě jsou desítky milionů lidí závislých na drogách, tisíce jich na následky abúzu umírají.¹

Drogy se neobjevily ve všech koutech světa ve stejnou dobu. U některé drogy mohly být objeveny zprvu léčivé účinky a až dodatečně vlastnosti látky omamné. Jinde tomu mohlo být naopak. Jedno je však jisté. Dvojaké vlastnosti celé řady drog jsou lidem známy staletí a tisíciletí, přičemž jejich prvotnímu objevu přispěla více náhoda než záměr. Náhoda sehrála mnohokrát nezastupitelnou roli v získávání drog i v dobách pozdějších po nástupu chemie. Například již dávno jsou lidem známy uklidňující vlastnosti opia. Těžko však tvrdit, že je poznali nejdříve jako prostředek pro zklidnění a utišení bolesti a ne jako drogu, která jim měla zpříjemnit život. Alkaloidy opia byly známy již ve starověku. O tom svědčí odvození jejich názvů z antických jazyků. Když se pak někdy v 8. století dostaly mák a opium do Číny spolu s muslimskou expanzí, lze

¹ ŠEDIVÝ, V.; VÁLKOVÁ, H. Lidé, alkohol, drogy. Praha: Naše vojsko, 1988 str. 27

důvodně předpokládat, že zde opium mohlo sloužit již jako omamující prostředek. Korán, posvátná kniha muslimů, totiž výslovně dovoluje věřícím užívání bylin, které „vyvolávají příjemné pocity“, zatímco alkohol přísně zakazuje.²

V minulosti mohla svou velkou roli ve zneužívání drog sehrát nevědomost či neznalost. Ve vztahu závislosti na drogách zcela určitě. Člověk nemohl vědět a znát a až praxe ho naučila, u které drogy a jak brzy se stane závislým, jaké škody utrpí na svém zdraví jejím zneužíváním a kdy dokonce sám sebe připraví o život. Dnes je všechno okolo drog s vědeckou exaktností propočteno na setiny i tisíce gramů. Známe kolik a jak, která droga, a který lék obsahuje prvků, jaké jsou jejich účinky. I přesto stoupá počet těch, kteří v touze zbavit se okovů života nebo si jej zpříjemnit si zcela dobrovolně a vědomě nasazují, pro samotnou lidskou podstatu nebezpečná, drogová pouta. Existuje již mnoho a mnoho drog, které budou teprve objeveny. Velmi pravděpodobně se v budoucnosti objeví i mechanismy doposud zcela neznámé a budou opět prohlašovány za „to pravé“ a konečně „bez rizika“.

Velká většina drog nejsou jen látky škodlivé, ale zároveň látky s mnoha pozitivními účinky – jde často o součásti léků, nebo o samotné léky využívané hojně v medicíně. Právě prostředky potlačující bolest, navazující spánek či tlumící kašel jsou také drogami. Podoba v jaké se tyto látky projeví, záleží na cíleném užití a správném dávkování. Tatáž látka může být v určitém případě drogou nebo účinným lékem. Nešlo, ale jen o léky. Nejrozšířenější droga naší evropské civilizace – alkohol – je známý již po tisíciletí. Za tak dlouhou dobu jsme si na výrobu a užívání alkoholu natolik zvykli, že jsme jej vlastně přestali za drogu považovat. Některé drogy vznikly laboratorní cestou, třeba známé LSD. Lze, ale přesto říci, že drogy se zde neobjevily z ničeho nic, ale provázejí člověka v nějaké podobě dlouhá tisíciletí.³

Současná drogová scéna

Po roce 1989 se drogová scéna rychle mění. Skončilo období relativně uzavřených narkomanských komunit, kdy část populace produkovala drogy nejen pro sebe, ale i pro větší okruh sobě známých konzumentů. Specifika české drogové

² ŠEDIVÝ, V.; VÁLKOVÁ, H. Lidé, alkohol, drogy. Praha: Naše vojsko, 1988 str. 38

³ JOHN, R.; PRESL, J. Drogy! Praha: MEDEA KULTUR, 1996. str. 7

scény před rokem 1989 byla v tom, že většina výrobců našich drog (stimulační drogy pervitin či opiátu „braun“) byla zároveň i konzumenty. Prakticky neexistoval černý trh klasického typu ovládaný nejrůznějšími mafiemi, kde jsou drogy pouze lukrativním obchodním artiklem.

Jako všude jinde i česká drogová scéna se začala po r. 1989 řídit ekonomickými pravidly. V první řadě je drogová scéna v ČR charakteristická zejména vysokou dostupností tabáku a alkoholu dětem a mládeži. A to i přesto, že zákon říká, že prodávat tabákové výrobky a alkoholické nápoje osobám mladším 18 let se zakazuje. Pro většinu mládeže není problém na mnoha místech tabákové výrobky a alkohol celkem běžně koupit. ČR také patří mezi evropské země s vysokou celoživotní prevalencí zejména marihuany.

Rád bych ale zdůraznil, že výše naznačené problémy jsou odrazem nedostatečné společenské objednávky tyto problémy řešit. Primární prevence je aktivita směřující k předcházení sociálně nežádoucích jevů a domnívám se, že kvalitní primární prevence je základním předpokladem pro regulaci těchto jevů ve společnosti. Oblast represe, kterou se primárně zabývají útvary Policie ČR je nezbytnou součástí celého systému, ale je to oblast, která stojí na konci řetězu, kterému předcházelo mnoho většinou společensky negativních věcí. Primární prevence je něco, co stojí na samém začátku celého problému, a proto by se jí mělo věnovat daleko více pozornosti než tomu ve skutečnosti je.

Mezi významné faktory ovlivňující nelegální mezinárodní obchod s drogami na našem území patří:

- strategická poloha ČR v centru Evropy, a tím i na hlavních tranzitních drogových trasách,
- vyšší propustnost a špatná kontrolovatelnost státních hranic ČR,
- rozvinutý a kvalitní chemický průmysl a zejména velice kvalitní báze ilegálních výrobců, kteří z lehce dostupných ingrediencí pro domácí výrobu pervitinu jsou schopni zásobit svou produkcí i zahraniční zájemce,
- tradičně dobrý organizační a inteligenční potenciál obyvatel ČR, který vyměnil trestnou činnost v oblasti nelegálního směnářství za

perspektivnější obchod s drogami (stále více se mezi drogovými kurýry objevují i čeští občané),

- rozpad bývalého SSSR a bývalé SFRJ vedl k poměrně masivnímu proudu ekonomických a politických běženců i na území ČR. Této situace využily i profesionální zločinecké gangy, které se v ČR rychle zabydlely a působí zde jako mezičlánek velkých zločineckých organizací, nebo realizují svou nelegální aktivitu přímo na území ČR se zaměřením na české občany,
- významný podíl na mezinárodním nelegálním obchodu mají i čeští reemigranti, využívající k této činnosti svých prostředků, kontaktů i zkušeností získaných v cizině,
- ČR je stále označována za velice lukrativní stát pro „propírání“ peněz z organizovaného zločinu obecně, tedy i peněz z nelegálního obchodu s drogami (nedostatky v legislativních opatřeních upravujících pohyb financí usnadňují vytváření fungujících, ale i fiktivních zahraničních firem sloužících ke krytí jiné než povolené, případně i protizákonné činnosti),
- vzrůstající životní úroveň části populace má za následek nárůst kupní síly občanů disponujících dostatečnými finančními prostředky pro experimentování s drogami, případně pro přechod od aplikace levnějších druhů drog (marihuana, LSD) k dražším (extáze, heroin) s tím, že zejména mezi částí mládeže a podnikatelskou vrstvou je stále abúzus drog spojován s pojmem modernosti nebo dokonce s vysokým prestižním statutem (užívání drog je dokonce vnímáno jako míra svobody jednotlivce),
- nárůst abúzu drog souvisí také se zvyšujícími se požadavky na výkonnost a úspěšnost jedince na náročnějším trhu pracovních sil (nejen v podnikatelské sféře, ale zejména s obtížemi při zaměstnávání mladistvých bez kvalifikace) a často i s řešením případného nezdaru a selhání,
- specifickým problémem se stává abúzus drog mezi dětmi a mládeží z romské populace, kteří nemalé částky získané trestnou činností (obvykle z krádeží nebo vloupání do aut) utrácejí za drogy,
- nastupující éra internetu, který již zdomácněl i u nás, umožňuje každému, aby získal návody na výrobu drog, vyměnil si kontaktní adresy, případně další toxikomanické zkušenosti.

Na základě dostupných informací a získaných statistických údajů lze konstatovat, že abúzus drog má u naší populace jednoznačně vzrůstající tendenci. Experimentování s drogou se u mladé generace stává znakem nekonformnosti a paradoxně i nezávislosti. Snižuje se věková hranice experimentujících osob. Zvyšuje se počet osob, které od experimentování přecházejí k pravidelnému užívání drog.

Podíly chlapců a dívek, kteří mají zkušenost s drogami, se v ČR téměř úplně vyrovnaly - to je, jak ukazuje srovnání s evropskými daty, v evropském rámci ojedinělé a typické pro vyspělé země s vysokou mírou užívání drog mládeží. Ženy mají ovšem poněkud odlišné vzorce užívání, existují typicky ženské a mužské drogy. Dívky s drogami nezačínají později, zvláště ne s těmi „dívčími“, jako jsou medikamenty.⁴

1.2 Typologie drog

Jestliže se podíváme kolem sebe, jsme drogami různého typu obklopeni na každém kroku. Žijeme ve společnosti konzumující drogy. Látky ovlivňující psychiku a schopné vyvolat závislost, jsou všude okolo nás. Vstoupíme-li do běžného obchodu s potravinami, zjistíme, že drogy tvoří podstatnou část současné nabídky. Jedná se však o drogy v naší společnosti tolerované, tedy o tzv. drogy legální. Mluvíme především o alkoholu v celé jeho šíři a o tabákových výrobcích. Konzumace legálních drog je běžná věc a nikdo se nad ní příliš nepozastavuje. Tyto drogy s tolerovaným rizikem jsou zcela běžně k dostání v obchodní síti, přestože u určitého procenta lidí hrozí, že na nich začnou být závislí. Tolerance společnosti je v této oblasti vysoká. Jako drogy jsou označovány téměř výlučně látky v naší společnosti zákonem zapovězené. Míra rizika vzniku závislosti slouží jako hlavní kritérium pro dělení drog na tzv. měkké a tvrdé, či lehké a těžké.

Příkladem měkkých drog je např. káva, tabákové výrobky, alkohol, ale i marihuana a hašiš. Drogy tvrdé se vyznačují vznikem vysoké závislosti, např. pervitin, kokain, LSF, extáze, atd.

⁴ www.mvcr.cz/casopisy/kriminalistika/2001/01_04/drogy.html

Tabulka č. 1 – Rozdělení do skupin na "tvrdé" a "měkké" drogy

Míra rizika	"Tvrdość"	Zástupci
Vysoká	"Tvrde"	toluen, aceton, heroin, morfin, durman, crack
Vysoká až střední	"Tvrde"	LSD, lysohlávky, kokain, pervitin
Střední	"Tvrde"	alkohol, extáze, efedrin, kodein
Relativně malá	"Měkké"	marihuana, hašiš, kokový čaj
Prakticky bez rizika	"Měkké"	káva, čaj

1.2.1 Legální drogy

1.2.1.1 ALKOHOL

Sledovat dějiny užívání alkoholu znamená sledovat vývoj celého lidstva. Přirozené kvašení bylo pravděpodobně lidmi objeveno už v prehistorickém období a brzy následovala výroba piv a vín z cukernatých a škrobnatých rostlin.

Opojné nápoje patřily po celém světě k náboženským, společenským i soukromým událostem. Ale jak byl náležitě oceňován společenský prospěch z alkoholu, stejně tak se vědělo i o jeho špatných stránkách

1.2.1.2 TABÁK

Počátek kouření tabáku můžeme vysledovat k civilizaci Mayů v Mexiku okolo roku 500 před naším letopočtem. Zmínky o kouření jiných rostlin můžeme nalézt ve vědeckých památkách v Indii, v době několik tisíc let před Kristem, a dá se předpokládat, že jednou z rostlin byl i tabák.

Obchodní využití v mezinárodním měřítku začalo s příchodem objevitelů Nového světa. Původní obyvatelé Ameriky od jihu až a sever tabák kouřili, žvýkali, šňupali, pojídali tabákové listy. Bylo možné se setkat s předchůdci dnešních doutníků ze zabalených tabákových listů, s kouřením tabáku z dýmek i se šňupacím tabákem. Portugalci, kteří ovládali mezinárodní obchod před příchodem Holanďanů a Angličanů, jako první kultivovali tabák mimo Ameriku a mají největší zásluhy na rozšíření tabáku do světa.

1.2.2 Nelegální drogy

- Základní dělení drog:**
- I. skupina – Konopné drogy
 - II. skupina – Opiáty
 - III. skupina – Stimulační drogy
 - IV. skupina – Halucinogenní drogy
 - V. skupina – Těkavé látky

1.2.2.1 KONOPNÉ DROGY – MARIHUANA

Marihuana a její produkty - hašiš, olej - patří mezi lidstvem užívané látky již minimálně několik set let. Po tuto dlouhou dobu provázely lidstvo jako součást náboženských a sociálních rituálů. Primitivní národy, stejně jako národy "rozvinuté", užívaly cannabis pro její schopnost ulehčit tíhu reality a měnit smyslové vnímání. Zároveň s tímto náboženským a sociálním významem má marihuana neméně dlouhou historii jako lék. Její užívání je zaznamenáno již v Eberských papyrech ze starého Egypta ze šestnáctého století před Kristem. Tehdy byla cannabis používána zejména jako jeden z nejlepších prostředků proti bolesti. V důsledku psychoaktivních účinků byla marihuana poprvé využívána v Asii. Římané využívali stonky z rostliny k výrobě látek a provazů. Již v 17. století v Americe přistěhovalci kromě vláken ze stonků začali používat i semena k výrobě olejů, topení a k dalšímu využití.

1.2.2.2 OPIÁTY

Makovice byly známy jako zdroj účinných látek od nepaměti. Tradice běžného lékařského i nelékařského užívání opia je známa u Egyptanů, Sumerů, Řeků, Peršanů a Římanů.

Opium bylo ze všech dnešních hlavních drog od počátku nejvíce svázáno s obchodem a obchodními stezkami. Arabové jej přivezli v sedmém století do Indie a o něco

později i na pobřeží Číny. Dalším rozšiřovatelem opia byli vojáci. Evropa poznala opium prostřednictvím vojáků, vracejících se z křížových výprav na rozhraní tisíciletí.

1.2.2.3 STIMULAČNÍ DROGY

Amfetamin a jeho deriváty, včetně pervitinu, je narozdíl od většiny ostatních drog relativně mladá droga s výlučně "syntetickou" minulostí. Poprvé byl syntetizován v roce 1887, ale na lidech byl poprvé testován ve dvacátých letech 20. století. Nejdříve byl prodáván jako prostředek proti rýmě, poté i proti astmatu, obezitě, patologické ospalosti (narkolepsie) a depresi.

Kokain - žvýkání listů koky bylo po dlouhá staletí součástí každodenního života mnoha jihoamerických kultur. I dnes plní koka pro miliony lidí v Jižní Americe tutéž roli, co pro zbytek světa káva nebo čaj.

1.2.2.4 HALUCINOGENNÍ DROGY

Nejstarší záznamy o přírodních psychedelikách najdeme v Rig - Véda, klasickém indickém náboženském spise, psaném nejpozději 2000 let před Kristem. Najdeme zde zmínky o rostlině Soma, která je "bez kořenů, bez listů a bez květů" a "pochází z hor". Dnes je nejčastěji přijímána hypotéza, že jde o známou muchomůrku tygrovitou.

Dalším z této skupiny je peyote, kaktus užívaný severoamerickými indiány. O počátcích užívání těchto látek se většinou jen vedou dohady, neboť nejsou nijak písemně zaznamenány. Odedávna však byly psychedelické látky součástí nejrůznějších náboženských a zasvěcovacích rituálů.

1.2.2.5 TĚKAVÉ LÁTKY

Do povědomí laické i odborné veřejnosti se začalo vdechování rozpouštědel dostávat v průběhu 50. let tohoto století. První zprávy se v tisku v USA objevily kolem roku 1942. Již od počátku byli uživateli této vysoce rizikové skupiny drog zejména

mladí lidé, většinou příslušníci etnických minorit. Jako hlavní důvod užívání těchto látek byl podle nich nedostatek financí na alkohol.

Tabulka č. 2 - Dělení drog podle převládajícího účinku

tlumivé látky	stimulační látky	halucinogeny
opium, heroin, braun, codein, morfin, flunitrazepam, diazepam, nitrazepam, toluen, alkohol atd.	pervitin, kokain, efedrin, crack, amfetamin atd.	lysohlávky, LSD, marihuana, hašiš, extáze, durman, mochomůrka červená, ketamin, mezkalin atd.

Otázka míry rizika vzniku závislosti a vzestupu tolerance spojeného s užíváním je komplikovaná. Záleží totiž na mnoha faktorech, a tak "tvrdość" je vždy záležitostí konkrétní situace. Jinou míru rizika s sebou nese vykouření jointa z marihuany, která vám vyrostla na zahradě, a jinou požití jogurtu, ve kterém jsou zamíchané 2 gramy hašiše. První příklad spíše patří do skupiny s relativně malými riziky, druhý mezi střední či spíše střední až vysoké riziko.

Tabulka č. 3 - Riziko vzniku závislosti a vzestup tolerance

Droga	Psychická závislost	Somatická závislost	Tolerance
Opiáty	+++	+++	+++
Pervitin	+++	-	++
Kokain	+++	-	+
Cannabinoidy	+	-	-
LSD	+/-	-	+/-
Ecstasy	+	-	+
Benzodiazepiny	++	++	+
Barbituráty	++	++	++
Alkohol	++	++	++

5

⁵ <http://www.drogovaporadna.cz/>

1.3 Drogová závislost

Drogové závislosti jsou posuzovány jako onemocnění, které je možné diagnostikovat. Je třeba je léčit i možné jim předcházet. Pod pojmem „droga“ jsou myšleny látky, jejichž užití je spojeno s rizikem vzniku závislosti (potřebou opakovaného, nutkavého užívání) s vědomím, že na každou farmakologicky účinnou látku může za určitých okolností u některých lidí vzniknout závislost, dokonce i na placebo.

1.3.1 Stupně závislosti na alkoholu:

- **počáteční stadium** – člověk požívá alkohol k potlačení nepříjemných stavů, k dosažení dobré nálady nebo je jeho chování projevem sociální konformity,
- **prodromální (varovné) stadium** – v důsledku zvýšené konzumace stoupá tolerance k alkoholu, člověk si na něho zvyká, pije čím dál častěji, člověk si potřebu alkoholu uvědomuje a pociťuje to jako varování,
- **kritické stadium** – objevují se alkoholické amnézie, člověk ztrácí kontrolu nad svým pitím, vznikají problémy, zejména sociálního charakteru (konflikty v rodině, na pracovišti atd.), u alkoholika dochází ke změně v hodnotovém systému, k oploštění zájmů i vztahů k lidem,
- **terminální stadium** – dochází k obratu, tolerance k alkoholu se snižuje, alkoholik pije téměř nepřetržitě, objevují se psychické i somatické poruchy podmíněné dlouhodobým abúzem alkoholu, postupně dochází k tělesnému i psychickému chátrání a úpadku v sociální oblasti.

Závislost na drogách je jevem, který lidstvo vždy provázel, ale až v poslední době se stal velkým problémem, a to svým rozrůstáním v rámci celé společnosti a na všech možných úrovních. V ještě ne příliš vzdálené minulosti bylo upozorňování na nebezpečí, ve kterém se společnost ocitne, pokud nepřijme razantní kroky v boji s drogami, považováno za nemístné bubnování na poplach. V současnosti však musíme přiznat, že toto nebezpečí bylo podceněno a nyní, po hodině dvanácté, jsou patrné snahy tento omyl napravit. Situaci ztěžuje fakt, že věková hranice osob, které drogy bud'

užívat začaly nebo na nich jsou již závislé, se povážlivě snížila a dosáhla tak magického věku osob povinných základní školní docházkou.⁶

Abstinenční syndrom je jedním z projevů již rozvinuté drogové závislosti. Droga pronikla do organismu, ovlivňuje jeho funkce a stává se součástí látkové přeměny. Její nedostatek organismus postrádá – droga se již stala nutností, objevil se syndrom abstinence. Tento syndrom tj. soubor příznaků je dvojí:

- fyzický (tělesné obtíže, bolesti, křeče, průjemy, zácpy, pocení, slzení apod.)
- psychický (úzkost, neklid, únava, spavost, předrážděnost, pasivita nebo naopak agresivita apod.)⁷

1.3.2 Fáze závislosti:

Fázi závislosti lze rozlišit dle mnoha kritérií. Nejčastěji se dělí:

- **Experimentální užívání drogy** – v tomto stádiu je droga užívána občasně a nepravidelně a její užívání nemusí mít žádné následky
- **Příležitostné užívání drogy** – tito uživatelé berou drogu pravidelně, ne častěji než jednou týdně, obvykle ve volném čase, užívání drogy je součástí životního stylu, následky užívání se projeví jen bezprostředně po aplikaci, jinak uživatel nemusí mít větší problémy ve své psychické rovnováze a sociálním fungování.
- **Pravidelné (škodlivé) užívání drogy** – tito uživatelé berou drogu pravidelně (více než jednou týdně). Užívání drogy je součástí životního stylu, následky užívání se již projevují jistými škodlivými účinky.
- **Problémové užívání drogy** – užívání je pravidelné a ovlivňuje soukromý, případně pracovní život člověka. Existují už také známky zdravotních problémů souvisejících s aplikací drogy. Droga je užívána rizikovým způsobem (např. nitrožilní aplikace)
- **Závislost na droze** – projevuje se vyšší tolerance k droze (dávky je třeba zvyšovat k dosažení žádoucího účinku). Uživatel po droze trvale touží, této touze se postupně podřizuje celý jeho život. Uživatel má zřejmě zdravotní, psychické i sociální problémy způsobené užíváním drogy.

⁶ CHMELÍK, J. a kol. *Drogová kriminalita*. 1. vyd. Praha: Úřad vyšetřování pro ČR, Ministerstvo vnitra ČR – odbor personální práce a vzdělávání, 1999, 96 s., metodická pomůcka.

⁷ PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha: MAXDORF, 1994.

Klienti náležící do první a druhé skupiny zpravidla nemají potřebu kontaktovat odborníky. Sociální pracovníci a další pomáhající profesionálové pracují převážně s klienty spadající do třetího až pátého stupně užívání drog. Jedná se o klienty, kteří jsou na drogách závislí.⁸

1.3.3 Druhy závislosti

Fyzická závislost

Organismus se již droze přizpůsobil a zahrnul ji do svého metabolismu. Znamená to, že člověk v tomto stavu již drogu potřebuje. Při přerušení přísunu drogy tělo reaguje abstinčním syndromem (tzv. abst'ák). Abstinční příznaky závisí na míře fyzické závislosti a typu drogy. Toto platí především pro drogy opiátového typu (heroin, morfin, kodein).

Psychická závislost

V duševním stavu se projevuje různým stupněm přání požití drogy a pouhé přání přechází až v neodolatelnou touhu. V případě čisté psychické závislosti se po vysazení drogy nedostaví žádné fyzické abstinční příznaky.⁹

Psychická závislost se vyznačuje především cravingem (dychtěním po látce, resp. jejím účinku). Je důležité si uvědomit, že psychická závislost je v zásadě vážnějším následkem než závislost fyzická, protože zatímco fyzické závislosti je možné se zbavit relativně krátkodobým pobytem na detoxikační jednotce, psychická závislost je důvodem relativně dlouhé léčby a handicapuje uživatele při jakémkoli dalším užití látky, a to i z terapeutických důvodů.¹⁰

⁸ KALINA, K.; aj. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003 str. 7

⁹ www.stripky.cz/drogy/drogy.html

¹⁰ www.drogovaporadna.cz

1.4 Dílčí závěr

Drogy doprovází lidstvo od jeho počátku. Většinou byly užívány jako léky nebo při rituálních obřadech. V současné době ovšem dochází k jejich masivnímu abúzu a to zejména mezi mladými lidmi, kde by se dalo hovořit i o jakési „módě“ jejich zneužívání. Na většině zábavách či diskotékách se v současné době tyto látky vyskytují a běžně konzumují.

K tomuto přispívá i velká škála různých látek, které se dají zneužít, a které jsou velice lehce dostupné. Právě dostupnost těchto jedů na drogové scéně ČR, jež už není pouze tranzitní zemí, ale i zemí cílovou, je jedním z největších problémů v naší zemi, se kterým je nutné se v co nejkratší době vypořádat.

Je smutné, že také roste počet dětí a mládeže, kteří jsou na užívání drog závislí. Nejedná se již pouze o experimentální užívání, ale stále častěji se setkáváme právě s mladými lidmi, kteří toxikománii zcela propadnou.

2. Prevence v rodině

Nejdůležitější je **vytvořit atmosféru důvěry v rodině** a věnovat dětem dostatek času. Hovořit s nimi o tom, co je těší nebo trápí, umět jim naslouchat. I děti mohou mít své velké problémy. Proto je nutné vypěstovat v nich vědomí, že se na rodiče vždy mohou obrátit s otázkou, jak problém řešit. Učit děti, jak překonávat špatnou náladu, předcházet nudě a pocitu osamělosti zajištěním vhodné zájmové činnosti. Znat kamarády svých dětí a atmosféru jejich party, naučit děti ubránit se nevhodné společnosti. Poučit děti o nutnosti odmítnout jakékoli nabídky cizích lidí. Umět s dětmi informovaně hovořit o drogách, vysvětlit jim, proč a jak by se měly drogám vyhýbat. „Jestliže vám bude dítě důvěřovat, roste šance, že se dokáže svěřit s velkými nebo i s nebezpečnými problémy.“¹¹

Neexistují návody, jak předejít tomu, aby dítě či dospívající drogy nevyzkoušelo. Při výchově je však daleko podstatnější, cítí-li se dítě v rodině bezpečně a spokojené, když nabízíte pomocnou ruku při překonávání těžkostí a dáváte prostor je zvládat, rozvíjíte-li jeho zájmy a dovednosti, než když se budete snažit něčemu konkrétnímu, např. braní drog, zabránit.

Užívání drog dětmi má vždy negativní dopad zejména na rodinu. Proto směřovat prevenci takřka výhradně do škol, jak se to u nás zatím děje, je zužující. Nejdůležitější je vytvořit atmosféru důvěry v rodině a věnovat dětem dostatek času. Pravidelně s nimi hovořit o tom, co je těší nebo trápí, umět jim naslouchat a nebát se probrat s nimi i problematiku drog a rizika závislosti na ní. Velmi důležitá je proto i míra informovanosti rodičů o drogové problematice a v případě nutnosti uplatnění správné reakce.

¹¹ NEŠPOR, K.; CSÉMY, L.; PERNICOVÁ, H. Prevence problémů působených návykovými látkami. Praha: BESIP, 1996. str. 3

2.1 Poradenská práce s rodiči

Práce s dospívajícími dětmi, které vykazují problémové chování ve spojení s užíváním drog je účinnější, pokud se do poradenského procesu aktivně zapojí i rodiče, příbuzní a blízké osoby dítěte. Vedle individuálních konzultací je s těmito spojenci možná a žádoucí rodinná a skupinová práce. V rodičovské skupině patří k účinným faktorům především samotné členství, emoční podpora, pomáhání druhým, sebereflexe, sebereflexe, sebeprojevení a odreagování, zpětná vazba, náhled a získávání nových informací a sociální dovednosti.

2.2 Psychické reakce rodičů

Během realizace individuálních a skupinových setkání s rodiči sociálně psychologické centrum Arkáda v Písku pozorovalo, že se u nich objevují následující kognitivní a emocionální reakce: šok, zmatek a panika – pocity křivdy, zrady a sebelítosti – zlost – pocit viny – smlouvání – stud – truchlení a pocit strachu – rezignace a pocit marnosti – odpor a hnus – smíření – anticipační úzkost a nepříjemný optimismus. Reakce se vyskytují v posloupnostech, které však nejsou zcela předpověditelné, u některých rodičů se reakce zdánlivě překonané vracejí jakoby v novém vydání. Některé z níže uvedených reakcí popsala E. Kübler- Rossová v souvislosti s prožíváním lidí vážně nemocných a umírajících.¹²

Jedná-li se o rodiče dětí, které užívají drogy, lze říci, že všechny tyto reakce se nevyskytují u všech rodičů. Různé psychicko-emocionální reakce se mohou vzájemně střídat a prolínat. Mohou trvat různě dlouhou dobu. Mohou být různě intenzivní. Určitou psychickou fázi může lépe zvládat jeden rodič, jinou fázi může lépe zvládat druhý rodič.

A) Šok, zmatek a panika

Šok bývá bezprostřední reakcí na zjištění toho, že dítě bere drogy. Na tuto skutečnost rodiče přijdou zhruba po jednom až půldruhém roce od doby, kdy dítě drogy začalo užívat.

¹² popsala E. Kübler-Rossová v roce 1969 On Death and Dying. Přeloženo a vydáno v Buletinu NPC 4/2007 str. 3

Objevují se panické reakce provázené myšlenkami typu např.: „Proč se to stalo zrovna nám a právě teď?“, „Co nyní máme dělat?“. Zejména u hyperprotektivních rodičů lze pozorovat obranné psychologické mechanismy, jako jsou neadekvátní bagatelizace a popírání problému, kdy si rodiče snaží ochraňovat svou představu o bezproblémovém vývoji svého potomka – jedná se o kognitivní interpretace např.: „Dneska je kouření trávy mezi mladými normální. Tak si to náš Honza taky zkusil, no a co?“ Ve fázi šoku rodiče často požadují rychlou „opravu“ svého dítěte, což je většinou nereálné.

Rodiče by měli i bez dítěte co nejdříve navštívit odborníka a sdělit mu vše podstatné, co se dozvěděli o braní drog u svého dítěte. Od profesionála by měli v rámci krizové intervence získat přijetí, uklidnění. Společně s ním by měli vyhodnotit závažnost situace a naplánovat další konkrétní kroky do nejbližšího období (např. zapojení dalších členů rodiny do řešení problému).

B) Pocity křivdy, zrady a sebelítosti

Pocity ublížení a nespravedlnosti mohou vznikat na podkladě myšlenek typu např. „My chudáci rodiče, tak jsme se o tebe starali a ty jsi se nám takhle odvděčil.“ Jedná se o emocionální reakci, na kterou se někdy nabaluje v podstatě příjemná emoce sebelítosti. V sebelítostivých myšlenkách si rodiče mohou libovat, a tak zvyšují svou pasivitu a oddalují přijetí racionálního přístupu ke drogovému problému svého dítěte.

V této fázi je vhodné rodičům emfaticky vyjádřit pochopení, nechat je vypovídat z kognic, které k pocitům křivdy a sebelítosti vedou. Následně je učít tyto problémové myšlenky a představy rozpoznávat a společně s nimi rozumově testovat jejich výhodnost pro další adekvátní řešení drogového problému dítěte.

C) Zlost

Zlost (hněv, vztek, agrese) je emocionální reakce zaměřená proti zlému osudu, který rodiče potkal v souvislosti s jejich dítětem, které užívá drogy. Tato emoce se nabaluje na pocity křivdy a sebelítosti. Zlost může směřovat na nevděčné dítě nebo na zástupné cíle, jako jsou např. partner, další příbuzní, učitel, lékař, terapeut, na které rodič může svalovat vinu. Rodiče se zlobí také sami na sebe, že selhali ve výchově svého dítěte. Zlost se může projevovat v myšlenkách typu: „Takhle jsi se nám, ty jeden

spratku, odměnil za všechno, co jsme pro tebe udělali?“ Pocit zlosti je nepříjemnou reakcí už z toho důvodu, že drogová závislost dítěte může významným způsobem narušit rodičovskou představu o dalším předpokládaném vývoji dítěte, může pokazit rodinnou atmosféru, partnerský vztah apod.

Emoce zlosti nevzniká jako bezprostřední důsledek zevní události, ale tím, jak si tuto skutečnost pro sebe rodiče vysvětlují. Z terapeutického hlediska není výhodné pocit zlosti ani zbrkle a otevřeně ventilovat, ani tuto emoci příliš potlačovat. Svůj hněv si rodiče někdy ani příliš neuvědomují, dokonce si sami před sebou mohou hrát na to, že jsou ledově klidní – to se týká hlavně otců problémových dětí. Řada lidí je totiž od dětství trénována v tom, že zlost, agrese a vzdor musí pokládat za emoce, které kultivovaný člověk nemá. To je ale pověra.¹³ S adekvátním zvládnutím emoce zlosti mají potíže především otcové dětí, které berou drogy. Jedná se např. o muže, u nichž se objevují maladaptivní kognitivní schémata typu: „Každý problém v rodině je rychle řešitelný – pokud ho muž nezvládne vyřešit, je neschopný.“ Tito otcové často považují návštěvu odborníka za projev své slabosti a selhání, a tak k odborníkovi přichází většinou jenom jejich partnerky, matky dítěte.

Dlouhodobě a intenzivně prožívaná zlost omezuje schopnost konstruktivně myslet a účelně řešit problémy, zlostné reakce rodičů mohou vyvolávat agresivní odezvy ze strany dítěte, nebo partnera, a tím se problém ještě více komplikuje. Nehledě na skutečnost, že dítě, které bere drogy, se bude hněvným reakcím svých rodičů pravděpodobně vyhýbat, třeba dalšími úniky do drogového prostředí. Rodiče by měli být o těchto souvislostech edukováni a pomocí různých metod (např. vypovídání se ze zlostných myšlenek, kognitivní restrukturalizaci, abreaktivní techniky, svalová relaxace) by se měli naučit tuto emoci zvládat.¹⁴

Odborníky je doporučováno pro zvládnutí zlosti především nácvik rozlišování mezi „špatným“ člověkem (svým dítětem) a konkrétním „špatným“ chováním, které člověk (v jádru „dobrý“) může uskutečňovat (např. braní drog).

¹³ Práško J. a Prášková H. (1996) Asertivitou proti stresu. Praha: Grada Publishing

¹⁴ A.Ellis (2001) Člověče neboj se. Praha: Lidové noviny

Pokud se rodiče naučí zvládat emoci zlosti dříve, než zlost ovládne je, pravděpodobné, že se tento pocit bude postupně transformovat v pocit zklamání, který je výhodnější v tom smyslu, že tolik neblokuje racionální myšlení. Rodiče mohou získat vyšší náhled na problém a snadněji si začnou uvědomovat širší paletu různých alternativ řešení problému.

D) Pocity viny

Výčitky svědomí bývají způsobeny negativními myšlenkami typu např. „ Co jsme jako rodiče ve výchově našeho syna či dcery zanedbali?“ „Kde se stala chyba?“ Tyto neodbytné myšlenky bývají emočně velmi vyčerpávající a rodiče si od nich často ulevují tím, že na ně hledají odpověď ve smyslu „bylo to určitě tím a tím, může za to ten či onen.“.

Najít hlavní příčiny vzniku drogového problému dítěte není zpravidla jednoduché, bývá to velká detektivka – ale i přes toto poznání je evidentním faktem, že se rodičům více uleví až tehdy, když se společně s terapeutem doberou jedné nebo několika málo hlavních příčin, než aby přistoupili na variantu, že příčin může být mnohem více a že se povětšinou jedná stejně jen o obtížně ověřitelné domněnky.

Rodičům by také mělo být sděleno, jak s těmito „jasnými“ důvody obezřetně nakládat ve vztahu ke svému dítěti. Není totiž výjimkou, že dítě nalezenou „pravou“ příčinu začne zneužívat ve smyslu úlevy od svých pocitů viny a přenášení zodpovědnosti za svůj problém s drogami na své rodiče. Tím může své rodiče citově vydírat ve smyslu např. „Za to, že jsem se naučil brát drogy, můžeš ty (matka dítěte), protože jsi mi jako zdravotní sestra od dětství dávala na každé bolístko nějaký prášek...“. Podobné výpady dítěte mohou způsobit mnoho emotivních a nekonstruktivních konfliktů, které pak dále narušují vztah mezi rodičem a dítětem.

Ve fázi prožívání pocitů viny má bezpochyby úlevný efekt také to, když se rodič ze svých pocitů viny vypovídá někomu blízkému, odborníkovi nebo jiným rodičům v rámci rodičovské skupiny.

E) Smlouvání

Smlouvání nebo vyjednávání je obdobím, které může představovat regresí k magickému myšlení. Rodiče obíhají nejlepší lékaře a terapeuty v oboru, modlí se k Bohu apod. Tímto si chtějí zajistit, popř. vymodlit si co nejrychlejší uzdravení svého dítěte. Současně ve svém předešlém životě hledají viny, které podle nich mohly být příčinou drogové závislosti jejich potomka a snaží se tato zavinění symbolickým nebo realistickým způsobem odčinit či napravit, např.: „ Jestli se z toho náš David dostane, tak už se nikdy nenapiji alkoholu.“ V tomto období mohou rodiče vyhledávat různé alternativní léčebné postupy, kdy oni sami nebo společně se svým dítětem navštěvují různé šarlatány, kterým platí vysoké finanční částky za jejich pochybné rady a léčebné metody. Hlavně v důsledku pocitů viny rodiče někdy přistupují také na uzavírání „kšeftů“ se svým dítětem ve smyslu nabízení různých výhod a odměn, když ono s užíváním drog přestane, např. „Když necháš toho fetování, koupím ti to auto, které jsi vždycky chtěl...“. Zrovna tak není výjimečné, že rodiče své dítě doma zamykají, hlídají ho, aby neuteklo, a mluví mu „do duše“.

Pokud se fáze smlouvání u rodičů objeví, je vhodné, aby blízcí lidé trpělivě a racionálně zpochybňovali jejich snahy vyhledávat různé podvodníky – nebezpečím jsou především prodlení pro zahájení adekvátní terapie nebo rizika plynoucí z přerušení standardní léčby dítěte. Stejně tak je potřebné rodičům vysvětlit, že vyjednávání s dítětem ve smyslu „kšeftování“, hlídání a přesvědčování je kontraproduktivní. Na základě takového přístupu se dítě rychle a obratně učí své rodiče citově vydírat. Nehledě na to, že případné materiální odměny dítě s nejvyšší pravděpodobností dříve či později zneužije k získání drog. Podobné to je s domácím vězením.

F) Stud

Rodiče se mohou stydět ne tolik za to, že jejich dítě drogy bere, ale až za zjištěný fakt, že drogy prodává, kvůli nim krade, dělá prostituci apod. Rodiče se také stydí samy za sebe, protože jsou přesvědčeni (často iracionálně), že směrem ke svému dítěti po výchovné stránce selhali.

Pro zvládnání emoce studu bývá prospěšné, aby se rodiče ze svých nepříjemných myšlenek a představ v bezpečném prostředí vypovídali. Terapeut je může jednak emočně podpořit, jednak může pomocí sokratického dialogu zpochybňovat jejich

kognice, které k pocitu studu vedou. V podstatě nenahraditelný pozitivní vliv na postupné rozpouštění studu má pravidelná účast na rodičovské skupině, kde účinně působí jeden z hlavních pozitivních faktorů skupinové psychoterapie, a to sdílený pocit společenství a sounáležitosti („Jsem mezi svými...“, „Jsme na jedné lodi...“). Opakovaným problémem bývá to, že rodiče nechtějí anebo neumí o drogovém problému svého dítěte mluvit s jinými lidmi. O těchto věcech nechtějí hovořit z různých důvodů, např. se za své dítě stydí, mají obavy z toho, že je druzí lidé v myšlenkách odsoudí a odmítnou, protože podle nich nezvládli výchovu dítěte, nebo jsou rodiče ze svého dítěte natolik vyčerpaní, že si toto martyrium nechtějí rozhovorem připomínat.

V praxi se osvědčují tato tři doporučení: a) v rámci sokratického dialogu zpochybňovat myšlenky, které vedou ke studu a k obavám z odmítnutí druhými lidmi, b) nevyhýbat se kontaktu s druhými lidmi, c) rozdělit si přátelé a známé osoby do několika kategorií podle důvěrnosti vztahu a směrem ke každé kategorii si připravit určitou strategii hovoru, popř. způsob odmítání tohoto nepříjemného tématu. Strategie takových hovorů jsou pochopitelně odvislé od konkrétní situace, kterou mohou ovlivňovat faktory, jako jsou např. momentální emocionální rozpoložení rodiče, prostředí, kde rozmluva probíhá, stávající stav dítěte apod.

G) Truchlení a pocit strachu

Může se jednat o výraznou a časově poměrně dlouhou emocionální reakci. Některým rodičům je třeba doporučit, aby zvážili návštěvu psychiatra s žádostí o dočasnou psychofarmakoterapii. Ve fázi truchlení (smutnění, deprese) mohou být rodiče, alespoň zpočátku, velmi plačtiví, nesoustředění, podráždění, mohou je trápit poruchy paměti a potíže související s usínáním a spánkem. Pronásledují je neodbytné, automatické negativní myšlenky typu např.: „Moje Janča bere drogy, ztrácím ji...“, „Co když se těch drog už nikdy nezbaví a umře někde na ulici...?“ Postupem času si rodiče uvědomují skutečnost, jaká opravdu je. Stále zřetelněji vidí problémy, které jsou nebo mohou být důsledkem nelepšícího se drogového chování jejich dítěte, mají strach z možných scénářů dalšího jeho života.

V této etapě je potřebné rodičům trpělivě naslouchat a citlivě posilovat jejich motivaci pro uskutečňování terapeutických doporučení, která je možné v danou dobu

realizovat. Velký význam má vzájemná podpora všech členů rodiny. Někdy se rodičům uleví, když se v bezpečném prostředí vypláčí.

Co se týče strachu z dalšího vývoje dítěte, jehož drogové chování se nelepší či se nadále zhoršuje, rodiče potřebují v první řadě někoho, kdo jim bude s pochopením a porozuměním naslouchat. V další fázi lze pracovat s katastrofickými myšlenkami a představami. Terapeut může rodičům pomoci, aby si uvědomili a přesně si vybavili konkrétní momenty těchto nepříjemných kognicí. Potom je možné rozvíjet dialog, v rámci kterého si rodič může uvědomit přehnanost některých okamžiků svých katastrofických představ.

Na základě zpětných vazeb lze tvrdit, že některým rodičům pomáhá i otázka typu: „Co by pro vás znamenalo, co by na tom bylo tak hrozného, kdyby se vaše dítě z drog už nikdy nedostalo a skončilo by na ulici jako troska?“. Některí rodiče si pomocí této otázky uvědomí, že jim někdy tolik nezáleží na jejich dítěti, jako více na sobě, na vlastních očekáváních, která promítají do svého dítěte, např.: „. Myslel jsem, že se stane inženýrem a převezme po mně naši firmu.“

H) Rezignace, pocity marnosti a umožňování

Stadium odevzdanosti je možné v kognitivní rovině charakterizovat myšlenkami typu např. „Už se s tím stejně nedá nic dělat, všechno jsme už vyzkoušeli, zbývá nám už jen čekat, až se něco stane. Ještěže se nám povedl alespoň druhý syn...“. Rodiče ve fázi rezignace obvykle přestanou docházet na konzultace k odborníkovi, protože v tom nevidí smysl. V této etapě se mohou objevovat dva extrémní druhy přístupu k dítěti. Buď rodiče nechávají své dítě doma, tolerují a umožňují jeho problémové chování a snaží se co nejrychleji zažehnat první náznaky vzniku problému či konfliktu: „Raději mu dám těch 200,- Kč, než aby zase něco ukradl babičce...“, nebo se svého dítěte po citové a právní stránce (např. institut vydědění) vzdají, vyhodí ho z bytu a už se dále nezajímají o jeho další osud.

Pokud rezignovaný rodič alespoň občas terapeuta navštíví, je vhodné mu s účastí naslouchat, vyjadřovat pochopení, citlivě zpochybňovat jeho odevzdanecké myšlenky a představy a posilovat v něm trpělivost a reálnou naději pro zlepšení situace jeho problémového dítěte. Stejně tak je potřebné u rodiče podněcovat motivaci k realizaci vhodných doporučení směrem k jeho dítěti.

S fází rezignace souvisí i určité druhy chování, kterým rodiče svému dítěti brání drog usnadňují. Motivem je obava z tvrdého dopadu dítěte na feťácké dno, strach z toho, že když mu přestanou dávat peníze či ho dokonce vyhodí z domova, tak potom tuto situaci nebudou schopni emočně zvládat, protože dítě se začne vztekat, bude je citově vydírat. Začne za nimi pod vlivem drog chodit do práce, kde od nich bude žádonit peníze a bude jim tam dělat ostudu, bude spát na ulici před domem. Rodiče mohou svým usnadňováním také odvádět pozornost od nějakého závažnějšího, např. vztahového problému v rodině, na jehož otevření a řešení „bohudík“ není čas, protože je tu vážnější problém v podobě užívání drog dítětem.

CH) Odpor a hnus

Mnoho rodičů, především ve fázi rezignace a umožňování, se rovněž shoduje na tom, že směrem ke svému dítěti opakovaně prožívají emoci hnusu. Tento pocit se objevuje se v momentech, kdy je dítě doma viděno, jak se pohybuje ve svém pokoji, ve kterém je velký nepořádek, jak si ošetřuje kožní ekzémy v koupelně, jak si nitrožilně aplikuje drogy apod.

V těchto případech je v první řadě potřebné rodičům doporučit, aby dodržovali základní hygienické zásady a tak eliminovali riziko nakažení se různými infekčními nemocemi. Někdy nezbývá nic jiného, než po dítěti striktně a důsledně vyžadovat, aby tyto druhy rizikového chování neuskutečňovalo ve společné domácnosti, ale snažilo se více využívat prostředí a služeb např. kontaktního centra.

I) Smíření

Smíření (přijetí, vyrovnání) představuje realistické uvědomění si všech možností konstruktivního řešení problému. Takové rozpoložení lze na kognitivní úrovni charakterizovat myšlenkami typu např. „Je to sice nepříjemný a závažný problém, co se týče našeho Milana, ale je možné s tím něco dělat. Musíme se řídit radami odborníka, musíme být trpěliví a důslední v realizaci potřebných doporučení...“.

V tomto stádiu bývá u rodičů přítomná naděje, kterou by měl odborník pomáhat posilovat a uvádět ji do reálné podoby. V této fázi rodiče potřebují také přiměřenou

psychickou, citovou a sociální podporu, kterou si mohou dávat jednak navzájem se svými blízkými, jednak mohou využít služeb terapeuta nebo návštěv rodičovské skupiny. Z hlediska využívání obranných psychologických mechanismů se ve fázi smíření objevují humor (často cynického až černého ražení, např. „Náš Milan už potřetí nastoupil do léčebny, tak jsme s manželem včera večer tipovali, jak dlouho tam tentokrát asi vydrží.“), suprese (dovednost, dočasně odkládat negativní myšlenky, představy a emoce, aniž by byly popírány, např. „Dnes se tím zabývat nebudu...“), anticipace (dovednost realisticky očekávat a plánovat do budoucna, včetně uvědomění si možných problémů a ztrát), altruismus (dovednost konstruktivně přepracovat vlastní bolestnou zkušenost dopomoci druhým, např. v podobě iniciace vzniku svépomocné rodičovské skupiny anebo aktivní účasti v této skupině) ¹⁵

J) Anticipační úzkost a nepřiměřený optimismus

Pokud dítě nastoupí do léčby (ústavní nebo komunitní), rodiče se nezděka obávají toho, že jejich dítě léčbu neukončí. Někteří rodiče popisují určitou tenzi, úzkost a strach hlavně v prvních dnech a týdnech po nástupu dítěte do léčebny nebo terapeutické komunity. Mají strach z toho, že dítě z léčebny uteče, nebo bude vyhozeno, a bude se opakovat předchozí martyrium. Na stranu druhou se jedná o nepřiměřený optimismus ve smyslu „Už je konečně v léčbě, máme vyhráno.“ Taková nerealistická přesvědčení vedou zpravidla k tomu, že rodiče přestanou navštěvovat poradenské konzultace – ovšem často do té doby, než jejich dítě předčasně opustí léčebnu, nebo po určité době abstinence znovu začne užívat drogy. Po té konsternovaní rodiče přicházejí znovu s žádostí o radu, a opětovně se u nich objevují mnohé z výše popsaných reakcí.

Naději rodičů na uzdravení jejich dítěte je třeba citlivě usměrňovat do reálné podoby, nicméně s akcentem pozitivního dění do budoucna. Rodiče by také měli být připraveni na to, co budou konkrétně dělat, když dítě léčbu neukončí, popř. když léčbu ukončí, ale po určité době začne znovu brát drogy. Stejně tak by rodiče měli vědět, v jakých směrech bude jejich dítě po ukončení léčby potřebovat psychickou a sociální podporu, jakým konkrétním způsobem mu mohou v prvních měsících abstinence pomoci. V poradenství s rodiči by v tomto stadiu měl být zdůrazněn smysl a význam následné péče.

¹⁵ Klimpl P.(1998) Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci. Praha: Grada.

V době, kdy dítě absolvuje rezidenční léčbu, je výhodné rodiče udržet v kontaktu a zaměřit se na řešení jejich problému, které mohly „vyplavat na povrch“ v době předchozí poradenské procedury. V této souvislosti může připadat v úvahu nácvik strukturovaného řešení mezilidských konfliktů, nácvik strukturovaného zvládnání emoce zlosti apod.

2.3 První pomoc při vzniku drogového problému

Základním pravidlem je přijmout zjištění o výskytu drogového problému v rodině či blízkém okolí bez paniky. Ani sebelepší výchova či prevence výskyt tohoto jevu nevyklučuje. Dobrá výchova a účinné preventivní metody jen snižují riziko.

Zjištění, že někdo nám blízký bere drogy, ještě automatiky neznamena, že je všemu konec a závislost a bídný konec jsou neodvratné. Na druhé straně tento fakt nelze přejít jen tím, že takové věci se stávají a že braní drog v různé podobě patří k životu současné civilizace. Co tedy dělat? Neexistují žádné zaručené postupy. Jedno ze základních „desater“ dobrých rad první pomoci při vzniku drogového problému:¹⁶

- 1) **Mluvte s dětmi o VŠECH drogách**, legálních či nelegálních – způsobem přiměřeným věku dítěte. Věk, ve kterém se stávají otázky kolem návykových látek aktuálním, je už kolem 3-4 let.
- 2) Učte se skutečně **poslouchat své děti**.
- 3) Pomozte svému dítěti **nalézt** a udržet **sebedůvěru**. Vždycky se najde něco, co vaše dítě zvládne lépe nebo hůře než jiné děti. K základním mechanismům posilujícím sebevědomí patří pochvala.
- 4) Pomozte svému dítěti **vytvořit** si pevný **hodnotový systém**.
- 5) Staňte se **pozitivním příkladem** v postojích vůči drogám (včetně alkoholu a tabáku).
- 6) Pomozte svému dítěti **zvládat** negativní **tlaky ze strany** jeho **vrstevníků**. Je třeba podporovat individualitu i za cenu odlišnosti od ostatních.
- 7) **Podporujte pozitivní aktivity** svého dítěte. Zaujetí určitým koníčkem a vazba na prostředí, které je s touto aktivitou spojené, je nejlepší prevencí vůči zneužívání návykových látek.
- 8) Nebojte se **přiznat nevědomost**. Jestliže si přiznáme nevědomost, je to jen motivace k tomu, abychom se lépe informovali.
- 9) **Spojte se s ostatními rodiči**.

¹⁶ PRESL, J. Drogová závislost. Praha: MAXDORF, 1994. str. 73

10) **Vyhledejte pomoc pracoviště** s dobrou pověstí v drogové problematice.

Zvažme únosnost instituce pro naše dítě, protože na prvním terapeutickém kontaktu hodně záleží a pokud se zde udělá chyba, těžko se později odstraňuje.

2.4 Dílčí závěr

Systematická poradenská práce s rodiči zvyšuje efektivitu terapeutického procesu zaměřeného na dítě, které užívá drogy. Ovšem ne vždy je taková participace ze strany rodičů dosažitelná a není výjimkou, že rodiče svým větším či menším nezájmem drogový problém dítěte zintenzivňují, protože problémové chování dítěte z různých hledisek umožňují a usnadňují. Rovněž není výjimečné, že dítě, zpravidla ve fázi prekontemplace,¹⁷ více či méně nespolupracuje a v tomto případě je v podstatě jedinou realizovatelnou intervencí poradenská práce s rodiči, kde hlavními dvěma cíli tohoto poradenského procesu jsou a) neusnadňovat problémové chování dítěte ze strany rodičů, b) po psychické a sociální stránce chránit a podporovat rodiče dítěte. Především k dosažení druhého cíle slouží edukace o projevech a možnostech zvládnání kognitivních a emocionálních reakcí, se kterými se rodiče mohou setkat.¹⁸

¹⁷ Miller W.R., Rollnick S. (2003): Motivační rozhovory, Příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: Sdružení SCAN.

¹⁸ Pešek R. et al. (2007): Drogová závislost aneb Rychlý běh na krátkou trať. Písek: Arkáda – sociálně psychologické centrum.

3. Prevence drogové závislosti

Zhruba od padesáti let minulého století se prevence rozdělila na primární a sekundární. O terciální prevenci se hovoří od šedesátých let minulého století a ta se provádí až poté co „nemoc“ vznikla a způsobila poškození.

Cílem je předejít dalším škodám. Vždy závisí na jedinci samotném a konkrétním citlivém přístupu k němu.

Ve vyspělých zemích se v současné době alkohol, drogy a tabák stávají znakem nemodernosti a neprosperity. Pokud chce být někdo moderní a úspěšný, žije aktivním a zdravým životním stylem.

„Mnohé výzkumy a šetření potvrzují, že jednou z příčin sociálního selhávání dětí a mládeže je nedostatečná nebo **nehodná náplň** a organizace **volného času**. Proto je **včasná výchova** k jeho pozitivnímu prožívání právem pokládána za významnou formou **sociální prevence**“.¹⁹

3.1 Primární, sekundární a terciální prevence

Primární drogová prevence je víceméně plošné **působení** na dosud **nezasaženou populaci**. Jde zde zejména o to, aby se co nejvíc snížila poptávka po drogách, aby drogy nebyly vyhledávány a konzumovány.

V podstatě obsahuje tyto hlavní složky:

- vytváření povědomí a informovanosti o drogách a o nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených se zneužíváním drog,
- podporu protidrogových postojů a norem,
- posilování prosociálního chování v protikladu zneužívání drog,

¹⁹ BÁRTOVÁ, J. Prevence není nikdy dost. Praha: SPORTPROPAG, 1996. str. 5

- posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů,
- podporování zdravějších alternativ, tvořivého a naplňujícího chování a životního stylu bez drog.

Primární (proti)drogovou prevenci dělíme na nespecifickou primární prevenci a primární prevenci specifickou.

Nespecifická primární prevence

Do nespecifické prevence patří zájmové kroužky (jako např. kroužky při školách a školských zařízeních či lidových školách umění), dále sportovní aktivity (na všech úrovních) apod. Patří sem také programy zaměřené na zlepšení životního stylu. Všechny tyto programy by existovaly a byly žádoucí i v případě, že by neexistoval např. problém zvaný drogová závislost, tj. i v takovém případě je smysluplné tyto programy rozvíjet a podporovat.

Specifická primární (proti)drogová prevence

Je zaměřená specificky na určitou formu nežádoucího chování, kterému se snaží předcházet nebo omezit jeho nárůst (případně snížit výskyt).

Explicitně se zaměřuje na:

- určité cílové skupiny a snaží se hledat způsoby, jak předcházet výskytu určité specifické formy nežádoucího chování, např. užívání drog nebo alespoň posunout výskyt takového jevu do vyššího věku cílové skupiny a účinně tím snížit zdravotní či sociální dopady,
- určité handicapované či vulnerabilní cílové skupiny (z hlediska věku či jiného kritéria, relevantního k výskytu jevu, jemuž chceme předcházet).

Sekundární drogová prevence je vlastně vyhledávání problému, který již vznikl a jeho léčba. Tedy jak pomoci těm, kteří již nepravidelně nebo pravidelně drogy berou a najít cestu zpět do života bez drog. Pro uživatele drog je vytvářen určitý systém odborné pomoci, kde jeho jednotlivé složky nabízí odlišné služby.

Jednotlivá zařízení pro pomoc uživatelům drog:

- **linky telefonické pomoci** – slouží pro první kontakt, radu, pomoc v krizi a podle druhu problému odkazují a nabízejí služby dalších, specializovaných pracovišť,
- **poradci** – jsou ve většině našich základních a středních škol, jejich úkolem je kromě zajišťování adekvátní primární prevence také mapování situace na konkrétní škole a včasné podchycení jedinců, kteří již s drogou mají zkušenost, poté kontaktují odpovídající zařízení a rodiče a zajistí intenzivnější primární prevenci na škole,
- **alkoholicko-toxikologické poradny** – bývají součástí psychiatrických oddělení a zabývají se převážně poruchami v souvislosti s užíváním alkoholu a postupně se orientují i na jiné nealkoholové drogy,
- **kontaktní centra** – jsou určena přímo drogové klientele, u které není jiný poradenský přístup vhodný, nutný nebo možný, kontaktu se užívá k podchycení, k motivování ke změně, popř. zařazení do odpovídajícího léčebného programu,
- **detoxikační jednotky** – jejich smyslem je zbavit organismus návykové látky, pomoci jedinci překonat možné odvykací příznaky a připravit jej na další léčbu,
- **denní stacionář** – je určen pro pacienty, pro které v danou chvíli není nutný nebo možný pobyt v lůžkovém zařízení a běžná ambulanti nebo poradenská péče je pro ně málo intenzivní, jeho činnost se převážně skládá z individuální a skupinové terapie, sociální terapie a základního medicínského servisu,
- **ústavní léčba** – skýtá pro narkomana bezpečnější ochranné prostředí, je zde k dispozici odborná péče a organizovaný program, délka léčby je určována podle individuální situace jedince, kdy se bere do úvahy řada faktorů jako např. délka drogové kariéry, délka abstinence, předchozí recidivy, zdravotní stav pacienta, jeho vlastní přístup k léčbě, sociální zázemí,
- **terapeutické komunity** – zde probíhá dlouhodobý léčebný a resocializační program, pacient se co nejaktivněji podílí na léčbě, vytváří se zde obousměrná komunikace mezi pacientem a jednotlivými členy terapeutického týmu a mezi pacienty navzájem, prvotní tu není překonání problému s drogou, ale proces, který pomáhá dynamickému rozvoji osobnosti,
- **doléčovací a resocializační centra** – jsou určena pro klienty, kteří prošli určitým typem léčby, podle individuálních případů trvá doléčovací program od dvou měsíců do jednoho roku,

- **zařízení azylového typu** – sem na přechodnou dobu přicházejí závislí jedinci, kteří drogy brát chtějí, domov ztratili, nikdo o ně nestojí a sami o sobě nejsou momentálně schopni jakékoliv výraznější změny současného životního stylu,
- **anonymní narkomani** – jedná se o mezinárodní organizaci (Narcotics Anonymous), obdobnou Anonymním alkoholikům, lidé se zde scházejí ve skupinách, kde pracují anonymně, jsou soběstační a nejsou vedeni profesionály, skupina je otevřena všem, kdo chtějí drogy přestat brát.

V **terciální drogové prevenci** jde v podstatě o jakési, co možná největší zmírnění důsledků, které užívání drog způsobuje. V programu zvaném *Harm reduction* se počítá s tím, že tu jsou lidé, kteří své braní drog dosud nevidí anebo nechtějí vidět jako problém a tudíž ani necítí potřebu se léčit.

V rámci dalších programů se např. provádí výměna použitých stříkaček a jehel za nové. Pouhá nabídka čistých jehel a stříkaček ovšem nestačí. Je nutný určitý tlak a neustálé opakování a vysvětlování, aby daní jedinci nové stříkačky a jehly opravdu používali. Ve větších městech existují týmy pracovníků (street workers), kteří chodí na místa, kde se narkomani scházejí a kromě výměny jehel a stříkaček, vysvětlování a rozdávání tištěných letáčků s jednoduchými informacemi, navazují kontakt a zvou do středisek. Nežádka jsou to první kroky narkomana k léčbě.²⁰

Mezi nejčastější terciární prevenci se řadí program Harm reduction, terénní programy (streetwork) a substituční léčba.

Substituční léčba je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky (např. užívání heroínu je nahrazeno užíváním metadonu) nebo může jít o substituci škodlivého způsobu aplikace drogy za méně škodlivý (např. cigarety jsou nahrazeny nikotinovými náplastmi), případně je to kombinace obou způsobů (např. injekční užívání heroínu je nahrazeno užíváním metadonu, který je podáván jako nápoj).

²⁰ BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L. *Sociální práce na ulici (streetwork)*. 1. vyd. Brno: Doplněk, 2000, 102 s. ISBN 80-7239-048-1.

Cílem substituce je eliminování užívání určité, především ilegální, drogy nebo eliminace škodlivé formy podávání drogy, která je provázena výraznými zdravotními riziky (injekční užívání).

3.2 Prevence ve škole

Dobrá a pohotová spolupráce s rodiči. Škola pohotově oznámí rodičům výkyvy v prospěchu dítěte, změny v chování nebo jiné alarmující příznaky, které pomáhají rodičům včas a účinně reagovat. Drogová prevence by měla být součástí učiva vybraných předmětů (k tomu i metodické proškolení pedagogů). Příprava a organizace besed s odborníky v oblasti drogových závislostí.

Informace o drogách a drogových závislostí by se měly dětem předávat od základní školy, kdy je vytvářen jejich hodnotový systém. Školní věk a puberta (6 až 16 let) je období formování vrstevnických vztahů a pravidel skupinového chování, formování vztahů mezi pohlavími, tvorba zájmů a postojů, vznik vztahu zodpovědnosti, počátek emancipace od rodiny, vyhocení konfliktu zájmů, vznik problémů sociální identity. Informace poskytované dětem tohoto věku by měly být velmi konkrétní. Je třeba pokračovat ve zdůrazňování hodnoty lidského zdraví a vštěpovat jim přání být zdravý. Postupně je třeba informace transformovat v pravidla a návyky a srozumitelně je vysvětlovat. Ještě později nabývá na významu získávání individuálních a sociálních dovedností. Cílená prevence zaměřená proti škodám způsobených alkoholem, tabákem a jinými drogami by měla začínat právě v tomto věku. **Účinnost prevence se zvýší, je-li zahájena 2 – 3 roky před prvním kontaktem s drogou.** Mnoho informací o drogách působí u žáků a studentů pocit „přesycenosti“ těmito informacemi a tedy jejich podceňování.

Organizace volného času (zájmové kroužky v různých oblastech). „Děti, které navštěvují školní družiny a kluby, zájmové oddíly a kroužky, uskutečňované v rámci školských zařízení, patří spíše k populaci bez závažnějších poruch chování a delikvence“. ²¹ Besedy a konzultace pedagogů a rodičů na třídních schůzkách. Informace v masmédiích (o pořadech v TV, o článkách v tisku, doporučení vhodné

²¹ BÁRTOVÁ, J. Prevence není nikdy dost. Praha: SPORTPROPAG, 1996. str. 8

beletrie z oblasti drogové problematiky), dodržování pravidel školního řádu (zákaz kouření, pití alkoholu, prodeje drog apod.). Podává praktické rady, jak odmítat nabízené drogy, jak poskytnout první pomoc, na koho se obrátit, informace o formách pomoci v tísni (linka důvěry, poradny, krizová centra atd.).

Mládež přijímá nejčastěji drogy od lidí, ke kterým má vytvořenou emocionální vazbu, lidí z jejich primárního sociálního okolí. Většinou jde o přátele, příbuzné a sousedy. Tato skupina má však i druhou funkci, a to vysokou míru sociální kontroly nad jedinci, kteří jsou jejími členy. Záleží pak na hodnotách, jež jsou v dané skupině vyznávány. Vhodným příkladem jsou například akce v rámci peer programů za aktivní účasti předem připravených vrstevníků. Peer aktivisté (dobrovolní mladí spolupracovníci) se zaváží, že nebudou kouřit, pít alkohol, konzumovat drogy. Během přípravy na svou činnost se nejen seznámí s drogovou problematikou, ale osvojí si také dovednosti týkající se práce ve skupině, řešení problémů, komunikace a vedení druhých. Studenti tak naslouchají těmto připraveným spolužákům s větším zájmem a důvěrou než při vystupování dospělých (tento program je určen především pro střední školy). Uvedené aktivity ve škole organizuje a koordinuje výchovný poradce nebo školní psycholog. Řada pedagogů je v oblasti primární prevence proškolená, ale i přesto je nutné další kontinuální vzdělávání, odborné konzultace a profesionální zdokonalování. Prioritou vzdělávacích programů pro učitele a výchovné pracovníky není pouze poskytování informací a metodik k jejich předávání, ale především vytvoření přirozených a odpovědných postojů k drogám a drogově závislým. Je nutné nabídnout pedagogickým pracovníkům vzdělávací programy zaměřené na zvládání situací souvisejících s drogami ve školách a školských zařízeních věcně, bez afektů a emocí (zážitkové programy, nácviky řešení konkrétních situací).²²

3.3 Prevence ze strany veřejnosti

Cílem je zvýšit drogové povědomí na určitém území pomocí místních vlivných osobností, občanských sdružení, zájmových iniciativ a důležitých institucí. Obecná informovanost naší veřejnosti o drogách je již zásluhou všech zainteresovaných celkem dobrá a otevřenější, než tomu bývalo. Hromadné sdělovací prostředky přinášejí

²² SKOKANOVÁ, D. Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje. Olomouc, 2004 str. 16

podrobné zprávy o konkrétních závažných událostech z „drogové scény“, a to i o úmrtích či trestných činech narkomanů, atd. Takové informace mají upozorňující, odstrašující i mobilizující účinek. Základem by měla být výchovná činnost, která se musí zaměřit na každou skupinu obyvatelstva. Jinak je třeba postupovat a následně argumentovat u střední a starší generace, jinak u teenagerů, jinak u laiků, dětí, mládeže a rodičů.

Cílem této prevence není poskytnout informace za každou cenu, ale pomoci experimentátorovi a závislému, aby rozhodl o svém zdraví. Preventivní úsilí i léčebná opatření mohou být úspěšná jen tehdy, udrží-li se mezi obyvatelstvem široký konsensus o tom, že **drogy nelze do naší společnosti integrovat.**

Rodina může poskytnout dítěti i mladistvému nutnou jistotu v těžkých chvílích. Proto je ovšem třeba, aby rodiče i učitelé měli potřebnou podporu a ochranu pro svůj nesnadný úkol, aby jejich úsilí nebylo ohroženo a ničeno klimatem, jež drogy akceptuje.

V případě prevence do určité míry mají význam i intermediátoři. Jsou to osoby schopné mít vliv na druhé v přímém styku nebo prostřednictvím hromadné komunikace (vedle rodičů a pedagogů i např. trenéři, herci, politici, lékaři...). Velký význam pro prevenci se přikládá mladým lidem jen o málo starším než je cílová populace anebo přímo vrstevníkům, kteří jsou přirozenou autoritou. Využívá se peer programů, které jsou však náročné jak na trénink, tak na způsob jejich výběru, ale zato se pokládají za jedny z nejúčinnějších.²³

Někdy se do role intermediátorů staví bývalí uživatelé drog, tzv. „ex-useři“. Tito by měli působit zejména v oblasti sekundární nebo terciární prevence, kde cílová skupina již má určité zkušenosti s drogami.

²³ <http://www.adam.cz/>

4. Empirická část

4.1 Cíle a předpoklady průzkumu

Cílem mého výzkumu byla analýza drogové zkušenosti u středoškolské mládeže ve Vyškově. Rovněž zjištění jaký postoj studenti zaujímají k preventivním protidrogovým programům probíhajících ve školách.

Stanovení hypotéz

- H1 Pravidelně kouří tabák více chlapců než dívek
- H2 Studenti ze Střední odborné školy a Středního odborného učiliště ve Vyškově užívají drogy častěji než studenti Gymnázia a Střední zdravotnické a zemědělsko-ekonomické školy ve Vyškově
- H3 Rodiče chlapců i dívek se nezajímají o to, s kým jejich děti tráví volný čas
- H4 Studenty SOŠ a SOU, gymnázia, zdravotnické a zemědělsko-ekonomické školy nezajímají protidrogové preventivní programy na školách.

4.2 Popis metody

Drogovou situaci jsem zjišťoval pomocí anonymních dotazníků a pohovorů za úzké spolupráce pracovníka preventivně informační skupiny Policie ČR. Výzkumu se účastnilo 501 dětí ve věku 15-19 let z Gymnázia Vyškov, Střední zdravotnické a zemědělsko-ekonomické školy Vyškov, SOŠ a SOU Vyškov, které mají trvalé bydliště ve vyškovském regionu.

4.3 Popis souboru respondentů

Cílovou skupinou respondentů tvoří studenti a učni 1. a 3. ročníků středních škol a učiliště ve městě Vyškov, tedy mládež ve věku 15 – 19 let. Ročníky byly zvoleny záměrně, aby byly pokryty stejné věkové kategorie na středním odborném učilišti, středních odborných školách a gymnáziu.

Tabulka č. 1: Počet dětí ve věku 15 – 19 let na SOU Sochorova, Vyškov

chlapci	7
dívky	4
celkem	11

Tabulka č. 2: Počet dětí ve věku 15 – 19 let na Střední škole zdravotnické Vyškov

chlapci	44
dívky	47
celkem	91

Tabulka č. 3: Počet dětí ve věku 15 – 19 let na Střední škole zemědělsko-ekonomické Vyškov

chlapci	75
dívky	64
celkem	139

Tabulka č. 4: Počet dětí ve věku 15 – 19 let na SOŠ Sochorova, Vyškov

chlapci	76
dívky	27
celkem	103

Tabulka č. 5: Počet dětí ve věku 15 – 19 let na Gymnáziu Vyškov

chlapci	41
dívky	116
celkem	157

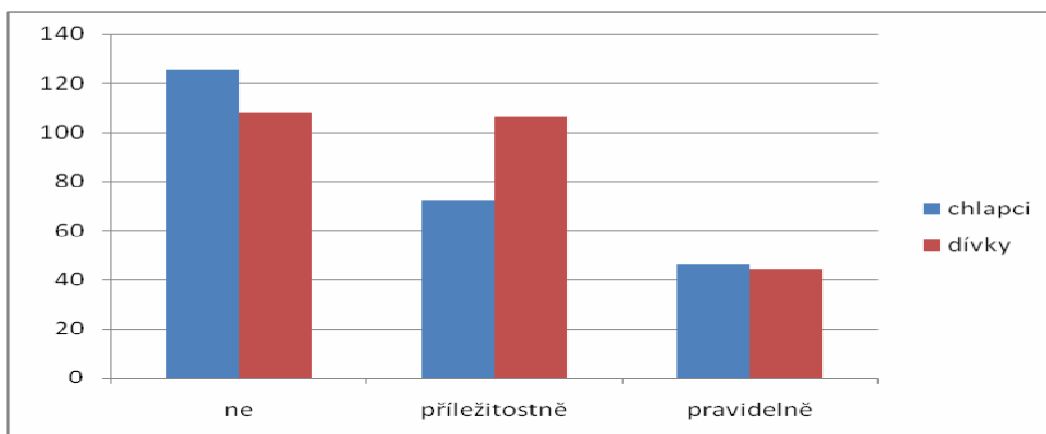
Tabulka č. 6: Celkový počet zapojených respondentů ve věku 15 – 19 let na školách ve Vyškově

	chlapci	dívky	celkem
SOŠ a SOU	83	31	114
Gymnázium	41	116	157
Zdrav. a zeměděl.-ekon	119	111	230
celkem	243	258	501

Výzkum byl realizován na uvedených středních školách a učilišti ve Vyškově

Tabulka č. 7: Kouření cigaret v posledních 30 dnech

TABÁK	chlapci	dívky	celkem
ne	125	108	233
příležitostně	72	106	178
pravidelně	46	44	90
celkem	243	258	501



Z uvedené tabulky i grafu vyplývá, že pravidelně kouří přibližně stejné množství dívek i chlapců. Přičemž příležitostně si cigaretu zapálí více dívek jak chlapců. Stanovením hypotézy H1 jsem si dal za cíl zjistit, zda pravidelně kouří více chlapců jak dívek. Na základě výsledků mohu konstatovat, že **Hypotéza H1 se nepotvrdila**. Bohužel však v kategorie potenciální závislosti jsou více ohroženy dívky jejichž počet převažuje u příležitostného kouření.

Tabulka č. 8: Počet respondentů, kteří alespoň jedenkrát zkusili drogu

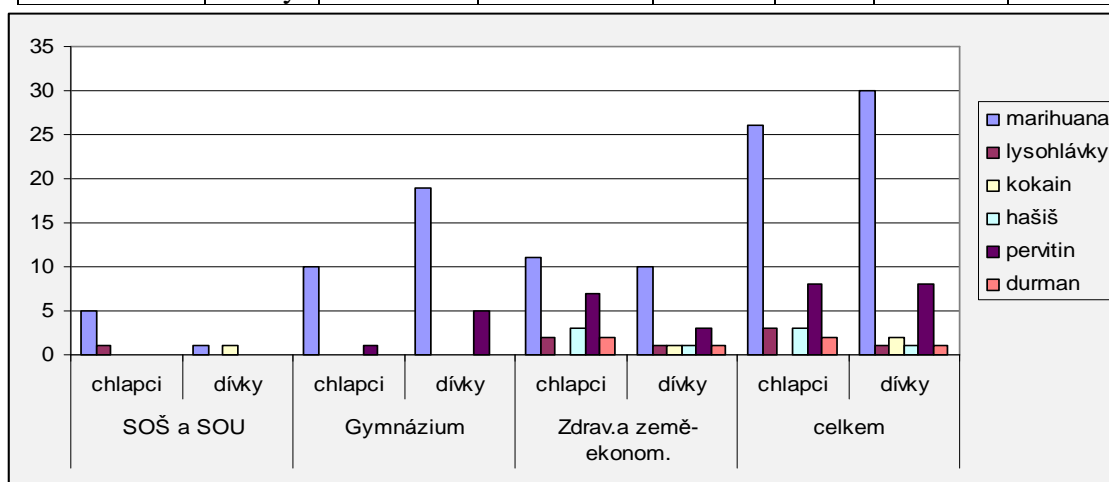
		ANO	NE	Vyjádření v % celkem za chlapce i dívky, užití drogy
SOŠ a SOU	chlapci	6	77	7,01 %
	dívky	2	29	
Gymnázium	chlapci	11	30	22,29 %
	dívky	24	92	
Zdrav. a zemělsko – ekonomická	chlapci	25	94	18,26 %
	dívky	17	94	
celkem	chlapci	42	201	16,96 %
	dívky	43	215	

Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu respondentů 16,96% již alespoň jedenkrát okusilo drogu.

Průzkum ukázal, že nejvíce uživatelů drog vzhledem k počtu respondentů je na Gymnázium Vyškov. Jako druhá v tomto hodnocení skončila Střední zdravotnická a zemědělsko-ekonomická škola Vyškov a poslední je SOŠ a SOU. Z uvedených údajů tedy mohou konstatovat, že **hypotéza H2 se nepotvrdila.**

Tabulka č. 9: Drogy, které respondenti vyzkoušeli

		marihuana	lysohlávky	kokain	hašiš	pervitin	durman
SOŠ a SOU	chlapci	5	1				
	dívky	1		1			
Gymnázium	chlapci	10				1	
	dívky	19				5	
Zdrav.a země-ekonom.	chlapci	11	2		3	7	2
	dívky	10	1	1	1	3	1
celkem	chlapci	26	3		3	8	2
	dívky	30	1	2	1	8	1



Nejčastěji mládež sáhne po měkké droze – marihuaně. Bohužel se vyskytly i případy užití tvrdých drog, kde riziko vzniku závislosti je již vysoké.

Tabulka č. 10: Jak často respondenti drogy užívají

	SOŠ a SOU		Gymnázium		Zdrav.a zem-ekon.		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
výjimečně	5	1	9	19	16	13	30	33
občas	1	1	2	5	9	3	12	9
často						1		1
pravidelně								

Tabulka č. 11: Způsob aplikace drog

	SOŠ a SOU		Gymnázium		Zdrav.a zem-ekon.		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
kouřením	5	2	9	19	17	14	31	35
injekčně					5	2	5	2
čicháním								
požitím	1		2	5	3	1	6	6

Nejčastější aplikace drog je kouření, což potvrzuje i zjištěná skutečnost, že největší počet respondentů užívá jako drogu marihuanu . (viz tab. č. 9)

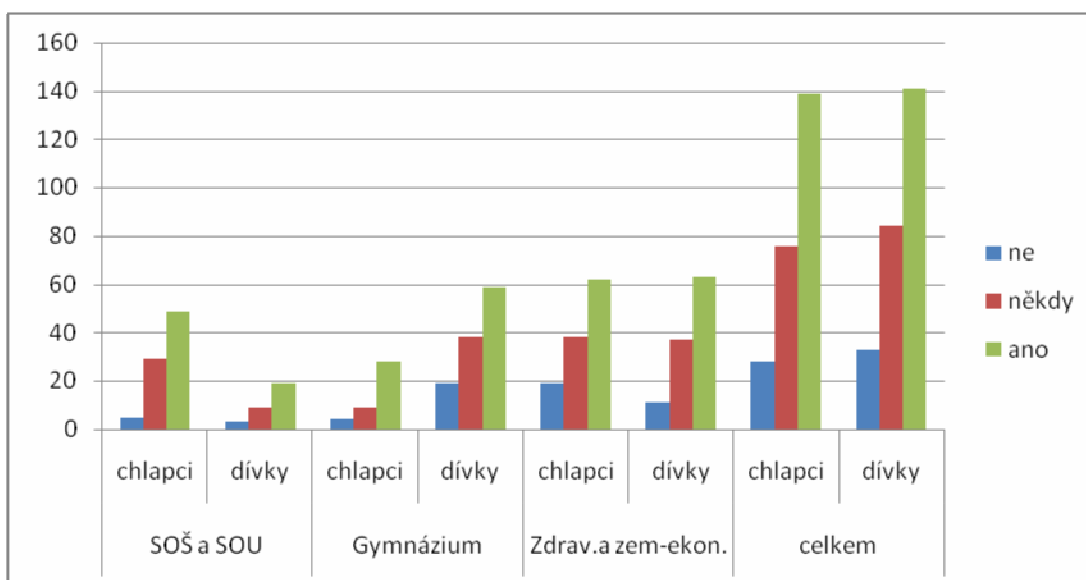
Tabulka č. 12: S kým respondenti drogy užívají

	SOŠ a SOU		Gymnázium		Zdrav.a zem-ekon.		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
sám	1		2	4	4	2	7	6
s kamarády	5	1	9	20	19	14	33	35
s partnerem		1			2	1	2	2

Protože ve většině případů chlapci i dívky užili drogy s kamarády, je důležité aby rodiče měli přehled s kým a kde tráví jejich děti svůj volný čas. Tomu odpovídalo i další šetření.

Tabulka č. 13: Vědí rodiče s kým a kde trávím volný čas

	SOŠ a SOU		Gymnázium		Zdrav.a zem-ekon.		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
ne	5	3	4	19	19	11	28	33
někdy	29	9	9	38	38	37	76	84
ano	49	19	28	59	62	63	139	141



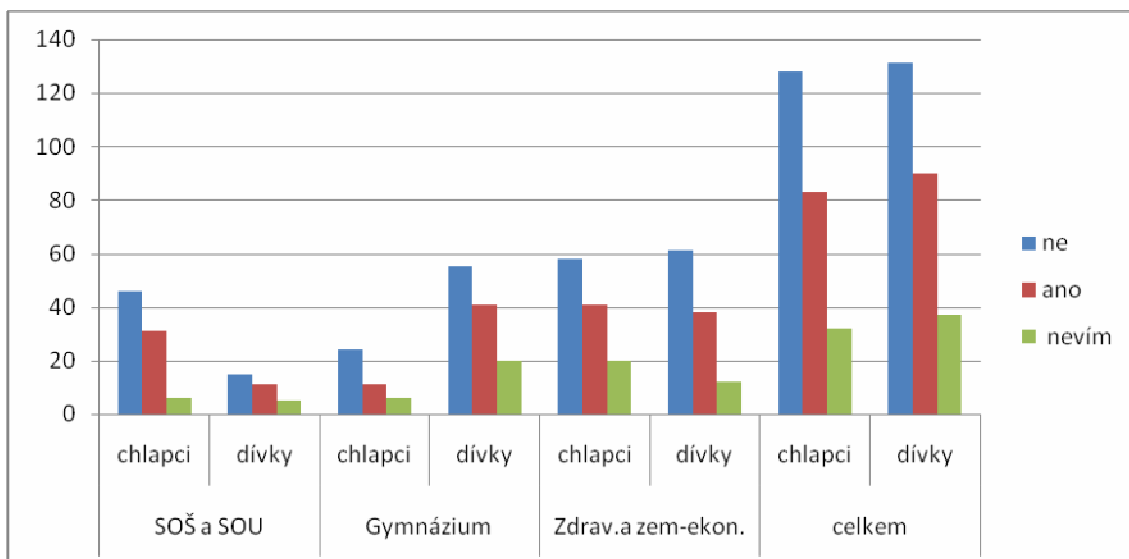
Přehled v tabulce i grafu ukazuje, že více jak polovina respondentů, 139 chlapců a 141 dívek (tzn. 55,88%) odpověděla, že rodiče vědí, kde a případně s kým tráví jejich děti svůj volný čas. U pouhých 61 studentů, tzn. 12,17% rodiče nevědí s kým tráví jejich děti svůj volný čas.

Z tohoto důvodu lze konstatovat, že **hypotéza H3 se nepotvrdila**.

Rodiče většinou vědí s kým a kde tráví děti svůj volný čas, což je dobrý základ prevence a podchycení případných prvotních rizik.

Tabulka č. 14: Myslíš si, že preventivní programy na předcházení drogových závislostí (přednášky, projekty, besedy,..) probíhající na školách mají nějaký smysl?

	SOŠ a SOU		Gymnázium		Zdrav.a zem-ekon.		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
ne	46	15	24	55	58	61	128	131
ano	31	11	11	41	41	38	83	90
nevím	6	5	6	20	20	12	32	37



Z uvedené tabulky je zřejmé, že více jak polovina dotazovaných studentů si myslí, že preventivní programy nemají žádný smysl. Měli by se nad tím zamyslet pedagogové a výchovní pracovníci, kteří tyto preventivní programy připravují. Preventivní programy by měly studenty zaujmout, a ne aby si pouze student odeseděl tzv. „znuděnou“ besedu o předcházení drogových závislostí. Předané informace na těchto akcích, by mládež měla natolik odradit, aby po drogách nikdy nesáhla. Z tohoto důvodu lze konstatovat, že **hypotéza H4 se potvrdila**.

4.4 Popis výsledků

Závěry hypotéz

Hypotéza H1: Pravidelně kouří více chlapců než dívek.

Zajímalo mě, zda kouří více chlapců než dívek. Z výzkumného šetření vyplynulo, že kouří přibližně stejné množství dívek i chlapců. Z tohoto důvodu bylo nutné konstatovat, že hypotéza H1 se **nepotvrdila**.

Hypotéza H2: Studenti ze Střední odborné školy a středního odborného učiliště Vyškov, užívají drogy častěji než studenti Gymnázia, Střední zdravotnické a zemědělsko-ekonomické školy ve Vyškově.

Provedeným šetřením se zjistilo, že studenti ze střední odborné školy a středního odborného učiliště užívají drogy méně, než studenti gymnázia a střední zdravotnické

a zemědělsko-ekonomické školy. Z tohoto důvodu lze konstatovat, že hypotéza H2 se **nepotvrdila**.

Hypotéza H3: Rodiče chlapců i dívek se nezajímají o to, s kým jejich děti tráví volný čas.

V rámci šetření bylo sledováno, zda rodiče mladistvých znají kamarády svých dětí a vědí jak tráví volný čas. Výsledek ukázal, že více jak polovina respondentů odpověděla, že rodiče vědí, kde a případně s kým tráví svůj volný čas. Na základě této skutečnosti lze rovněž konstatovat, že hypotéza H3 se **nepotvrdila**.

Hypotéza H4: Studenty SOŠ a SOU, gymnázia, zdravotnické a zemědělsko-ekonomické školy nezajímají protidrogové preventivní programy na školách.

Rovněž mě dále zajímalo, zda ty, které již absolvovali podle nich plní účel. Výzkumem bylo zjištěno, že více jak polovina dotazovaných studentů si myslí, že preventivní programy nemají žádný smysl a nijak zvláště je nezaujaly. Závěrem lze konstatovat, že hypotéza H4 se **potvrdila**.

4.5 Souhrn výsledků a interpretace

Výzkum potvrdil, že drogy by neměly uniknout pozornosti výchovným pracovníkům jednotlivých škol. Vyčkávání není na místě. Je třeba zesílit aktivity zaměřené na prevenci, která by mohla částečně vycházet z výše zjištěných údajů. Důležité bude zvolit takovou formu prezentace, která bude natolik atraktivní, že osloví co největší počet mladých posluchačů a jejich přímého zapojení do preventivní činnosti. Nejde o to, aby si jen vyslechli nějakou přednášku, ale uvědomili si především riziko spojené s užíváním drog a sami se stali nositeli této myšlenky a šířili ji dál v řadách svých vrstevníků.

Situace se bude nadále vyvíjet a je třeba počítat s tím, že získaná data mají omezenou platnost. Pro aktualizaci dat bude třeba výzkum za půl roku, maximálně za rok zopakovat.

Závěr

V dnešní době jistě nikdo nebude pochybovat o tom, že drogy ve škole jsou nezanedbatelným problémem. Nejvíce rizikovou sociální skupinou pro užívání drog je období dospívání neboli adolescence. Adolescence je v životě člověka velice obtížné období, plné náročných situací, které musí řešit. Dospívající nechce být dítětem, ale neumí být dospělým, hledá smysl života, má v hlavě zmatek a nespokojenost. Jednou z možností jak tyto problémy řešit je sáhnout po návykové látce.

Drogová závislost vzniká kombinací osobnosti člověka (její charakteristikou), vlivy prostředí (rodina, škola, vrstevníci, kamarádi, parta, ...) a přítomností drogy (legální – alkohol, tabák, káva či nelegální – marihuana, pervitin, kokain, heroin, apod.)

Nejúčinnějším nástrojem boje proti drogám je včasná prevence. V práci je rozpracována prevence primární, sekundární a terciární. V primární prevenci je řešena prevence v rodině, dále prevence ve škole a ze strany veřejnosti. Sekundární prevence spočívá v rozpoznání varovných signálů, které naznačují braní drogy a v koordinaci činností při pomoci a léčbě. V poslední terciární prevenci jde o co největší zmírnění škod způsobených braním drog. Nelze ji chápat jako řešení, ale jako volbu menšího zla.

Situace není kritická, ale nelze ji podceňovat. Samozřejmě si to uvědomuje každý rodič, ale teprve až při přímém setkání s uživatelem dochází k reakci. Problémů v rodině je celá řada, a pokud věc není přímo aktuální, tak je mimo zorný úhel.

Bakalářskou prací jsem se snažil co nejlépe dosáhnout cílů stanovených v úvodu. Zde musím konstatovat, při shromáždění a zpracování podkladů a materiálů vyšlo najevo, že tento problém je značně obsáhlý, různorodý i citlivý. Snažil jsem se zde zahrnout nejdůležitější části tohoto negativního jevu a i tak jsem se ho dotkl pouze okrajově. Zcela rozebrat a posoudit tuto záležitost si vyžádá další studium materiálů a provedení výzkumu jak mezi osobami závislými na užívání drog, tak i mezi osobami, které se přímo podílejí na prevenci drogové závislosti.

Resumé

Bakalářská práce se zabývá problematikou drog a drogovou závislostí. Je rozčleněna do čtyř kapitol, z nichž čtvrtá je věnována vlastnímu výzkumnému šetření. V teoretické části se snažím vysvětlit pojem „droga“. Uvádím dělení drog se stručným popisem jejich účinků a následků. Popisuji drogovou závislost a její příčiny. Velká pozornost v této práci je věnována drogové prevenci. Je zde zpracována prevence primární, sekundární a terciální.

Uvádím a popisuji hlavní příčiny, jež vedou k toxikománii mezi mládeží. Na tomto rozhodnutí se velice podílí jak samotná osobnost uživatele, tak i sociální prostředí, z něhož vzešel a v němž se nachází, přičemž právě mezi dětmi a dospívající mládeží se vytváří hlavní rizikové skupiny možných uživatelů drog.

Konec práce je zaměřen na možné způsoby odstranění či zmírnění tohoto negativního jevu ve spojení s různými typy prevence, jakož i možné způsoby řešení ožehavého problému.

Anotace

Gryc Dušan. Drogová problematika a rodinné prostředí středoškoláků. Bakalářská práce. Brno: UTB, 2009, s. 48.

Bakalářská práce na téma „ Drogová problematika a rodinné prostředí středoškoláků“.

Obsahem práce je problematika Drogové závislosti a v souvislosti s ní rodinné prostředí žáků středních škol, rovněž naznačení hledání cest a možnosti prevence v boji s drogovou závislostí mládeže.

Klíčová slova

Drogová závislost, výchova, rodina, mládež

Annotation

Last Name: Gryc

First Name: Dušan

Bachelor's thesis on the topic „Drug addiction and family environment of high school.“ The wor drug addiction in the context of the family environment of secondary school pupils, also indical finding ways to prevent and fight youth drug addiction.

Keywords:

Drug addiction, upbringing, family, youth.

Seznam použité literatury

1. BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L. *Sociální práce na ulici (streetwork)*. 1. vyd. Brno: Doplněk, 2000, 102 s. ISBN 80-7239-048-1.
2. BÁRTOVÁ, J. *Prevence není nikdy dost*. Praha: SPORTPROPAG, 1996.
3. ELLIS, A. *Člověče, neboj se*. Praha: Lidové noviny 2001.
4. CHMELÍK, J. a kol. *Drogová kriminalita*. 1. vyd. Praha: Úřad vyšetřování pro ČR, Ministerstvo vnitra ČR – odbor personální práce a vzdělávání, 1999, 96 s., metodická pomůcka.
5. JOHN, R.; PRESL, J. *Drogy!* Praha: MEDEA KULTUR, 1996.
6. KALINA, K.; aj. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.
7. KALINA, K.; aj. *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.
8. KLIMPL, P. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada 1998.
9. MILLER, W., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN. 2003
10. NEŠPOR, K. *Jak pomoci dětem odmítat alkohol a drogy aneb Prevence v rodině*. Jihlava: IDEA 1996.
11. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L.; aj. *FIT IN 2001 PLUS*. Praha: BESIP, 1996.
12. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L.; PERNICOVÁ, H. *Prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha: BESIP 1996
13. PEŠEK, R. et al. *Drogová závislost aneb Rychlý běh na krátkou trať*. Písek: Arkáda – sociálně psychologické centrum. 2007
14. PRÁŠKO, J., PRÁŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada Publishing. 1996
15. PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha: MAXDORF, 1994
16. SKOKANOVÁ, D. *Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje*. Olomouc, 2004.
17. ŠEDIVÝ, V., VÁLKOVÁ, H. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše Vojsko, 1988

1. <http://www.adam.cz/>
2. http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc/primarni_prevence/
3. <http://www.kampomaturite.cz/index.asp?menu=867>
4. http://www.mvcr.cz/aktualit/regiony/praha/2000/krim_ml.html
5. http://www.mvcr.cz/casopisy/kriminalistika/2001/01_04/drogy.html
6. <http://www.seminarky.cz/>
7. <http://ww.stripky.cz/drogy/drogy.html>
8. <http://sweb.cz/hamham91/kriminalitamladeze.htm>

Odpověď označte křížkem

Vyplňoval: chlapec

vka

1. Kouřil (a) jsem cigarety v poledních 30 dnech:

Ne

Příležitostně

Pravidelně

2. Alespoň jedenkrát jsem okusil drogu

Ano

Ne

3. Označ název drogy, kterou jsi okusil

Marihuana

Lysohlávky

Kokain

Hašiš

Pervitin

Durman

4. Jak často drogu užívám

Vyjímečně

Občas

Často

Pravidelně

5. Jak si drogu aplikuji

Kouřením

Injekčně

Čicháním

Požítím

6. S kým drogu nejčastěji užívám

Sám

S kamarády

S partnerem

7. Vědí rodiče s kým a kde trávím volný čas

Ne

Někdy

Ano-vždy

8. Myslíš si, že přednášky nebo pořad, které jsi dosud absolvoval mají nějaký smysl a rozšíří tvé znalosti o drogách, tak aby jsi po nich nesáhl

Ne

Ano

Nevím