

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Důsledky zneužívání návykových látek mladistvými  
dívkami**

**The consequences of addictive substance abuse by  
underage girls**

Vedoucí práce: doc. PhDr. Petr Sak, CSc.

Autor: Anna Miháliková

Praha 2015

### **Poděkování**

Mé poděkování patří vedoucímu mé bakalářské práce doc. PhDr. Petru Sakovi, CSc. za jeho cenné připomínky, ochotu a trpělivost, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce v průběhu konzultací věnoval.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci Důsledky zneužívání návykových látek mladistvými dívkami vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Jméno autora

## **Anotace**

Bakalářská práce pojednává o tom, jaké mohou plynout důsledky z užívání návykových látek u mladistvých dívek, které procházejí složitým životním obdobím.

Teoretická část pojednává o nejčastějších rizikových jevech plynoucích z užívání. Za nejčastější se považují krádeže, záškoláctví, bezdomovectví, gambling a prostituce. Práce se zabývá nejvíce zneužívanými návykovými látkami, se kterými se vychovatelka u mladistvých dívek v diagnostickém ústavu v posledních letech setkává. Mezi ně patří alkohol, tabák, stimulancia, THC, MDMA a jiné drogy „technoscény“, LSD, těkavé látky a opiáty. Autorka této práce vycházela z případových studií, které byly sestaveny na základě rozhovorů.

Tato práce pojednává o návykových látkách v širším pojetí, tudíž zahrnuje i historii zneužívání návykových látek a zdravotní, sociální a psychické důsledky zneužívání.

V praktické části se autorka zaměřuje na případové studie dvou dívek umístěvaných v ústavní výchově. Následně vyhodnocuje závěrečné řešení obou případů.

## **Klíčová slova**

*Návykové látky, mladistvý, trestní odpovědnost, výchovný ústav, diagnostický ústav, závislost, trestní právo, drogy*

## **Annotation**

This Bachelor's Thesis discusses the possible consequences of addictive substance abuse by underage girls going through a difficult period of their life. The theoretical part of the thesis discusses the most common risk factors involved in the usage. Among these are theft, truancy, homelessness, gambling and prostitution. The thesis also discusses the most commonly abused addictive substances typically encountered by mentors of underage girls at a diagnostic institution during the last few years. Among those are alcohol, tobacco, stimulants, THC, MDMA and other "techno-scene" related drugs, LSD, volatile substances and opiates. This thesis is partly a result of case studies based on interviews. It takes a wider perspective on addictive substances and, as a result, includes an overview of the history of addictive substance abuse and health, social and psychological consequences of the abuse. In the practical part, the author focuses on case studies of two girls undergoing institutional upbringing. Subsequently, the solutions to both cases are evaluated.

## **Key words:**

Addictive substances, adolescent, criminal liability, pedagogic institute, diagnostic institute, addiction, criminal law, drugs

# OBSAH

ÚVOD.....	12
1 VÝKLAD POJMŮ .....	13
1.1 Pojmy: droga, závislost, toxikománie, úzus, abúzus, tolerance, bažení, adiktologie .....	13
1.1.1 Droga.....	13
1.1.2 Závislost, toxikománie .....	14
1.1.3 Úzus, abúzus.....	14
1.1.4 Tolerance .....	15
1.1.5 Bažení (craving) .....	15
1.1.6 Adiktologie.....	15
2 TRESTNÍ PRÁVO, TRESTNÍ ODPOVĚDNOST .....	16
2.1 Mladistvá osoba, trestní odpovědnost mladistvých .....	16
3 ÚSTAVNÍ VÝCHOVA.....	18
3.1 Historie.....	18
3.2 Současnost .....	18
3.3 Diagnostický ústav .....	19
3.4 Výchovní ústav .....	20
4 NEJČASTĚJŠÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY, JEJICH HISTORIE A PŮSOBENÍ .....	21
4.1 Alkohol .....	21
4.1.1 Historie .....	22
4.1.2 Současnost.....	22
4.1.3 Klasifikace poruch .....	23
4.1.4 Závislost na alkoholu .....	23
4.1.5 Odvykací stav .....	24
4.2 Opioidy a opiáty .....	24
4.2.1 Projevy při užívání a závislosti .....	25
4.3 Stimulancia .....	26

4.4	Halucinogenní drogy .....	26
4.4.1	Nejčastější halucinogeny.....	27
4.5	Konopné drogy.....	28
4.5.1	Formy .....	29
4.6	Těkavé látky .....	29
4.7	MDMA a jiné drogy „technoscény“ .....	30
4.8	Tabák a závislost na tabáku.....	31
4.8.1	Historie .....	31
4.8.2	Způsoby aplikace.....	31
4.8.3	Důsledky kouření.....	32
4.8.4	Léčba kuřáctví .....	32
4.9	Historický vývoj zneužívání návykových látek.....	32
4.9.1	Drogy ve starých dobách.....	33
4.9.2	Využití drog ve středověku a raném novověku .....	35
4.9.3	Užívání drog v novější době .....	35
5	ZDRAVOTNÍ, PSYCHICKÉ A SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	37
5.1	Zdravotní důsledky zneužívání návykových látek .....	37
5.2	Psychické důsledky vyvolané užíváním návykových látek.....	37
5.3	Sociální důsledky zneužívání návykových látek.....	38
6	SOUČASNÉ TRENDY ZNEUŽÍVÁNÍ DROG U MLADISTVÝCH .....	40
6.1	Záškoláctví.....	40
6.2	Krádeže.....	40
6.3	Prostituce dětí a mladistvých dívek.....	41
6.3.1	Dívčí prostituce.....	42
6.3.2	Dobrovolná dívčí prostituce .....	43
6.3.3	Typy dívčí prostituce.....	43
6.4	Bezdomovectví .....	44

6.4.1	Vlastní zkušenosti z praxe .....	44
6.4.2	Formy bezdomovectví .....	45
6.4.3	Příčiny bezdomovectví .....	46
6.5	Gambling (patologické hráčství).....	46
7	PŘÍPADOVÉ STUDIE .....	48
7.1	Případová studie: Jana .....	48
7.1.1	Rodinná anamnéza .....	48
7.1.2	Školní anamnéza.....	48
7.1.3	Problémy v rodině.....	48
7.1.4	Komunikace s vrstevníky .....	49
7.1.5	Cesta ústavu .....	50
7.1.6	Budoucnost .....	50
7.1.7	Analýza.....	50
7.2	Případová studie: Alena .....	51
7.2.1	Rodinná anamnéza .....	51
7.2.2	Zdravotní anamnéza.....	51
7.2.3	Školní anamnéza.....	51
7.2.4	Parta a drogy .....	51
7.2.5	Přítomnost a vize do budoucna .....	52
7.2.6	Analýza.....	53
7.3	Případová studie Kristýna .....	53
7.3.1	Osobní anamnéza .....	53
7.3.2	Školní anamnéza.....	53
7.3.3	Rodinná anamnéza .....	54
7.3.4	Metoda sběru dat.....	54
7.3.5	Návykové látky a alkohol .....	54
7.3.6	Začátek.....	54
7.3.7	Analýza.....	56



7.4 Závěr k případům.....	56
ZÁVĚR.....	58

## **Seznam zkratk**

DÚ – Diagnostický ústav

VÚ – Výchovný ústav

SVP – Středisko výchovné péče

## ÚVOD

Téma bakalářské práce „Důsledky zneužívání návykových látek mladistvými“ jsem si vybrala z důvodu mého nástupu do Diagnostického ústavu pro mladistvé dívky na pozici asistenta vychovatele, kde pracuji s dívkami s různými problémy. Nejčastěji jsou to však závislosti a experimentování s návykovými látkami. Povedlo se mi tedy propojit praxi v s teoretickými znalostmi získanými na univerzitě. Moje zaměstnání se stalo mou motivací k napsání následujícího textu.

Název práce není specifikován na mladistvé obou pohlaví, ale spíše na mladistvé dívky, protože právě s těmi mám největší zkušenosti z praxe.

Práci pomáhající profese jsem začala vykonávat již při studiu vyšší odborné školy, kdy jsem získala zaměstnání v neziskové organizaci Proxima Sociale o. p. s. Zde jsem byla zaměstnaná po dobu čtyř let na pozici terénní sociální pracovníce s rizikovou mládeží. Soustředila jsem se na mladistvé ve věku 13 - 19 let v tíživé nebo nepříznivé životní situaci. Vyhledávala jsem mladé dívky a chlapce, nejčastěji venku, v jejich přirozeném prostředí a zprostředkovávala pro ně sociální poradenství a pomoc. Zde jsem se velmi často setkávala s jedinci, kteří s drogou experimentovali nebo jí častěji užívali. Drogově závislí nebyla přímo moje cílová skupina, jelikož takoví jedinci potřebovali odbornou pomoc drogových služeb. Bylo však téměř pravidlem, že jsem se každou službu s takovými jedinci setkávala a vedla s nimi rozhovory, popřípadě je odkazovala na příslušná pracoviště.

Předmětem mé následující práce se stalo zkoumání důsledků závislostního chování na omamných látkách u nezletilých mladistvých dívek, jelikož velké procento umístěvaných v diagnostickém ústavu tvoří právě mladistvé dívky užívající návykové látky.

Tuto cílovou skupinu jsem si vybrala, jelikož se domnívám, že mladistvým dokážu porozumět a věnovat se jejich problematice bez jakýchkoliv předsudků, které ve většinové společnosti zaznívají.

Poukazuji na zvýšený výskyt jevů, které jsou společností hodnoceny jako nežádoucí a nepřijatelné. Obecně jsou vnímány negativně, jelikož ohrožují mravnost a morálku společenského vývoje.

V praktické části se věnuji kvalitativnímu výzkumu. Uvádím tři případové studie z praxe, které vznikly na základě rozhovorů s dívkami v diagnostickém ústavu a dolečovacím centru Sananim.

# 1 VÝKLAD POJMŮ

V širším pojetí se ke zkoumanému tématu vztahují pojmy z několika vědních oblastí. Jsou to pojmy z oblasti medicíny, farmakologie, psychologie, pedagogiky, sociální politiky, sociální práce a trestního práva.

## 1.1 Pojmy: droga, závislost, toxikománie, úzus, abúzus, tolerance, bažení, adiktologie

### 1.1.1 Droga

Podle Křivohlavého se k nám termín **droga** dostal z východu. Do Španělska přešel od Arabů (durawa). Ti jej přejali z Persie. V perštině (dárú) znamená totéž jako český termín lék, léčivo (KŘIVOHLAVÝ, 2001). Totéž potvrzuje i *Stručný etymologický slovník jazyka českého*, který podrobněji doplňuje, že přes Araby se pojem přenesl do Španělska s označením droga (koření), odtud do Francie jako drogue, dále do Německa jako droge a teprve odtud k nám (HOLUB a LYER, 1978, s. 141).

Pojem droga definují v současnosti různé obory s malými odlišnostmi. Ve farmakologii je droga látka živočišná nebo rostlinná, která má farmakologický účinek (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 122).

Z medicínského pohledu je droga původně „*sušený rostlinný nebo živočišný materiál určený k léčebnému použití*“ (VOKURKA, HUGO aj., 2008, s. 234). Autoři dále uvádějí ve svém *Velkém lékařském slovníku* nejčastější, užší pojetí v současnosti, které charakterizuje drogu jako látku přírodní nebo syntetickou mající psychotropní efekt, tedy která je schopna vyvolat závislost<sup>1</sup> (tamtéž).

Účinky drog závisejí na charakteru užití látky, formě, množství a způsobu užití. Obraz intoxikace ovlivňuje celá řada faktorů. Můžeme je rozdělit do tří skupin a to na faktory biologické, psychologické a sociální. Mezi biologické faktory patří například aktuální zdravotní stav, kondice nebo osobní dispozice. Za psychické faktory považujeme například aktuální psychické vyladění jedince a jako sociální faktor má

---

<sup>1</sup> Autoři upozorňují i na možnost, že původ slova může být i z holandštiny, kde droog znamená suchý.

velký vliv na jedince prostředí nebo vzájemné vztahy mezi lidmi, mezi kterými dochází k užívání látky (GROHMANNOVÁ., 2007).

### **1.1.2 Závislost, toxikománie**

Vinař uvádí závislost látkovou neboli farmakovou, nelátkovou nebo kombinovanou (cit. dle HARTLA A HARTLOVÉ, 2000, s. 700).

Závislosti na drogách se věnovala celá řada autorů.

Drogovou závislost lze definovat jako postupující chronickou poruchu, která se rozvíjí a posiluje na základě přirozené touhy člověka po změně prožívání. Člověk je zvyklý odjakživa hledat způsoby, jak zintenzivnit svůj prožitek, vyvolat si euforii, slast nebo únik před bolestí či pocity samoty (KŘIVOHLAVÝ, 2001). Tato přirozená touha se může překlenout v nutkavost a zapříčinit tak rozvoj chorobných znaků. Ty se projevují dychtěním po změně prožívání a narušením až ztrátou kontroly.

Podle Vágnerové rozlišujeme dva typy závislosti:

#### a) Psychickou závislost

Znamená opakovaně užívat drogu za cílem uspokojení. Člověku přináší pocit uspokojení.

#### b) Fyzickou (biologickou) závislost

Organismus si na látku postupně zvyká, což se projevuje zvyšující se tolerancí. Kvůli tomu, že organismus reaguje za určitou dobu na původně dostatečné množství drogy nedostatečně, droga jakoby „méně funguje“. Toto vede k nutnosti zvyšovat dávku (VÁGNEROVÁ, 2004).

### **1.1.3 Úzus, abúzus**

Úzus je širší pojem a znamená obecně zvyklost, obyčej, přiměřené užívání a může se týkat buď látek, nebo činnosti (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 661).

Abúzus je nadužívání, zneužívání, oboji se používá ve stejném významu, i když – přesně vzato – zneužívání je vlastně misúzus. Tyto termíny se používají ve spojitosti s nadměrným užíváním psychotropních nebo toxických látek, nebo i jejich užívání v nevhodnou dobu např. v práci (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 15).

Tyto látky se dělí na:

- a) látky bez návyku
- b) látky s návykem.

Podle častosti užívání dělíme tento abúzus na jednorázový, opakovaný, příležitostný, pravidelný a periodický.

#### **1.1.4 Tolerance**

je daleko širší pojem, než je v souvislosti s touto prací. Obecně znamená postoj snášenlivosti k druhým lidem. Zde je míněna tolerance drogová, což znamená míru snášenlivosti k určité droze. U většiny drog tolerance na ně stoupá s dobou jejich užívání, to znamená, aby se vyvolat větší účinek, je třeba postupně s časem požit větší množství drogy (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 622).

#### **1.1.5 Bažení (craving)**

je neodolatelné puzení či silná touha užívat nějakou látku, které dotyčný zcela podléhá a je pro něj v životě na prvním místě (NEŠPOR, 2007). I když je si třeba vědom škodlivosti drogy, není schopen jí odolat, aniž bere ohled na následky. Po stránce morální pak nastává u takového jedince strmý sestup, zpočátku lhaní a podvádění, později i kriminální činy (NEŠPOR, 2007).

#### **1.1.6 Adiktologie**

Pojem adiktologie je ještě poměrně nový, v řadě slovníků jej dosud nenajdeme. Adiktologie je věda zabývající se závislostmi. Zkoumá jejich příčiny, projevy a léčbu, kromě toho je v jejím rámci také vytvořený výzkum a poradenství. Od r. 2001 vychází časopis Adiktologie, který značně přispěl k uvedení tohoto oboru do povědomí nejen odborné, ale i široké veřejnosti. Od r. 2005 je to bc. i mgr. obor na Univerzitě Karlově (MIOVSKÝ, 2007).

## 2 TRESTNÍ PRÁVO, TRESTNÍ ODPOVĚDNOST

Tyto dva pojmy jsou pouze pomocné a doplňující k danému tématu. Pro jednoduchost cituji z Ottova naučného slovníku, který definuje trestní právo: „*Trestní právo je ta část práva veřejného, jež upravuje výkon trestní moci státní ... Vlastním účelem trestního práva je chrániti řád právní a na něm spočívající práva a zájmy jednotlivých subjektů právních výhružkou trestu, který stihne každého, kdo způsobem neomluvitelným ... právu se vzpírá*“ (Ottův slovník naučný, 1906, s. 709 – 711).

Trestní odpovědnost vymezuje hlava II Trestního zákoníku. „Trestní odpovědnost pachatele a trestně právní důsledky s ní spojené lze uplatňovat jen v případech společensky škodlivých, ve kterých nepostačuje uplatnění podle jiného právního předpisu“ (Trestní zákoník. Hlava II, díl 1, §12, odst. 2).

### 2.1 Mladistvá osoba, trestní odpovědnost mladistvých

Za mladistvou osobu se považuje osoba ve věku od 15 do 18 let. Věk pod touto hranicí je považován za věk dětský. Existuje však ještě kategorie „věk blízký věku mladistvých“, který se počítá od 18 let, horní hranice je pak ponechána úvaze soudu, nejvyšší je však věk 21 let. Toto opatření zohledňuje značnou individualitu procesu dospívání (ŠÁMAL, VÁLKOVÁ aj., 2011).

Pod pojmem mládež se rozumí kategorie mladistvých.

Trestná činnost mladistvých se liší od trestné činnosti starších osob. Většinou si mládež trestnou činnost neplánuje, ale jedná pod vlivem okamžitých emocí. Výrazný vliv má skupina, k níž chce patřit, alkohol a jiné návykové látky. Většinou jde o krádeže a vandalství. Pachatelé těchto trestných činů jsou většinou z dysfunkční rodiny, která má nízké sociální postavení a vzdělání, nepracující, se sklonem k alkoholismu, případně k extrémismu.

Mladistvý se považuje za trestně odpovědného. Přihlíží se však k tomu, zda v době spáchání činu dosáhl takové rozumové a mravní vyspělosti, že dovede rozpoznat a ovládat své jednání. Pokud se usoudí, že se tak nestalo, nepovažuje se za trestně odpovědného (Zákon č. 218/2003 Sb., Hlava I, § 3, odst. 3 a 4).



## **Současná právní úprava odpovědnosti mládeže v ČR**

V současné době platí pro mládež zákon 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže).

Základním cílem tohoto zákona je, aby pachatel pochopil protiprávnost svého činu a měl otevřenou cestu ke společenskému uplatnění odpovídajícímu jeho schopnostem a rozumovému vývoji, také aby přispěl k odčinění újmy, kterou svým činem způsobil (Zákon 218/2003 Sb. Hlava I, § 1, odst. 2).

Tento zákon stanoví, že trestný čin mladistvého se nazývá provinění (Hlava II. Díl 1, § 6, odst. 1).

Zákon podrobně stanovuje postupy soudního řízení vedeného vůči mladistvému. Uvádí polehčující okolnosti: účinná lítost (Hlava II, §7), kdy se snaží dotyčný odstranit škodu nebo jeví snahu po nápravě, určuje opatření, výchovná, ochranná a trestní (Hlava II, Díl 3, §10, odst. 1). Výchovná opatření jsou: dohled probačního úředníka, probační program, výchovné povinnosti, výchovná omezení, napomenutí s výstrahou (Hlava II, Díl 3, §15, odst. 2). Ochranná opatření zahrnují především ochranné léčení a ochrannou výchovu (Hlava II, Díl 5, § 21, odst. 1). Trestní opatření jsou např. obecně prospěšné práce, peněžitá opatření, propadnutí věci, zákaz činnosti, domácí vězení, zákaz vstupu na společenské akce např. sportovní utkání (Hlava II, Díl 6, §4, odst. 1). Zákon klade důraz na to, aby se nebránilo příslušným opatřením rozvoji mladého člověka a nebyla ponižována jeho lidská důstojnost (Hlava II, Díl 5, § 21, odst.2).

## 3 ÚSTAVNÍ VÝCHOVA

### 3.1 Historie

První specializované výchovné ústavy se původně budovaly pro společensky handicapované lidi, a zřizovala je od 16. století středověká církev. MATOUŠEK a ŠUSTOVÁ (2001) uvádějí, že docházelo k rozšiřování ústavů v západoevropských zemích po roce 1848. Od poloviny 19. století je v ČR zakládaly obce, zemské orgány, spolky, nadace a státní správa. Předpisy byly do této doby volnější, tudíž byla ve složení svěřenců velká pestrost. Ústavy se lišily hlavně v organizaci režimu a ve velikosti skupin. Některé ústavy byly vystavěny jako zemědělské farmy, jiné zase jako internáty, které svěřence vyučovaly nějakému řemeslu, nebo působily jako zprostředkovatelny pracovních sil pro podnikatele v okolí. Svěřenci v jednotlivých ústavech zůstávali déle, a proto se více prohlubovaly také neformální vazby internovaných na vychovatele. Personál tak mohl svěřencům poskytovat péči i po propuštění z ústavů. U nás vzniká jednotná síť ústavů v padesátých letech, která pod upravenými názvy existuje dodnes.

Podle Matouška tam patří:

- diagnostické ústavy,
- diagnostické ústavy pro mládež,
- dětské výchovné ústavy,
- dětské výchovné ústavy se zvýšenou péčí,
- výchovné ústavy pro mládež,
- výchovné ústavy pro mládež se zvýšenou výchovnou péčí (MATOUŠEK a KROFTOVÁ, 1998).

### 3.2 Současnost

Soud může nařídit ústavní výchovu, pokud jsou k tomu vážné důvody, to znamená např. neschopnost původní rodiny zabezpečit řádnou výchovu, takže jsou ohroženy zájmy dítěte a jeho rozvoj. To platí především tehdy, kdy dříve učiněné postupy nevedly k nápravě. Soud však přitom i zvažuje, zda není lepší svěřit dítě do péče fyzické osoby (MATOUŠEK a KROFTOVÁ, 1998).

Pokud podle občanského zákoníku nemůže rodič z vážných důvodů zabezpečit výchovu svých dětí na přechodnou dobu, musí soud svěřit dítě na dobu nejdéle šesti měsíců do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

V případě nedostatečných bytových nebo majetkových poměrů v rodině, nemůže být sama o sobě nařízena ústavní výchova, ovšem jen tehdy, pokud jsou rodiče schopni plnit řádnou výchovu dítěte.

Soud může ústavní výchovu dítěti nařídit na dobu maximálně tří let, ale lze ji i prodloužit, a při umístění dítěte dbá na co nejbližší dostupnost rodičů nebo jiných osob dítěti blízkých.

Podle občanského zákoníku zaniká ústavní výchova rozhodnutím soudu, pominou-li důvody, pro které byla nařízena. Naopak však soud může také ústavní výchovu z důležitých důvodů prodloužit do devatenácti let dítěte (MATOUŠEK, 2003, s. 253 - 254).

### **3.3 Diagnostický ústav**

Pobyt v diagnostickém ústavu může být klientovi buď nařízen soudem, nebo může být dobrovolný. Podle Matouška dochází u dobrovolného pobytu k trojstranné dohodě mezi klientem, jeho rodiči nebo zákonnými zástupci a ústavem.

Vzdělání klientů umístovaných v diagnostickém ústavu je buď započaté středoškolské, nebo nedokončené základní. Někteří klienti navštěvují základní školu speciální. Úroveň znalostí klientů se tedy velmi liší a může to tak ztěžovat práci vychovatelů.

Matoušek uvádí, že při vstupu klienta do diagnostického ústavu má nejdříve kontakt se sociálními pracovníky, psychologem a poté s vychovateli na oddělení, kam je později zaveden (MATOUŠEK, 2003, s. 237).

Z pracovních zkušeností uvádím, že záznam o klientovi založí sociální pracovník a pozdější vedení průběžných záznamů o chování klienta přebírají vychovatelé.

Na oddělení se klienta ujme kvalifikovaný pracovník, od kterého je poučen o pravidlech v zařízení a režimu dne. Klient dostává přidělenou uzamykatelnou skříňku, do které si uloží svoje věci a je odveden na pokoj. V některých zařízeních je to nejprve tzv. „izolace“. Je to místnost, kde by klient neměl být v kontaktu s ostatními klienty v zařízení, a vyčkává na pohovor s lékařem a dalšími psychology. Poté co

klient projde všemi pohovory, přestěhuje se do klasického pokoje a plní povinnosti spolu s ostatními klienty.

Přibližně v druhé polovině pobytu vypracovává vedoucí vychovatel průběžnou zprávu o klientovi. Závěrečnou zprávu vypracovává na konci pobytu. Popíše zde, jak se klient po celou dobu v zařízení choval a jak si vedl ve výukových předmětech. Je zde popsán i návrh přemístění klienta. Podle Matouška putuje většina mladistvých do výchovného ústavu. Z praxe jsem však vyzorovala, že většina klientů, pokud je to možné, se vrací do rodiny.

### **3.4 Výchovný ústav**

Ústavní výchova je opatření navržené orgánem oddělení sociálně právní ochrany dětí a musí být schválen soudem. Řídí se zákonem č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy, nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

Výchovný ústav poskytuje dlouhodobou péči klientům. Hlavním cílem je příprava na budoucí povolání.

Matoušek a Kroftová uvádějí příklad tří výukových programů:

- kurzy a praktické školení pro krátkodobější pobyty,
- odborné učiliště,
- střední odborné učiliště.

Klienti ve výchovném ústavu jsou rozděleni do výchovných skupin podle úrovně jejich vzdělávacího programu. Mohou se také zavádět tzv. samostatné skupiny klientů, kteří bydlí mimo internát a do zařízení docházejí pouze na výukové programy. Svěřenci byli ještě do zhruba poloviny 90. let po útěku stříhání, či zavírání do izolací. Od takovýchto trestů se v dnešní době naštěstí ustoupilo (MATOUŠEK a KROFTOVÁ, 1998).

## 4 NEJČASTĚJŠÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY, JEJICH HISTORIE A PŮSOBENÍ

Důvody pro užívání návykových látek jsou následující:

- b) potřeba vyhnout se bolesti nebo nalézt klid, také zbavit se nepříjemného pocitu nudy, potlačit nízké sebehodnocení,
- c) navodit si příjemný pocit energie, zvýšené výkonnosti, pociťovat euforii a radost,
- d) pocity transcendence: překročení sama sebe, splynutí s něčím, co je nad individuální existencí (KUDRLE, 2008).

Dělení návykových látek:

Uvedené prožitky umožňují právě drogy. Dělíme je do tří skupin:

- a) opioidy - látky tlumící bolest,
- b) stimulancia – povzbuzující látky vyvolávající euforii a pocit zvýšené energie
- c) psychodelika – otvírající cestu k projevu hlubších úrovní psychiky (KUDRLE, 2008).

Následně si probereme návykové látky, které se u nás častěji vyskytují.

### 4.1 Alkohol

Chemicky ethylalkohol, ethanol ( $C_2H_5$ ).

Alkohol vzniká kvašením ze sacharidů, buď z jednoduchých cukrů, obsažených například v ovoci (např. vinná réva), nebo z polysacharidů, z obilných zrn nebo brambor. Kvašením však lze vyrábět etanol jen do koncentrace nejvýše 15%. Vyšší koncentrace se dosahuje vymražováním nebo destilací (*Tvrký alkohol*, 2015). Při domácí výrobě destilátů vzniká směs etylalkoholu s nejnižším alkoholem, methylalkoholem (metanol), který při výrazné intoxikaci způsobuje bezvědomí následkem otoku mozku, sníženou ostrost vidění až oslepnutí, dýchací obtíže, acidózu vnitřního prostředí těla, selhání ledvin, srdce i jiných orgánů (*Otrava metanolem*, 2015).

Jak je možné, že působení dvou tak blízkých sloučenin může být tak rozdílné? Z etanolu vzniká působením alkoholdehydrogenázy acetaldehyd (zodpovědný za kocovinu) a ten je přeměněn na neškodnou kyselinu octovou. Metanol je stejným

enzymem změněn na formaldehyd a dalším enzymem na kyselinu mravenčí, která je silně toxická.

Je nutno podotknout, že v lihu z brambor nebo obilí nebyl metylalkohol prokázán, výjimečně snad v nepatrných množstvích, ale nebezpečí tkví v neodborně vyráběných ovocných pálenkách, kde vzniká metanol enzymatickým rozkladem pektinových látek, tedy při neodborné destilaci ovocných kvasů (SPERGL, 2011).

#### **4.1.1 Historie**

Alkoholické destiláty se dostaly do Evropy z Arábie, tehdy se rozšířil názor, že alkohol je zdravý, protože bránil zkažení potravin, což se udržuje dodnes. V USA ročně umírá na následky alkoholu 100 000 lidí (SCHREIBER, 2000, s. 55-56).

Ethylalkohol (alkohol) se v podobě alkoholických nápojů vyrábí již od pradávna, někdy i jako látka při nejrůznějších náboženských obřadech nebo jako lék. V současnosti se používá alkohol jak v oficiální (farmakologické), tak i v lidové medicíně. Lidstvo provází i značné negativní následky nadměrného užívání alkoholu.

Tento termín použil poprvé švédský lékař Magnuss Huss v roce 1849. Alkohol však začal být oficiálně považován za medicínský problém teprve o sto let později (cit. dle POPOVA, 2003, s. 151).

#### **4.1.2 Současnost**

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů. Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 30 % dospělé mužské populace a 9 % žen. Těžkou závislostí jsou pak ohroženi muži ve 4 % a ženy v 0,3 % (*Zdravotnictví, medicína*, 2010).

V EU je naše republika na 2. místě ve spotřebě alkoholu, před námi je pouze Lucembursko, za námi těsně následuje Finsko. Spotřeba alkoholu při tom rok od roku vzrůstá. V r. 1936 byla roční spotřeba na obyvatele 3,4 l, v r. 2014 už 10,2 l čistého lihu, což je o půl litru více než v r. 2013 (MLČOCH, 2015). Do této průměrné spotřeby jsou zahrnuty i nejmenší děti, takže spotřeba dospělých je ještě větší.

Je známo, že při vyšší konzumaci alkoholických nápojů může docházet k řadě zdravotních potíží, např. jaterní cirhóza následkem nadměrného pití alkoholu patří

mezi prvních 5 hlavních příčin úmrtnosti u mužů ve věku 25 – 64 let (SKÁLA, 1998, s. 128).

### 4.1.3 Klasifikace poruch

Podle Popova dělíme poruchy z psychiatrického hlediska do těchto skupin:

- 1) Poruchy, které jsou způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém. Jedná se o intoxikaci alkoholem, či chronický následek abusu alkoholu, což je odvykací stav, psychotická porucha nebo amnestický syndrom.
- 2) Poruchy, které se projevují návykovým chováním. Jde o narušenou kontrolu nad užíváním a ztrátu kontroly nad užíváním, která může vyústit v závislost (POPOV, 2003, s. 154).

Podle Jelínkovy typologie z roku 1940 je možné také rozlišovat 5 typů abusu nebo závislosti na alkoholu:

- 1) Typ alfa: „problémové pití“: jde často o pití o samotě, jedinec potlačuje tenzi, úzkost nebo depresivní pocity.
- 2) Typ beta: „společenské pití“: jedná se o časté pití ve společnosti, kdy může dojít k somatickému poškození.
- 3) Typ gama: „anglosaský typ“: poruchy kontroly pití a postupně se zvyšující tolerance na alkohol. Objevují se následky psychického a somatického poškození. Typická progresivní konzumace.
- 4) Typ delta: „románský typ“: typická je každodenní konzumace alkoholu preferující víno. Jde o trvalé udržování „hladinky“ bez zjevných projevů opilosti a ztráty kontroly.
- 5) Typ epsilon: „kvartální pijáctví“: jedinec má období delší, občas úplné abstinence. Jde o ne příliš častou variantu závislosti, která někdy doprovází afektivní poruchu (cit. dle POPOVA, 2003, s.151- 152).

### 4.1.4 Závislost na alkoholu

Popov popisuje „dispozičně-expoziční model“: *„Čím více se uplatňují faktory dispoziční (biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav, aj.), tím menší podíl expozice je nutný a naopak. Čím větší je expozice*

(dostupnost alkoholu, míra konzumace – množství, frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů), čím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti“ (POPOV, 2003, s. 152). Skoro vždy se však jedná o působení více faktorů (biologických, psychosociálních), které se spolupodílejí na vzniku závislosti. Velmi významná je také dědičnost. Dokládají to studie (např. rodinné studie, či studie dvojčat, sledování adoptovaných dětí, aj.)

#### **4.1.5 Odvykací stav**

Odvykací stav se projevuje u osob s dlouhodobou anamnézou intenzivního abúzu alkoholu. K tomuto stavu dojde při přerušení konzumace alkoholu. Největší intenzita příznaků se projeví druhý den po vysazení alkoholu.

Popov popisuje několik charakteristických projevů při odvykacím stavu, mezi které patří například pocení, třes rukou, hypertenze, třes celého těla, závratě, poruchy stability a koordinace pohybů, úzkost, psychomotorický neklid, poruchy spánku, pocity slabosti, aj. Při menších komplikacích odeznívá odvykací stav během čtyř až pěti dnů (POPOV, 2014).

Delirium tremens (tremens = třesoucí se) je závažný, někdy až ohrožující stav, který se projevuje poruchami vědomí, čichovými, sluchovými a vizuálními halucinacemi, paranoidními bludy, záchvaty křečí, poruchami spánku a pocením (DVOŘÁČEK, 2003, s. 305).

## **4.2 Opioidy a opiáty**

Opioidy farmakologicky působí na organismus prostřednictvím opioidních receptorů. V lékařství se používají jako nejsilnější léky proti bolesti (analgetika), nebo jako léky proti kašli (antitusika) z důvodu tlumení kašlacího reflexu. Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má blízkou strukturu k morfiu.

*„Mechanismus účinku je dán vazbou látky na opioidní receptory, které se vyskytují v celém centrálním nervovém systému ...“* (MINAŘÍK, 2003a, s. 159).

Opioidy dělí na několik podskupin podle poměru afinity (síly vazby k receptoru) a vnitřní aktivity (efektivity, síly aktivace receptoru):

- 1) Opioidní agonisté: silná afinita i vnitřní aktivita, vyvolávají typické účinky opiátů (morfin, kodein).



- 2) Opioidní antagonisté: silná afinita, nulová vnitřní aktivita. Blokují receptor a zabraňují účinku jiného opioidu. Užívají se jako lék při předávkování (naloxon).
- 3) Částeční opioidní agonisté-antagonisté – váží se na receptory, některé blokují a jiné aktivují (butorphanol, pentazocin).
- 4) Částeční opioidní antagonisté (dualisté) – mají pevnou vazbu na receptor, ale slabou vnitřní aktivitu (buprenorfin)  
(MINAŘÍK, 2003a, s. 159).

#### **4.2.1 Projevy při užívání a závislosti**

Intoxikaci doprovází příjemnější pocity jako zklidnění a euforie. Opioidy však mohou vyvolat také dysforii (rozladu), nevolnost, zvracení a neschopnost koncentrace.

Mezi příznaky akutní intoxikace patří hučení v uších, nevolnost, pocit tepla v obličejí, zúžení zornic, dýchání je povrchní a u jedinců dochází k poškrabování po celém těle i v komatu (MINAŘÍK, 2003a, s. 160).

Při chronickém abusu dochází u jedince k depresivnímu chování, lenivosti, ztrátě libida a potenci, pseudohalucinacím, nespavosti, únavě, podrážděnosti. Může být i postižena oblast charakterových vlastností. Intelekt bývá spíše nepostižen.

Na opiátech, zejména heroinu, je vysoký potenciál vzniku fyzické závislosti, která se rozvíjí již po několika týdnech užívání. Vyznačuje se ztrátou kontroly nad užíváním a neovladatelným dychtěním po droze. Somatickou složkou je vzestup tolerance a tím i potřeba zvyšujících se dávek. Tolerance znamená, že při častějším užití látky organismus přivyká a potřebuje stále vyšší dávku drogy (MINAŘÍK, 2003a, s. 161 - 162).

Při odvykání jsou hlavní příznaky podobné účinkům opiátů. Mezi lehčí příznaky patří problémy trávicího traktu jako průjem, bolest břicha a dále neklidem, nespavostí. Mezi těžší příznaky patří pocení, křeče, nespavost, třes, nechutenství, dehydratace. Může dojít ke kolapsu a bohužel i úmrtí.

### 4.3 Stimulancia

Stimulancia v léčebném použití působí jako sympatomimetické léky. U zvířat spíše ovlivňují funkce motorické, u člověka ovlivňují psychiku. Používají se u hyperkinetické poruchy (ADHD), vzácněji u osob se závažným organickým psychosyndromem (po úrazu hlavy) nebo u dětí s autismem ke zlepšení pozornosti (PACLT, 2005).

Jde o látky jak přírodního, tak syntetického původu se stimulačním, čili budivým efektem. Patří sem látky kokainového a amfetaminového typu. MDMA stojí někde na hranici mezi stimulancii a halucinogeny. Patří sem i extáze (MINAŘÍK a PÁLENÍČEK, 2003, s. 200).

U nás v Čechách je nejtypičtější a nejužívanější drogou tohoto typu pervitin (metamfetamin). Jde o bílou krystalickou látku. Nejčastějším zdrojem pro syntézu pervitinu je efedrin, který se extrahuje z volně dostupných léčiv typu Nurofen Stopgrip, intenzita závisí na množství, čistotě a způsobu aplikace látky (MINAŘÍK, 2003b, s. 164 – 168). Užívání kokainu má v Čechách také své příznivce hlavně ve vyšších vrstvách.

Stimulancia vyvolávají v uživateli euforii, pocit spokojenosti a blaha, povzbuzení, potlačení únavy a pocitu hladu. Při intoxikaci dochází ke zvýšení psychomotorického tempa a bdělosti. Při užití vyšší dávky může u jedinců docházet k paranoidnímu myšlení, zmatenosti, halucinacím, úzkosti a neklidu. Při dlouhodobém užívání dochází až k psychické poruše, která se nazývá toxická psychóza. Příznaky psychózy jsou stavy akutního ohrožení, pocity pronásledování, sluchové a vizuální halucinace, aj. Takové stavy mohou vést až k sebevraždě (MINAŘÍK, 2003b, s. 164 – 168).

### 4.4 Halucinogenní drogy

Tyto drogy jsou jedněmi z nejvíce vědecky zkoumaných drog. Jejich mystičnost a tajemnost je využívána lidskou kulturou od nepaměti. Tyto drogy mají neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka.

MIOVSKÝ (2003a, 169 – 173) řadí do skupin halucinogenních drog několik látek:

- 1) Přírodní halucinogenní drogy (durman, mezkalin).
- 2) Přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (bufetenin).

- 3) Semisyntetické a syntetické (poloumělé a umělé) halucinogenní drogy (LSD).

Největší pokrok byl ve výzkumu zkoumání účinku meskalinu a objevení LSD a jeho účinků na psychiku člověka Albertem Hoffmanem. Tak se 50. a 60. léta stala érou největšího výzkumu psychodelických látek. Bohužel však pozornost médií tomuto tématu nepřinesla mnoho dobrého a naopak se po masovém rozšíření užívání halucinogenních látek v 60. letech mezi mládeží stala jedním z důvodů zastavení výzkumu. Významným člověkem ve výzkumech účinků halucinogenních látek byl také Stanislav Grof. Zabýval se experimentem s halucinogenními látkami v rámci psychoterapie (cit. dle KUDRLE, 2003, s. 86).

#### 4.4.1 Nejčastější halucinogeny

##### **LSD - diethylamid kyseliny lysergové**

je nejúčinnější, dosud známý halucinogen, který je deset tisíckrát účinnější než stejné množství meskalinu (KREIGOVÁ, 1970). Vědecký pracovník Hofmann po pokusu sám na sobě v dubnu roku 1943 popisuje stav své intoxikace takto: *„Přemohl mě strach, že přicházím o rozum... svůj stav jsem si jasně uvědomoval ... Prostor a čas se stávaly stále více rozházené... nemohl jsem nijak zabránit zhroucení světa kolem sebe ... Měl jsem pocit, jako bych byl mimo své tělo ... Myslil jsem, že jsem zemřel. Moje já se vznášelo kdesi v prostoru“* (cit. dle KREIGOVÉ, 1970, s. 206).

V Psychiatrické léčebně Kroměříži se experimentálně používalo LSD v letech 1966 -69 na dobrovolnících z řad psychologů a studentů, kteří chtěli lépe porozumět světu duševně nemocných. Zažili zrakové přeludy s velmi výraznými barvami, deformace ve vnímání vlastního těla a i mystické extatické zážitky. Někteří to zpracovali ve svých závěrečných pracích (HUČÍN, 2001, s. 121).

U pacientů se používalo v Čechách LSD na dvou pracovištích: v Sadecké s ním experimentoval Milan Hausner na neuroticích a Stanislav Grof v Praze se pokoušel vyvolat zážitky z nitroděložního života (tamtéž).

LSD se na našem trhu objevuje v podobě tzv. „tripů“ či krystalů. Tripy jsou malé papírové čtverečky, které jsou většinou potištěny obrázky, podle kterých se také nazývají. Účinnou látkou v LSD je diethylamid kyseliny lysergové – LSD-25. *„Tato účinná látka musí být vázána na jinou. 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 například kombinace s extází). Proto v případě tripů a krystalů nelze hovořit o čistém LSD, ale o kombinovaném účinku více psychotropních látek“ (MIOVSKÝ, 2003a, s. 169).*

### **Psilocybin**

Jde o aktivní látku obsaženou v lysohlávkách, které se běžně vyskytují na území České republiky.

Tato droga patří k nejrozšířenějším přírodním halucinogenním látkám. Na černém trhu se příliš nevyskytuje, jelikož si ji většinou lidé sami sbírají nebo mezi sebou darují. Pokud ano, pak se objevují pouze sušené části drogy, její klobouky. Nedá se příliš odhadnout ani její cena. Množství aktivní látky v lysohlávkách nelze odhadnout, což sebou přináší riziko při její konzumaci. Užívá se perorálně (MIOVSKÝ, 2003a, s. 170).

## **4.5 Konopné drogy**

Podle Miovského jsou konopné látky drogy, které byly v Evropě známy a užívány již v hluboké historii. Aktuální současný odhad o pěstování konopí Richarda Schultese je datován do roku 10 000 př. Kr.

Mezi nejstarší písemné doklady o užívání konopí patří farmakologické pojednání čínského císaře Šen – nunga. Je datované do období roku 2 737 let př. Kr. To se však do dnešní doby nedochovalo (MIOVSKÝ, 2003b, s. 174).

Podle Miovského se rozlišují tři druhy konopí:

- Cannabis sativa.
- Cannabis Indica.
- Cannabis ruderalis.

Miovský uvádí, že všechny druhy konopí jsou dvoudomé. Rostliny jsou samčí a samičí. Významější je z hospodářského hlediska a z hlediska obsahu psychoaktivních látek samičí druh.

Konopí je původem z Asie. Jeho pěstování se však rozšířilo do zemí celého světa. Nejvhodnějším prostředím pro pěstování je teplé klima. Konopí se však pěstuje i v Evropě, včetně České republiky (MIOVSKÝ, 2003b, s. 174).

### **4.5.1 Formy**

#### ***Marihuana***

Jedná se o sušené květenství a horní listy samičí rostliny tmavozelené barvy (lidově palice). Pokud je dobře zpracovaná, tak se jednotlivé části květenství k sobě lepí a vyznačují se silným aroma. Obsah aktivních látek marihuany se pohybuje kolem 18 % (MIOVSKÝ, 2003b, s. 175)

#### ***Hašiš***

Pryskyřice velmi tmavohnědé barvy obsahující malý obsah květenství a jiných nečistot. Obsah aktivních látek hašiše může být až 40 % (tamtéž).

Užívání konopných látek je v Evropě velmi rozšířené a to převážně v podobě kouření. Miovský uvádí, že velmi obvyklé je také perorální užívání v podobě pokrmů sladkých i slaných. Jde například o sladké koláče, marihuanové mléko, či máslo. Velmi důležitá je účinnost rozpustných látek v tucích.

Účinky těchto látek na jedince jsou mnohdy nevyzpytatelné. Nikdy totiž nelze s přesností říci, jak bude intoxikace probíhat. Na jedince nepůsobí jen vliv látky, ale také to, kde se momentálně jedinec nachází, očekávání, únava, aj. každý z těchto faktorů může stav intoxikace změnit.

Po vykouření umotané cigarety ze sušiny drogy, tzv. „joint“, nastupuje účinek téměř okamžitě. Při perorálním užití po delší časové prodlevě, avšak trvá déle. Někdy dokonce 3 – 6 hodin.

Mezi nejčastější účinky konopných látek patří sucho v ústech, hlad, zklidnění, deformace vnímání času, prostoru, chutí, místa a barev. Velmi častá je euforie a pocit dobré nálady, která může dojít až do bouřlivého, dlouhého smíchu.

Mnohdy však mohou stavy intoxikace doprovázet stavy depresivní nálady, úzkosti a ponoření se do vlastních pocitů (MIOVSKÝ, 2003b, 176 - 177).

### **4.6 Těkavé látky**

Někdy se také nazývají inhalanty. Jde o látky jako benzin, barvy, ředidla, lepidla, aj. U nás nejsou častou zneužívanou drogou jako například v 80. letech, ale stále se mezi lidmi hodně vyskytují. Podle Hájného je hlavním očekávaným efektem euforie, změněné vnímání barev, sluchu, přecházejícího až do halucinací. Čičači

užívají (inhalují) látku například z igelitového pytlíku nebo z kapesníku. Mezi nejrozšířenější zneužívané látky patří toluen.

Zdravotní rizika:

- narušení sliznice a dýchacích cest,
- poškození mozku,
- obtížné dávkování může vést k předávkování nebo dokonce smrti,
- porucha jaterní činnosti a degradace osobnosti.

Mezi uživateli těkavých látek najdeme nejčastěji mládež a mladší děti již od 8 let, jelikož jsou finančně dobře dostupné a malé dítě si je může koupit legálně v obchodě (HAJNÝ, 2001).

#### **4.7 MDMA a jiné drogy „technoscény“**

*„MDMA byla jako účinná látka syntetizována v roce 1917 firmou Merck jako lék na hubnutí. Nikdy však nebyla vyráběna a používána v této indikaci“ (cit. dle MINAŘÍKA a PÁLENÍČKA, 2003, s. 200).*

Historie MDMA je úzce spojena se jménem Alexander Schulgin. V 50. letech látku syntetizoval a pokusil se ji využít v psychoterapii. Látka byla hodnocena pozitivně hlavně ve zlepšení komunikace mezi lidmi a silným vzájemným citovým vztahem.

V 70. letech v USA se začalo objevovat rekreační užívání na tanečních “parties“. V 80. letech se užívání postupně rozšířilo i do států Evropy a dnes patří užívání extáze a MDMA mezi nejrozšířenější drogou užívanou mezi mladými lidmi na technoparties, house parties a jiných hudebních akcích za doprovodu elektronické hudby.

Účinnost extáze je na pomezí stimulancí a psychadelik (halucinogenů). Je typická svými stimulačními účinky a vyvolává příjemné, snadno kontrolovatelné emoční stavy s relaxací a bez pocitu strachu, pocity štěstí a blaha někdy možno i doprovázené halucinacemi.

Chemicky je látka odvozena od amfetaminu, patří mezi fenyletylaminy a chemický název je 3, 4 – metylendioxy – N - metylmetamfetamin (odtud její zkratka MDMA)( MINAŘÍK a PÁLENÍČEK, 2003, s. 200).

V čisté formě je MDMA krystalická, silně hořká látka. Na trhu je dostupná buď ve formě tablet (extáze), nebo se můžeme setkat i s čistým MDMA ve formě krystalické. Na tabletách bývá z jedné strany obrázek.

Při kombinaci MDMA s jinými návykovými látkami se někdy vyskytnou zdravotní komplikace a nežádoucí účinky. Uživatelé nejčastěji kombinují MDMA s alkoholem, THC, amfetaminy, kokainem, aj.

U zdravých jedinců je pravděpodobnost smrtelné intoxikace látkou MDMA velmi nízká. Velmi nebezpečná a více komplikovaná kombinace se může vyskytnout při kombinaci MDMA s antidepresivy a jinými stimulancii (MINAŘÍK a PÁLENÍČEK, 2003).

## **4.8 Tabák a závislost na tabáku**

Návykovou látkou, kterou obsahuje tabák je nikotin. Jedná se o toxický rostlinný alkaloid. Jde o bezbarvou tekutinu bez zápachu, přičemž smrtelnou dávkou pro člověka je cca 80 mg. Tolerance u člověka vzniká rychle.

### **4.8.1 Historie**

S pěstováním tabáku se setkáváme již u Indiánů. Ti si však tolik nepoškozovali zdraví. Tabák kouřili hlavně rituálně a nemuseli „šlukovat“, aby pocítili vliv nikotinu, protože kouřili hlavně dýmku. Králíková uvádí, že do Evropy přivezli tabák dva námořníci na lodích Kryštofa Kolumba roku 1492.

Na začátku 20. století se výrazně rozšířil cigaretový tabák. Pro lidstvo to znamená velký zdravotní problém. Největší vzestup však nastal v kuřáctví během 1. světové války. V rozvinutých zemích byla kulminace zhruba koncem 2. světové války (KRÁLÍKOVÁ, 2003).

Očekává se, že v r. 2030 zemře ve světě na následky kouření 10 miliónů osob, pokud potrvá současný stav kuřáctví (SCHREIBER, 2000, s. 56).

### **4.8.2 Způsoby aplikace**

Jsou dvě formy tabáku: bezdýmý tabák a ten, který hoří. Mezi bezdýmé tabáky patří šňupací (aplikace nosem) a orální (aplikace do úst). Orálním tabákem rozumíme například listy tabáku, které se vkládají do úst a žvýkají a „moist snuff“

(překl. „vlhký šňupec“). (KRÁLÍKOVÁ, 2003, s. 205). Jedná se o papírové pytlíčky s tabákem, které se vkládají do úst, kde se z nich uvolňuje nikotin a další chemikálie.

### **4.8.3 Důsledky kouření**

Z výzkumů, které uvádí Králíková, má kouření podíl na 24 nemocech patřících do tří skupin: kardiovaskulární, nádorové a chronických plicních onemocnění. Nejčastější příčinou smrti v důsledku kouření je infarkt myokardu.

Mezi akutní účinky patří lokální podráždění sliznic, nauzea, bolest hlavy, aj. Kuřáci však tyto příznaky rychle překonávají a později se již neobjevují, jelikož rychle vzniká tolerance.

Mezi hlavní příznaky závislosti patří nezvladatelná touha po cigaretě (craving), nervozita, podrážděnost, změny nálady, poruchy spánku, únava, aj. (NEŠPOR, 2003).

Abstinenční příznaky se mohou projevit již několik hodin po poslední dávce nikotinu (KRÁLÍKOVÁ, 2003).

### **4.8.4 Léčba kuřáctví**

Kouření je naučené chování, které se fixuje celou řadu let. Pro odvykání kouření je důležitá vůle, snaha přestat kouřit a především motivace k nějaké změně. Jedinec by se měl pokusit nekouřit stejně, jako se před časem kouřit naučil. Tato změna může trvat měsíce, někdy i léta. Většina relapsů se odehraje do tří měsíců (KRÁLÍKOVÁ, 2003).

## **4.9 Historický vývoj zneužívání návykových látek**

Již tisíce let před námi označili Hippokratés a Gelénos drogu jako látku, jež místo toho, aby byla tělem „přemožena“ a strávena jako běžný pokrm, je schopna tělo přemoci a vyvolat tak značné duševní a organické změny.

Je všeobecně známo, že většina rostlin a ovoce je jedovatá. Lidé tedy už od pradávna tuto skutečnost věděli.

Prvotním účelem šamanství, původně rozšířeného po celé planetě, bylo provozování technik vedoucích k extázi, máme-li na mysli vytržení, při němž se stírají hranice mezi bděním a snem, nebem a podzemím, životem a smrtí. Escohotado



poisuje, že pokud šaman či šamanka užijí drogu nebo jí dají někomu jinému, vytvářejí tím most, který následně využívají k magiím, rituálům a léčením (ESCOHOTADO, 2003, s. 8).

Forma přinášení lidských nebo živočišných obětí božstvu (rituální stolování) byla takřka vždy spojována s drogami. Jako příklad je možné uvést ahayuascu v Amazonii, ibogu v západní Africe, kávu v Oceánii nebo peyotl v Mexiku.

V dobách, kdy kněžské kasty začaly vykládat vůli jediného Boha, stávaly se prožitky pozměněných stavů vědomí zdrojem mnoha kultů. Zajímavé je, že první hostie se skládaly z psychoaktivních látek, jako je např. peyotl, víno, nebo některé houby.

Za zvláštnost můžeme považovat to, že řecké slovo phármakon (droga) lze pouhou změnou jednoho písmenka polohou přízvuku změnit na phármakós, což znamená obětní beránek. Podle Escohotado nám tato zdánlivá shoda ukazuje, nakolik jsou lékařství, náboženství a magie ve svých počátcích neoddělitelné.

#### **4.9.1 Drogy ve starých dobách**

Již v neolitické době (8000 – 5000 let př. n. l.) se vědělo o vlastnostech makové šťávy, několik tisíc let př. n. l. byl známý též kokový keř a pryskyřice z konopí (DUNDR, 1995).

První zmínky o pěstování máku jsou z 3. tis. př. n. l. zaznamenány na sumerských tabulkách (ESCOHOTADO, 2003). Zde se objevuje znak, který se používá pro výraz „radost“.

Autor uvádí, že nejprve se mák začal pěstovat na jihu Španělska a Řecka, v severovýchodní Africe a Mezopotámii. Opium z těchto zemí je o poznání silnější než z máku z Dálného východu. O opiu se dozvídáme i z nejstarších babylonských válečků a z egyptských hieroglyfů. Ty se zmiňují o šťávě z makovic a doporučují ji jako analgetikum a uklidňující prostředek. Z máku také lidé připravovali masti, které se podávaly dětem, aby nekřičely.

Pokud budeme hovořit o konopí, začalo se pěstovat v Číně. Nejstarší nálezy jsou datované až do 4000 př. n. l. Podle Escohotado se také konopí začalo vyskytovat v Indii. Pro hlavní buddhistické směry bylo konopí hlavním meditačním prostředkem.

První zmínka o pěstování konopí v Mezopotámii je z 9. stol. př. n. l. za vlády Asyřanů, kdy se užívalo jako kadidlo (*Historie drog*, 2014).

Pěstování konopí má dlouhou tradici také v západní Evropě. Zmínky jsou již ze 7. stol., kdy Keltové z Massile (dnešní Marseille) vyváželi provazy konopí. Z této doby byly také četné nálezy dýmek a z toho lze usuzovat, že tato kultura měla už určité znalosti o jeho využití jako drogy (ESCOHOTADO, 2003).

Stimulační drogy jako kokain a kofein mají také svoji historii. Escotado uvádí, že kokový keř pochází z And a od 3. stol. př. n. l. nacházíme sochy žvýkající jeho listy. Povzbuzující guaraná a maté pochází z Ameriky. Čaj se konzumuje již přibližně pět tisíciletí a pochází z Číny (ESCOHOTADO, 2003).

S prvními zmínkami o alkoholu se setkáváme již 2200 let př. n. l. Pivo bylo zmíněno na egyptském papyru 2000 let př. n. l.

O konzumaci vína se dočítáme v hebrejské Bibli. Staří Izraelci byli prostí a střídmí lidé. V době náboženského úpadku bylo však nadměrné pití alkoholu běžné u bohatých vrstev (NOVOTNÝ, 1954, s. 553)<sup>2</sup>. Kněží vykonávající obřadní službu měli zakázáno pít víno či jakýkoli opojný nápoj, což je psáno ve Třetí knize Mojžíšově zvané Levitius (Lv 10,9) nebo v Páté knize Mojžíšově zvané Deuteronomium (Dt 29,6). Nazarejští měli zakázáno pít alkoholické nápoje vůbec, o čemž píše Čtvrtá kniha Mojžíšova zvaná Numeri (Nu 6,3) nebo Kniha soudců (Sd 13,4). Podle Prorockví Izaiáše proroka (Iz 28,7) nemají pít alkohol ani králové nebo soudci, což potvrzuje i Kniha Kazatel (Kaz 10,17). Zvláště Kniha Přísloví varuje před pitím vína a kocháním se jeho zářivou barvou (Př 2,1; 21,12; 23,20n). Starý Zákon staví opilství před prorocký soud (např. První kniha Samuelova (Is 1, 14-16) ; 25, 36) Potud tedy Starý Zákon.

Nový zákon pak uvádí, že víno se má míchat s vodou, na což dohlížel při hostinách správce podle Evangelia sv. Jana (J 2,9n). Nový Zákon uvádí opilství mezi seznamem neřestí, jichž se má správný křesťan vystříhat, jak uvádí První epištola sv. Pavla ke Korintským (Ik 5,11; 6,10) nebo Epištola sv. Pavla ke Galatským (Ga 5,21). V Novém Zákoně je řada dalších odkazů týkajících se varování před opilstvím a nařízení střízlivosti (NOVOTNÝ, 1954, s. 553).

---

<sup>2</sup> Jde o Adolfa Novotného, autora Biblického slovníku

### 4.9.2 Využití drog ve středověku a raném novověku

Drogy se ve starých dobách používaly nejdříve jako léčivé prostředky, později pak i jako prostředky omamné.

Kávy jako drogy se začalo využívat až v 10. století našeho letopočtu a původem pochází z Arábie, i když tam rostla už milióny let (*Historie drog – Islám*, 2007). Přelitím vroucí vodou nastalo uvolnění kofeinu a pozorovalo se zahnání únavy. Nakonec po řadě sporů se usoudilo, že je prospěšná, protože se čtenář udržel déle u studia svatých písem.

Opium se pěstovalo hlavně v Turecku a Iránu. Spolu s výboji muslimů se rozšířilo na jimi získaná území. Až do 9. století se opium jedlo, první je kouřit začali Peršané. Také se zapíjelo opium hroznovou šťávou smíchanou s hašišem. Opiu se dávala tehdy přednost před alkoholem, protože převládal názor, že člověk závislý na opiu plní dále svědomitě své úkoly a slušně vystupuje, zatímco alkoholik dělá pouze potíže a nedožívá se vysokého věku (*Historie drog – islám*, 2007).

V 11. století vznikl nový řád hašišínů, který sice netrval dlouho, ale stal se vzorem pro rytířské řády templářů a německých rytířů.

V koránu není ani zmínky o konopí. Rostlinu zvaná bangah zmiňuje v době Zlatého věku islámu Abú Bahr Muhammad ibn Zaksarija ar Rází, persky Rhazes, arabský polyhistor, také lékař, který ji doporučuje při melancholii a epilepsii. Mimo lékařské účely je užívána rolníky, námezdními dělníky a městskými otroky (*Drogy v historii*, 2004).

### 4.9.3 Užívání drog v novější době

Masové rozšiřování drog v Evropě a Severní Americe začalo teprve s industrializací, kdy se rozšířil výzkum a objevy. V 19. století byly získávány alkaloidy z přírodních látek. Morfin byl izolován v r. 1805, kofein v r. 1820, nikotin v r. 1828, atropin v r. 1833, kokain v r. 1859, efedrin v r. 1887 (DUNDR, 1995, s. 189).

Z původních lékáren, drogerií a barvíren, které existovaly v první polovině 19. století, se postupně vyvíjel farmaceutický průmysl, který dosáhl svého rozvoje v druhé polovině 20. století. Nastal drogový bloom na přelomu 19. a 20. století a ve tzv. zlatých létech 20. století. To vyvolalo mezinárodní jednání o narkotikách na . opiových konferencích v Šanghaji, Haagu a Ženevě, z nichž vzešly protidrogové

zákony. Důsledkem toho pak bylo ilegální prodávání drog zločinnými organizacemi např. Cosa Nostra v USA a řadou dalších.

Po druhé světové válce se dohodly země sdružené v OSN roku 1961 na zákazu všech zdraví škodlivých drog. Další mezinárodní dohody se uzavřely v r. 1971 a 1988 (DUNDR, 1995).

## 5 ZDRAVOTNÍ, PSYCHICKÉ A SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Z praxe jsem vyzorovala, že u mladistvých, kteří užívají, nebo užívali návykové látky se objevuje mnoho zdravotních, psychických a sociálních důsledků. V podkapitole níže se pokusím přiblížit některé z nich.

### 5.1 Zdravotní důsledky zneužívání návykových látek

*„Závislost na psychoaktivních látkách může primárně či sekundárně poškodit somatické zdraví jedince (např. změnou stylu života, nerespektováním hygienických pravidel při nitrožilní aplikaci, atd.). Může jít např. o poškození centrální nervové soustavy, jater, ledvin, zažívacího traktu, cév, je zvýšené riziko infekce hepatitidy a HIV“ (VÁGNEROVÁ, 1999, s. 303).*

Důsledkem užívání návykových látek se výrazně mění i zevnějšek člověka. V praxi jsem zjistila, že například užívání pervitinu u mladistvých mívá většinou anorektické účinky, což se projevuje výraznou vyhublostí jedinců. Nitrožilní aplikace pervitinu vede ke vzniku abscesů a k poškození žil. Člověk, který užívá návykové látky s přibýváním času celkově chátrá, zanedbává hygienu a přestává o sebe dbát. To také snižuje jeho sebevědomí.

### 5.2 Psychické důsledky vyvolané užíváním návykových látek

Závislost na psychoaktivních látkách může měnit psychické reakce, vlastnosti a osobnost jedince. *„Dlouhodobé užívání takových látek může vytvořit tzv. organický psychosyndrom, tj. změny osobnosti vyvolané poškozením mozku“ (VÁGNEROVÁ, 1999, s. 303).*

Autorka uvádí několik psychických důsledků závislosti:

- a) Deformace emočního prožívání jedince

*„Závislý člověk bývá labilnější, dráždivější se sklonem k extrémním citovým prožitkům“ (VÁGNEROVÁ, 1999, s. 303).* Citové reakce člověka tak nejsou vždy

přiměřené vyvolávajícímu podnětu. U jedince může jít o změny emocí pod vlivem užívání drogy nebo projev abstinenčního syndromu.

#### b) Kognitivní oblast jedince

Dlouhodobé užívání návykových látek může vést ke zhoršené schopnosti koncentrace pozornosti, paměťové funkce a nakonec až k demenci. Může docházet k prohlubujícímu syndromu poškození CNS. Rychlejší průběh má například při inhalaci organických rozpouštědel (VÁGNEROVÁ, 1999).

Dále autorka uvádí další negativní působení drog:

změnu aktivační úrovně, změnu hierarchie hodnot, změna životního stylu, rezignaci jedince na okolní svět a budoucnost, upadání osobnosti, poruchy charakteru, zhoršení paměti.

### **5.3 Sociální důsledky zneužívání návykových látek**

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2013 publikovaná Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti uváděla, že podle průzkumu v Praze je užívání návykových látek časté především u mladých bezdomovců, zvláště při současném postižení psychiatrickou diagnózou, ohrožené jsou osoby se sexuálně rizikovým nebo kriminálním chováním, ale i osoby, které byly viktimizované.

V roce 2012 bylo hlášeno 45 smrtelných předávkování nelegálními drogami, v r. 2013 pak 47 případů. Kromě toho bylo v r. 2013 zjištěno 292 případů smrtelného předávkování etanolem. Metanol způsobil v r. 2012 u 36 osob úmrtí, v r. 2013 u 9 osob.

Dále se zjistilo, že:

- a) nově nakažených HIV pozitivních osob bylo šest z kontaminovaných injekčních stříkaček,
- b) nově nakažených hepatitidou C mírně stoupl, pohybuje se mezi 15 % - 50% závislých osob, které si drogu píchají,
- c) uživatelé heroinu jsou v horším zdravotním stavu než uživatelé jiných drog,
- d) počet smrtelných úrazů v dopravě stoupl, příčinou byl hlavně alkohol a pervitin,

- e) v sociálně vyloučených lokalitách jsou nejrozšířenější pervitin, konopné látky a těžké látky, v Praze, Brně a severních Čechách také heroin. Početně více zastoupené je také patologické hráčství,
- f) mezi sociální souvislosti patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, rodinné problémy, špatné bydlení nebo bezdomovectví, zadluženost (*Zdravotní a sociální důsledky užívání drog*, 2014).

Alkohol v roce 2013 zavinil šestkrát více úmrtí než nelegální drogy. Proto důsledným zavedením kompletního souboru všech opatření v rámci EU zahrnujícím dechové zkoušky, zdanění a omezení dostupnosti alkoholu a zákaz reklamy by se podle odhadu předešlo vzniku asi 1,4 milionu případů invalidity a předčasných úmrtí v EU, tj. přibližně 2 % ze všech těchto případů (ANDERSON a BAUMBERG, 2006).

## 6 SOUČASNÉ TRENDY ZNEUŽÍVÁNÍ DROG U MLADISTVÝCH

Američtí odborníci uvádějí, že teenageři požívající alkohol jsou značně viditelní a dohledatelní a doporučují pro ně skupinovou terapii. Skála uvádí, že při ústavní léčbě v Apolináři vydrželo natrvalo bez alkoholu jen málo osob pod 20 let (SKÁLA, 1997). Autor dále uvádí, že počet osob ve věku do 20 let, u nichž se už vyvinula závislost na alkoholu, je ve světě 7 miliónů. Podle průzkumů u nás se zjistilo, že mladiství závislí na alkoholu mají stejné nadání jako nealkoholici stejného věku, ale neumí toto nadání uplatnit ani ve školním prospěchu, ani společensky.

Uvádím přehled nejčastějších projevů rizikového chování mladistvých vyplývajících ze zneužívání návykových látek.

### 6.1 Záškoláctví

je úmyslné vyhýbání se vyučování ve škole. Žák nenavštěvuje školu bez vědomí rodičů a často předstírá nemoc nebo jiný důvod, který zabránil jeho návštěvě školy. Nezřídká padělá i podpis rodičů na omluvence.

Záškoláctví má dvě formy:

- a) Impulzivní: dítě se třeba během cesty do školy náhle rozhodne, že tam nepůjde.
- b) Plánované: dítě se předem promyšleně a účelově rozhodne do školy nejít nebo předčasně odejít. Určitý počet neomluvených hodin se toleruje a je pouze na rozhodnutí školy, kolik hodin to je. Někde je to 50 hodin za rok, jinde 100 hodin, ale někde i více (DOLEŽALOVÁ, 2008).

### 6.2 Krádeže

Z praxe v diagnostickém ústavu jsem vyzorovala, že krádeže jsou jedním z nejčastějších důsledků zneužívání návykových látek mladistvými. Jedinec závislý na pervitinu začne nejprve v malé míře krást, aby si sehnal finance na obstarání další dávky. Později se odhodlává k častějším a častějším krádežím, až se taková činnost může stávat každodenní rutinou.



Krádeže jsou většinou záměrné. Dítě/mladistvý však musí být v dostatečné míře vyspělý, aby byl schopen odlišit jiný vztah k vlastním a k cizím věcem. Později může být krádež spojena i s přepadením, tj. s násilnou formou krádeže. Velmi záleží na odlišnosti hodnotového systému sociální vrstvy nebo etnika, kam závislý patří. Velmi podstatný je způsob krádeže.

**Příležitostné krádeže:** nejčastěji u mladších dětí. Dítě chce například vlastnit nějakou věc, která se mu líbí a o svém činu předem příliš neuvažuje.

**Předem promyšlené krádeže:** nejčastěji u dětí ve starším školním věku. Jsou často spojeny se šikanou (například dítě pošle svého spolužáka krást a vyhrožuje mu u toho zbitím).

**Opakované krádeže v partě:** zloděj využívá pomoci ostatních členů party. Vzájemně si vypomáhají (např. jeden předstírá, že krade, aby skryl kamaráda, který opravdu krade, nebo se snaží budoucího okradeného zabavit, aby ztratil pozornost).

Cíl krádeže a motivace podle Vágnerové:

a) Dítě/mladistvý krade pro sebe:

potřebuje získat něco, čeho nelze dosáhnout přijatelnějším způsobem. Bývá to také tehdy, pokud rodina zásadním způsobem selhává (základní uspokojování potřeb jako je jídlo, pití, ošacení).

b) Dítě/mladistvý krade pro druhé.

většinou k sebezprosažení ve skupině vrstevníků. Často tedy krade doma nebo v supermarketech. Tímto způsobem se vemlouvá do přízně kamarádů.

c) Dítě/mladistvý krade pro partu:

za účelem snahy udržet si pozici v partě. Někdy jsou krádeže v partě jako nutná aktivita každého člena (VÁGNEROVÁ, 1999, s. 282 -283).

### 6.3 Prostituce dětí a mladistvých dívek

V praxi jsem se velmi málo setkala s dívkami, které by se prostituovaly proto, aby sehnaly finanční prostředky na drogy. Nejčastěji jsem se setkávala s dívkami, které někdo donutil se prostituovat. Z důvodu velkého stresu a nezvládnutí situace se dívky dostaly k drogám. Často se také sebepoškozovaly.

### 6.3.1 Dívčí prostituce

*„Z některých studií vyplývá, že dívky jsou snáze ovlivnitelné známým mužem, a tudíž jsou to muži, které znají a kteří snadněji získávají jejich souhlas k jakékoliv sexuální aktivitě za peníze či jinou odměnu“ (VANÍČKOVÁ, 2005, s. 71).*

Dětská homosexuální a heterosexuální prostituce v Evropě se vyskytuje hlavně u mladistvých a dětí mezi 12. a 18. rokem. Většina dětí pohybujících se v prostituční scéně se k prostituci dostala díky předchozí zkušenosti buď sexuálního zneužití v dětství, nebo zneužití při fotografování. Průměrný věk dívek, které vstoupily do prostituce, se pohybuje mezi 13. až 14. rokem.

Uvedená autorka rozeznává čtyři fáze nástupu dívky do prostituční scény:

- a) Zajištění ochrany: Kuplíř si dívku získá na svoji stranu, získá si její důvěru a snaží se ji ovlivňovat v myšlení a uvažování. Často se stává, že ji kuplíř podněcuje k tomu, aby se do něj zamilovala, obklopuje ji dárky a přitom se může vydávat za jejího chlapce. (4. pád je ji)
- b) Vytváření závislosti: Kuplíř si dívku ještě více přivlastňuje, snaží se o to, aby dívka přerušila vazby z minulosti. Může dojít ke změně jména dívky a k sociální izolaci.
- c) Kontrola: Dívka je kontrolována v tom, jak se obléká, kam telefonuje aj. Kuplíř často využívá tělesných trestů, oběť týrá a jeho cílem je učinit dívku nespolehlivou a na něm závislou.
- d) Totální dominance: Kuplíř požaduje po oběti zdarma sex pro sebe i pro jeho kamarády kdykoliv a kdekoliv. Oběť je umístěna do bytu či místnosti, odkud je na místo prostituce dopravována, nebo kde se prostituce provozuje (VANÍČKOVÁ, 2005).

**Ukončení prostituce** se děje buď tak, že po několika měsících dívka kuplíři zevšední a je prodána někam jinam. Podle Vaníčkové může být dívka prodána i z důvodu nízkého výkonu, ukradena jinými kuplíři, zadržena policejními orgány, prodána do zahraničí, nebo se jí podaří utéct.

### **6.3.2 Dobrovolná dívčí prostituce**

Velká část mladých dívek provádí prostituci zcela dobrovolně a to z důvodu finančních nedostatků, kdy si dívky nemohou pořídit luxusní věci, které by chtěly vlastnit. Často to tak bývá za účelem dosažení nějakého sociálního statusu, který je normou mezi lidmi, kde se mladí lidé nejčastěji pohybují. Mladé dívky často potřebují větší finanční obnos na značkovou módu, party, kde se platí drahý vstup aj.

Druhým důvodem dobrovolné prostituce je potřeba touhy po dobrodružství, zábava nebo touha ve skupině být v něčem lepší. Je pravda, že pro některé děti, které mají deficit v oblasti emocionální, sociální a duchovní, například v rodině, lze porozumět i bolesti těchto dětí, kterou se snaží utlumit například prostitucí. Pro takového jedince může být zájem zákazníka prvním projevem zájmu o jejich osobu (VANÍČKOVÁ, 2005).

### **6.3.3 Typy dívčí prostituce**

Můžeme říci, že je nejvíce rozšířená v salonech, bytech a na ulici.

Dívky, které se věnují pouliční prostituci, mohou být závislé na návykových látkách a zároveň být na útěku z domova nebo z výchovných ústavů. Pohybují se mezi delikventní subkulturou a mohou být zdrojem pohlavně přenosných chorob, jelikož někteří zákazníci požadují sex bez kondomu. Mezi těmito oběťmi v Čechách je i velká část romských dívek.

Prostitutky se prodávají nejčastěji na dálnicích E-55 v Teplicích a Chebu a za noc mohou vydělat až 200 euro, podle počtu zákazníků, kterých zpravidla bývá až 5 za noc. Lepší pouliční prostitutky jezdí se svými zákazníky přímo do bytů a sex v autě neprovozují.

Dívky věnující se salonní prostituci mohou pracovat například ve fitness centrech, centrech nabízejících masáže a relaxační program. Na takové dívky jsou kladeny vyšší nároky týkající se vzhledu, chování, vzdělání a celkové úrovně. Mezi takovými dívkami jsou často takové, které studují vysokou, či střední školu. Mnohdy ovládají světové jazyky.

Bytové prostituci se dříve věnovaly spíše starší ženy. Dnes je tato prostituce rozšířena také na dětskou bytovou prostituci, mezi které patří i mladiství. Často právě mladé studentky si promiskuitním sexem přivydělávají na cenné věci, které by si za normálních okolností pořídit nemohly (VANÍČKOVÁ, 2005).

## 6.4 Bezdomovectví

Tento pojem se začal více používat po roce 1989. Před rokem 1989 se pojem bezdomovectví příliš nepoužíval, přestože bezdomovectví existovalo. Šlo převážně o osoby, které opustily ústavní výchovu, o pracovníky na stavbách, kteří neměli vlastní domov a bydleli původně na ubytovnách. U těch lidí, kteří v minulém režimu neměli vlastní domov a práci, to byl trestný čin příživnictví. Každý musel někde patřit a někde být zaměstnaný.

Po roce 1989 se spousta lidí špatně vyrovnávala se změnou životního stylu, s větší svobodou a rozdílnou ekonomicko-politickou situací.

*„Bezdomovec je člověk, kterého z různých důvodů postihlo společenské vyloučení a ztráta bydlení nebo který je touto ztrátou ohrožen, žije na veřejných místech či v neadekvátních anebo nejistých bytových podmínkách“ (PRŮDKOVÁ a NOVOTNÝ, 2008, s. 10)<sup>3</sup>.*

Mít domov neznamena mít jen střechu nad hlavou. Znamená to také, že víme, kam se můžeme vrátit a že na nás doma čeká někdo, kdo nás má rád. Mít domov znamená také mít své soukromí. Je to místo, odkud můžeme vyhodit někoho, koho tam neradi vidíme. Pokud člověk ztratí domov, pak ho to hluboce zasáhne. Znamená to pro něj, že nemá kam jít a nikde na něj nikdo nečeká. Můžeme to pozorovat například u lidí, kteří jsou ve výkonu trestu nebo mladiství v ústavní výchově.

### 6.4.1 Vlastní zkušenosti z praxe

V praxi v diagnostickém ústavu se často setkávám s mladistvými dívkami, které nemají domov. Jsou to dívky, které po narození byly umístěny do kojeneckého ústavu, následně dětského domova. Často dětské domovy střídal a v dospívajícím věku začaly experimentovat s návykovými látkami. Z tohoto důvodu musely opustit dětský domov a byly převezeny do diagnostického ústavu. Tyto dívky mají často silné poruchy chování. K okolí jsou agresivní a nepřizpůsobivé. Velmi těžce se s nimi pracuje.

Z praxe jsem také vypožorovala, že někteří mladiství, užívající návykové látky a umístění do ústavní výchovy, se nemohou vrátit do rodin, a tudíž se z nich stávají mladí bezdomovci. Ústavní výchova tyto mladé lidi špatně připravuje na samostatný život a to souvisí s jejich postupným návykem na režim v ústavech. Režim zde často

<sup>3</sup> Jde o Přemysla Novotného.

bývá přísný, omezuje jejich osobní svobodu a může tak deformovat jejich pohled na život. Velmi často se setkávám s tím, že mladiství touží po svobodě, ale neuvědomují si každodenní problémy a realitu, která je s tím spojená.

#### 6.4.2 Formy bezdomovectví

**Zjevní bezdomovci.** Člověk si jich většinou všimne na první pohled, jelikož mají specifický zanedbaný zevnějšek, často zapáchají a konají nějakou neobvyklou činnost jako například sbírání nedopalků, žebrání a přehrabování se v popelnicích. Často u sebe také mívají nejrůznější zavazadla, jelikož s sebou nosí veškerý majetek. Zjevní bezdomovci se vyskytují na veřejných místech, kde se scházejí ve větších počtech a rozmlouvají nebo popíjejí laciné alkoholické nápoje. Někteří jedinci vyhledávají sociální pomoc a někteří ji naopak striktně odmítají, jelikož neradi pocítují závislost na ostatních a raději dají přednost nejistému životu na ulici za cenu svobody.

Mezi zjevné bezdomovce patří taky velký počet dobrovolných bezdomovců, kteří odmítají žít ve většinovém proudu společnosti.

Zjevní bezdomovci jsou velmi nápadní pro okolí a mohou v lidech často vzbuzovat strach. Veřejnost si o nich často vytváří mylnou představu.

**Skrytí bezdomovci** jsou ti, kteří sice jako bezdomovci žijí, avšak snaží se to co nejvíce skrývat. Často pobývají po azylových domech, více dbají o svůj vzhled a neobracejí se tolik na sociální pracovníky. Přes zimu bývají také často v ubytovnách, z nichž brzy odcházejí, nebo je střídají. Na jednom místě se příliš často nezdržují.

Hodně z nich zjevné bezdomovce odsuzuje a distancuje se od nich. Mezi bezdomovci totiž také existuje určitá „společenská“ hierarchie.

**Potenciální bezdomovci.** Patří mezi ně například mladiství, kteří prošli ústavní výchovou a nemohou se vrátit zpět do rodiny, lidé, kteří ukončili léčbu v psychiatrické léčebně nebo terapeutické komunitě, lidé propuštěni z výkonu trestu, aj. Velmi ohroženi jsou také lidé v rozvodovém řízení, užívající návykové látky a lidé s psychiatrickým duševním onemocněním. Do této skupiny patří také jedinci, kteří bydlí v podnájmech, mají nejisté zaměstnání, žijí v nejistých podmínkách a mohou se ze dne na den ocitnout na ulici (PRŮDKOVÁ a NOVOTNÝ, 2008).

### 6.4.3 Příčiny bezdomovectví

Ztráta domova je výsledkem působením vnějších a vnitřních faktorů.

Mezi vnější příčiny patří ekonomicko-politická situace země a sociální politika země. Příkladem je vysoká míra nezaměstnanosti, chudoba, nedostatek zabezpečení lidí v nemoci nebo ve stáří, finanční nedostupnost bydlení a diskriminace příslušníků etnických menšin. Patří tam také institucionální příčiny.

Mezi vnější příčiny patří například materiální podmínky jednotlivých rodin, nízký příjem, zadlužování lidí, kvalifikace, aj.

*„Nejčastější příčinou ztráty domova je u českých bezdomovců rozpad rodiny, druhou nejčastější je ztráta zaměstnání“ (PRŮDKOVÁ a NOVOTNÝ, 2008, s.16).*

### 6.5 Gambling (patologické hráčství)

Z praxe jsem vypožorovala, že většina mladistvých užívajících pervitin má velké sklony ke hraní na automatech. Hra se pro ně stává prostředkem noční zábavy a také prostředkem k získání financí.

*„Patologické hráčství je charakterizováno nutným zaujetím hrou a nutkáním ke hře, bez ohledu na nežádoucí následky takového jednání“ (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 597).*

U jedinců majících slabost pro patologické hráčství si můžeme povšimnout těchto znaků:

**Znaky emočního prožívání:** Hra je spojena s vnitřním napětím a vzrušením. Často u hráčů platí, že čím vyšší je riziko ztráty či výhry, tím větší hráč prožívá vzrušení. Po hře hráč často propadá depresím a zoufalství z výčitek svědomí.

**Změny v uvažování a v hodnocení:** hráč je neustále ovlivňován fantazijními představami o možné výhře. Při tom jsou tyto představy nereálné. Hráč si nedokáže připustit, že dosažení možnosti výhry je velmi nízké. Převažuje zde iracionální emotivní hodnocení možnosti vyhrát a upínání se k těmto představám.

**Změny v oblasti motivace a hodnotového systému:** v případě patologického hráčství nejde často jen o hru jako takovou, ale o hru jako příjem zisku, peněz. Peníze jsou pro člověka, který si hrou vynahrazuje problémy v rodině či partnerských vztazích a pocity osamocení, jistou formou posílení prestiže a náhražkou vlastních kompetencí. Postupem dochází ke změně hodnotového systému a jedinou významnou potřebou se stává hra.

**Typické znaky chování:** hráč nemůže za žádných okolností přestat hrát. Dochází ke stále větším sázkám a vkládání do hry stále více peněz. Sejně jako u návykových látek se může neustále zvyšovat tolerance. Gamblerství často doprovázejí krádeže a užívání drog a alkoholu. To vše gambler omlouvá. Nemá žádné pocity viny nebo i zahanbení. Projevuje se snížené sebehodnocení (VÁGNEROVÁ, 2004).

#### **Vývoj vzniku závislosti na hře prochází čtyřmi fázemi:**

**Fáze rekreačního hraní:** člověk hraje spíše ze společenských důvodů. Neinvestuje do hry tolik financí. Výhra či prohra pro něj není tak podstatná. Uvědomuje si její rizika.

**Fáze vázanosti na výhru:** jakmile jedinec jednou vyhraje, má tendenci si tento ojedinělý zážitek zopakovat. Samozřejmě se zvyšuje četnost hraní a tak i investice do výhry. Hra už přestává být společenskou aktivitou. Ostatní spoluhráči jsou vnímáni jako konkurence.

**Fáze závislosti na hře:** hráč se dostává do fáze, kdy nedokáže přestat hrát. Všechny ostatní hodnoty v životě jdou stranou a prioritní činností se stává čím dál častější hra. Objevují se první potíže z nedostatku financí. Hráč si půjčuje, dluhy nesplácí, často lže lidem v okolí, vymlouvá se, podvádí a krade.

**Fáze sociálního selhání:** dochází ke ztrátě okolí, rodiny. Dochází ke kriminálnímu jednání (VÁGNEROVÁ, 2004)

## **7 PŘÍPADOVÉ STUDIE**

### **7.1 Případová studie: Jana**

Jana byla do diagnostického ústavu umístěna na základě předběžného opatření. Její rodiče dlouhodobě nezvládali výchovu a Jana nedocházela do školy. Hlavní příčinou absence ve škole bylo nadměrné užívání návykových látek a závislost na hraní na automatech.

#### **7.1.1 Rodinná anamnéza**

Jana se narodila v Praze v roce 1999 v Thomayerově nemocnici rodičům, které nikdy neviděla. Matka se jí vzdala hned po porodu a Jana se tak dostala do kojeneckého ústavu, kde zůstala do svých pěti měsíců. Zde se jí ujala „nová“ rodina. Adoptivním rodičům zemřelo dítě při porodu. Další dítě matka potratila a třetí se dožilo jen jednoho roku života.

Náhradní rodina, do které Jana přišla, byla bezproblémová. Adoptivní matka, vysokoškolačka, v současnosti 51 let, vyrůstala ještě se starší sestrou v úplné rodině. Adoptivní otec, také vysokoškolák, v současnosti 50 let, zaměstnaný jako podnikatel a majitel kosmetické firmy v Praze. Jana měla ještě o patnáct let staršího bratra, který se narodil do bývalého manželství adoptivního otce rodiny. S bratrem (momentálně 30 let) nikdy nebyly výraznější výchovné problémy, k návykovým látkám neinklinoval.

#### **7.1.2 Školní anamnéza**

Jana stále ještě navštěvuje základní školu. Momentálně ukončuje 9. třídu. Během studia jednou propadla. Do 6. třídy měla výborný prospěch. V 8. třídě propadla kvůli školní absenci a špatným známkám.

#### **7.1.3 Problémy v rodině**

Vztah Jany a její adoptivní matky doprovázely od útlého věku věčné hádky a nedorozumění. Jana matku nerespektuje. Cokoliv po ní adoptivní matka žádá, tak již ze zásady odmítá. Jana uvádí, že má matku ráda, ale nemá z její strany pocit pochopení. Když se v životě Jany vyskytne osobní problém, ví, že se matce může svěřit - a také to tak v minulosti několikrát udělala. Problémy s přítelem s matkou



řešila dříve, ale poslední dobou ho matka spíše zavrhuje, a tak o něm spolu nehovoří. Otce Jana údajně respektuje mnohem více.

#### **7.1.4 Komunikace s vrstevníky**

Když bylo Janě 11 let, potkala partu nových kamarádů. Mezi nimi byla i nejlepší kamarádka Nella. Zprvu Nella nabízela Janě marihuanu. Poté co se však všichni společně poprvé „zkouřili“, tak Jana přišla na to, že se po užití necítí dobře. Marihuanu v partě tedy zpočátku odmítala. Přátelé jí však tvrdili, že si na marihuanu po čase zvykne a oblíbí si ji, což se i stalo. Po necelých třech měsících Jana marihuanu kouřila každý den. Do školy docházela pravidelně, ale občas potřebovala peníze na cigarety a „trávu“, tak se v partě začala dopouštět drobných krádeží. To vedlo až k tomu, že v 8. třídě propadla.

Mezitím však její nejlepší kamarádka Nella začala s užíváním pervitinu. Byla o dva roky starší. Janu pervitin opět zpočátku nelákal. Jednou však zatoužila potom pervitin vyzkoušet a porozumět tak více svojí kamarádce. Nelly matka měla přítele, který pervitin distribuoval, tudíž dívky pro drogy nešly daleko.

Nella si později našla nového přítele, který pervitin také užíval a do jeho kamaráda se Jana zamilovala. Jmenoval se Honza. Honza byl však už velmi pokročilý uživatel. Pervitin užíval nitrožilně 8 let. Všichni společně tak trávili čas venku, většinou pod vlivem drog. V tu dobu už Jana do školy moc nedocházela. Nejoblíbenější zábavou téhle party bylo noční hraní automatů. Jana s Nellou často navštěvovaly noční kluby. Tam chodily samy bez partnerů. Rádi poslouchaly techno hudbu. Jana zpočátku drogy nitrožilně neužívala. Nejprve „šňupala“, kouřila, aj. K nitrožilnímu užívání došlo později.

Finance na užívání Jana sháněla tak, že kradla v obchodech a lidem na ulici. Často také kradla doma peníze adoptivním rodičům. Honza nejčastěji okrádal lidi na ulici v podchodech nebo večer v temnějších uličkách. Byl schopný pro pár korun lidem i ubližovat. Jana to neviděla ráda a s Honzou měli kvůli tomu konflikty.

Jana nechodila do školy, veškerý čas trávila s Honzou. Každý den hráli automaty. Honza někdy vydržel čekat a hrát automaty až 3 hodiny. Byl velmi závislý. Tohle období trvalo přibližně 6 měsíců. Rodiče Jany nepoznali, že užívá pervitin. Mnohdy se Jana bála, tak se snažila rodičům naznačit, v jaké je situaci. Ti však na

její signály nereagovali. Celá situace se však začala řešit ve škole kvůli Janiným absencím.

### **7.1.5 Cesta ústavu**

Jana byla umístěna do SVP Tršice na Moravě. Zde strávila šest měsíců. Jana uvádí, že užívala pervitin i během propustek, ale nikdo se to nedozvěděl.

Poté, co se vrátila domů do Prahy, začalo všechno jako dřív. Jana milovala Honzu a s tím trávila všechnen čas. Takto fungovala opět 10 měsíců, než byla umístěna do DÚ Hodkovičky, kde je umístěna doposud.

### **7.1.6 Budoucnost**

Jana si je vědoma toho, že na návykových látkách nadále už žít nemůže. Ublížila sama sobě a lidem kolem sebe. Hlavně své rodině, která jí v životě tolik pomohla. Pokud se jí však zeptám, jestli si dokáže představit život bez drog, dlouze se zamyslí a odpovídá, že pravděpodobně nikoliv. Chce se z ústavní výchovy co nejdříve vrátit domů a ze všeho nejvíce se těší na Honzu. Těší se, až spolu půjdou ven a seženou si drogy.

### **7.1.7 Analýza**

Jana nikdy nepoznala své pokrevní rodiče, neví se tedy, zda zde byla možná např. geneticky podmíněná zvýšená tendence ke vzniku závislosti. Adoptivní rodina, kam se Jana dostala výchovu nezvládala, možná i proto, že matka mohla být psychicky traumatizována z předchozí ztráty dvou dětí. Po materiální stránce však Janě nic nescházelo, rodina byla dobře zabezpečena. Jana si však s adoptivní matkou nikdy neporozuměla, byla jí spíše cizí. Problémy se školou začaly v době puberty, kdy se stále častěji objevovaly absence. K užívání drog Janu přivedla kamarádka Nella a posléze se dostala i do party, která holdovala drogám. Spíše se však dá usuzovat, že by si Jana cestu k drogám sama našla a nelze to přičítat pouze k nešťastnému vlivu kamarádky. Na konci ústavního pobytu sice Jana náhled na svou závislost získala a ví, že nelze takto pokračovat, přesto však má nedostatek vůle s užíváním drogy přestat. Tento případ je obtížný a vyžaduje další dohled

výchovu k odpovědnosti. Propuštění do běžného života už v tuto dobu je velmi riskantní.

## **7.2 Případová studie: Alena**

### **7.2.1 Rodinná anamnéza**

Aleně je 16 let a pochází z Ústí nad Labem z fungující rodiny. Je napůl romské a napůl české národnosti. Matka je Češka a pracuje jako dispečerka a otec je zaměstnán v teplárně. Otec je romské národnosti. Alena má ještě sourozence, bratra, kterému je 23 let. Podle Aleny měli rodiče na oba sourozence odmalička velké nároky. Alena říká: „Prostě chtěli, aby ze mne něco bylo“.

### **7.2.2 Zdravotní anamnéza**

Co se týče onemocnění v rodině, otec má diabetes mellitus a Alena má údajně šelest na srdci. Musí chodit pravidelně k lékaři. Žádné jiné vážnější onemocnění se v rodině nevyskytuje.

### **7.2.3 Školní anamnéza**

Alena pravidelně docházela do ZŠ a po ukončení nastoupila na SŠ pedagogickou, kde bylo její studium ukončeno kvůli větším absencím. Alena si s nikým v ročníku nerozuměla a studium ji ani trochu nezaujalo.

### **7.2.4 Parta a drogy**

Alena již v 11 letech začala kouřit a poprvé se opila tvrdým alkoholem. To všechno se svou novou partou lidí, které potkala a s kterými začala trávit svůj veškerý volný čas.

Marihuanu ochutnala poprvé ve 12 letech s tou samou partou. Většinu času trávili na sídlišti venku na lavičkách.

Ve 14 letech potkala Alena prvního přítele. Bylo mu v té době 18 let. Byl závislý na pervitinu. V té době Alenu drogy velmi zajímaly. Její přítel Jan však nechtěl, aby drogy brala, a tak si svojí první dávku sehnala sama. Samozřejmě se jí stav po droze zalíbil, a tak začala spolu s Janem návykové látky užívat pravidelně.

V té době ještě musela hodně času trávit doma, tudíž se většinou přes noc pod vlivem ukrývala ve svém pokoji v bytě rodičů.

Pervitin zpočátku užívali jen prostřednictvím sliznice dutiny nosní, ale po čase přešli na aplikaci nitrožilní. Až v této době si užívání všimli Alenini rodiče. Do té doby neměli žádné podezření.

Doma se problémy začaly stupňovat. Nakonec se rodiče rozhodli, že se půjde léčit, a tak nastoupila do pobytového programu Cesta Řevnice. Po týdnu však pobyt Alena nezvládla a vrátila se domů. Doma to však pokračovalo stejně jako před nastoupením do Řevnic. Situace se naopak ještě zhoršovala.

Přítel Jan se odstěhoval do chaty. Chtěl, aby tam bydlela s ním, což Aleně v té době přišlo vhod. Doma situace podle jejího vnímání už nebyla k vydržení, tak šla za Janem. Spolu vydrželi čtyři měsíce, než Jana z chaty vyhodili a on se ocitl na ulici. Alena se tedy musela vrátit zpátky domů. Chtěla s drogami přestat a to i slíbila rodičům. Jan hodně kradl a dopouštěl se různé jiné kriminální činnosti, nakonec musel nastoupit do vazby na výkon trestu.

Alena po nějaké době potkala nového přítele, dealera pervitinu. Jmenoval se Luděk, bylo mu v té době 34 let a drogy prodával již 16 let. Alena se nastěhovala k Luděkovi do bytu, kde Luděk prodával drogy. Přes den skoro nevycházeli a v noci chodili hrát na automatech. Do prodeje drog byla zapletená celá Luděkova rodina. Luděk s Alenou neměli skoro žádné pravé kamarády. Lidí kolem sebe však měli hodně. Byli to převážně ti, co chodili k nim domů kupovat pervitin.

Alena s Luděkem chodila asi půl roku. Domů nechodila a do školy také ne. Luděk však bral také heroin, který si Alena také vyzkoušela, a uvádí, že ho poté zkusila ještě několikrát. Stav na pervitinu ji však bavit o poznání více. Někdy užívala pervitin dohromady s heroinem. Vše nitrožilně. Nakonec situace vygradovala a rodiče podali návrh na ústavní výchovu. Alena tak odjela do Prahy do diagnostického ústavu Hodkovičky. Policie týden nato vnikla do domu, kde bydlel Luděk se svojí rodinou, provedla policejní zátah a Luděka zavřeli.

### **7.2.5 Přítomnost a vize do budoucna**

Když jsem s Alenou prováděla rozhovor, seděla zrovna na posteli v pokoji v DDÚ Hodkovičky. Svěřila se mi, že si píše s Janem dopisy, a Luděk jí prý také jednou napsal, ale ve vztahu s ním nevidí budoucnost. Chtěla by se vrátit k Janovi.

Sděluje mi, že by chtěla počkat, až bude zase na svobodě, a pokusit se spolu s ním žít normální život na svobodě.

Na otázku, zda tomu opravdu věří, odpověděla, že vzhledem k závislosti na nitrožilním užívání pervitinu se budoucnosti velmi obává. Sama má pro návykové látky velkou slabost, vlastně ani jiný život nepoznala a život na drogách jí vyhovoval.

### **7.2.6 Analýza**

Alena pochází z funkční rodiny. Otec je Rom a matka z většinové společnosti, oba pracují. Alena začala v 11 letech s návykovými látkami. Zřejmě proto také nedodělala střední pedagogickou školu. Od 14 let měla stálého přítele, o 4 roky staršího, který byl závislý na pervitinu. Jana odešla z domu a bydlela s ním 4 měsíce v chatě, než tohoto ubytování pozbyl. Poté si našla nového přítele, který byl podstatně starší, a byl dealerem drog a užíval heroin. Jana však dávala přednost pervitinu. Oba muži se dopouštěli kriminálních činů. Na návrh rodiny byla Alena dána do diagnostického ústavu. V současnosti Alena sice náhled získala, ale obává se, že bez drogy nevydrží. Chce se vrátit k prvnímu příteli.

## **7.3 Případová studie Kristýna**

### **7.3.1 Osobní anamnéza**

Kristýna se narodila v Praze. Těhotenství její matky bylo plánované. V její rodině se nikdy neobjevily problémy s návykovými látkami. Kristýna v dětství neprodělala žádné závažnější onemocnění.

### **7.3.2 Školní anamnéza**

Kristýna nastoupila nejprve na základní školu na 2 roky. Zde měla výborný prospěch. Ve 3. třídě přestoupila na jazykovou základní školu, zde ji však nevyhovoval systém výuky. Od malička se věnovala zpěvu v Bambini di Praga, ráda malovala. V 6. třídě přestoupila na gymnázium Budějovická. Z gymnázia přešla na střední grafickou školu. Teď má však studium přerušeno, jelikož dochází do stacionáře Sananim pro léčbu drogových závislostí. Momentálně by chtěla jít

pracovat, ale školu by si určitě chtěla dodělat. Po škole plánuje odjet do zahraničí a pracovat jako Au Pair.

### **7.3.3 Rodinná anamnéza**

Oba rodiče jsou vysokoškolsky vzdělaní, ale nevěnují se svému oboru. Matka pracuje jako terapeutka v psychiatrické léčebně a otec pracuje na kriminální policii. Celý život žijí ve společné domácnosti. Její mladší bratr chodí na gymnázium. Je mu 15 let. Ve škole prospívá stejně dobře jako Kristýna.

### **7.3.4 Metoda sběru dat**

Při návštěvě dolečovacího centra Sananim jsem se pokusila udělat rozhovor s klientkou, u které byla závislost na droze potlačena v tom nejposlednějším stadiu. Domluvila jsem se telefonicky s pracovníkem centra, který mi s laskavostí rozhovor s klientkou zprostředkoval a poskytl mi dostatečný čas a prostor, kde rozhovor uskutečnit. Neměla jsem bohužel možnost se s klientkou setkat podruhé.

### **7.3.5 Návykové látky a alkohol**

Prvním spouštěčem všech problémů byl Kristýnin přítel. Poznali se, když jí bylo 16 let. V té době začala kouřit cigarety, marihuanu. Přítel byl fanouškem free tekno party, což se Kristýně také zalíbilo. On podle ní bral hodně drog, ale jen o víkendech a na party. Nejvíce bral pervitin, extázi, speed a kouřil marihuanu. Dokonce se sám angažoval a podílel na spolupráci a tvorbě soundsystému. Kristýna zpočátku na tekno party nejezdila. Přítel se jí snažil držet stranou. Touha po drogách a odlišném stylu života však byla silnější. Tak začala na party jezdit s ním. První rok a půl kouřila jen marihuanu. Drogy jí však od puberty zajímaly. Četla hodně knih o drogách a přesně věděla, jaké mají dopady a účinky na člověka.

### **7.3.6 Začátek**

Kristýnin přítel užíval za jejími zády pervitin se svými kamarády. Nechtěl, aby ona pervitin kdykoliv vyzkoušela. Začali se kvůli tomu dohadovat, jelikož Kristýně vadilo, že jí lže a sama chtěla drogu zkusit. Netrvalo dlouho a Kristýna si s přítelem pervitin šňupla. Od té doby si občas o víkedu drogu aplikovali. Před pervitinem ještě

vyzkoušela kokain a extázi, ale tyto drogy neměly tak silný účinek jako pervitin. Kristýna nikdy moc nepila alkohol. To jí příliš nebavilo. Neopíjela se záměrně. Tvrdé drogy jako heroin a ketami (droga, která je na party často k dostání) nikdy nevyzkoušela.

Poté, co se rozešli s přítelem, myslela si, že s drogami skončí. Začala však žít s kamarádkami noční život. Chodily spolu do známého pražského klubu. Experimentovali s LSD. Začala se scházet se sestrou svého bývalého přítele, která měla velmi podobný vztah k pervitinu jako on. Začaly spolu chodit za školu a celý víkend společně strávily pod vlivem drogy. Ve škole, ani doma si však doposud nikdo ničeho nevšiml.

Tímto životním stylem Kristýna strávila celé jarní období. Přes Pavlínu – sestru jejího bývalého přítele, dostala kontakt na dealera. Velmi se s ním s postupem času sblížila a dostávala od něj návykové látky téměř zadarmo. Celé prázdniny si prožila pod vlivem pervitinu. S rodiči však chystali společnou dovolenou. S postupem času se stalo několik podezřelých věcí, které ji usvědčovaly. Její matka je sice psychoterapeutka, ale do poslední chvíle nezaregistrovala jedinou známku podezřelého chování. Během dovolené však Kristýně rodiče našli v tašce drogu, pervitin. Nejprve se Kristýna snažila vymluvit na jinou látku v domnění, že na to rodiče nepřijdou a její lži uvěří, avšak Kristýny otec pracuje u kriminální policie a poslal neidentifikovatelný prášek na expertízu.

Rodiče Kristýně přestali dávat veškerou finanční podporu a doma povětšinou našla jen suchý chleba. První instituce, kterou s Kristýnou navštívili, bylo nejmenované středisko. Terapeuti ve středisku však údajně sdělili rodičům, že u Kristýny je vše v pořádku, a tak se Kristýna navrátila zpět domů.

Jednoho dne, když Kristýna jela do školy, nenašla doma nic k jídlu. Začala se dohadovat s matkou. Matka jí odvezla do psychiatrické léčebny. Zde měla zůstat 2 a půl měsíce na základní léčbu. Kristýna však z léčebny utekla. Cítila, že tam nepatří. Domů se po čase vrátila.

Doma však po čase od matky dostala prášky na spaní, po kterých měla silné halucinace. Rodiče jí opět odvezli do psychiatrické léčebny, kde strávila 14 dní na Detoxu a poté byla propuštěna. Už delší dobu tedy dochází každý den do doléčovacího centra. Celá léčba trvá 3 měsíce.

Do budoucna vidí Kristýna celou situaci tak, že ji drogy pořád zajímají a rozhodně si ještě někdy drogu aplikuje. Nikdy si nesáhla na úplné dno a nikdy se z

drog neléčila dobrovolně. Nehodlá však s drogami zajít příliš daleko. Říká, že nikdy nechce přesáhnout míru normality. S dealerem se nestýká, jelikož se bojí, že by ho otec nechal zavřít. Ráda by se s ním však setkala, ale ne kvůli drogám. Zajímalo by ji, jak se má a jak žije. Kristýna by se v budoucnu ráda osamostatnila, našla si práci a odstěhovala se s nějakou kamarádkou do společného podnájmu. Nechce již bydlet s rodiči.

### **7.3.7 Analýza**

Kristýna byla odmalička ve výchově dobře vedena. Pochází z úplné rodiny. Její rodiče jsou vysokoškolsky vzdělaní, tudíž měli na Kristýnu i patřičné nároky. Kristýna řádně dokončila základní školu a docházela na gymnázium. V 16 letech se poznala s prvním přítelem, se kterým vyzkoušela návykové látky. Poté, co se s ním rozešla s užíváním nepřestala, a potkala dalšího přítele, který také užíval návykové látky. Poté, co u ní Kristýniny rodiče objevili návykové látky, dostala se do léčebny. Momentálně dochází do dolečovacího centra a vztah k drogám ještě nemá zcela dořešen.

## **7.4 Závěr k případům**

V prvním případě u Jany mohlo jít o do jisté míry geneticky podmíněné rizikové chování, což je však pouhá hypotéza, protože o její původní rodině nic nevíme. V každém případě by byla potřebovala od malička vedení zcela vyrovnanými osobami, které by se jí maximálně věnovaly. Adoptivní matka byla sama zřejmě nevyrovnaná a velmi traumatizovaná předchozí ztrátou dětí, takže adopce byla pro ni východiskem z vlastní nouze. Řešila si tedy tím pouze vlastní situaci.

Ve druhém případě by bylo třeba znát bližší údaje o obou rodinách Aleniných rodičů, a zda tam nebyly nějaké možné vlivy, které nepřímo mohly zavinit její velice časně užívání drogy. Mohlo jít také o neschopnost stačit výuce na střední škole a úniku z této situace.

Ve třetím případě bylo Kristýně dopřáváno řádné výchovy ze strany rodičů a doma měla vždy pevné zázemí. Její matka pracovala s drogově závislými a bylo pro ni samotnou téměř nepředstavitelné, že by sama její dcera mohla mít s drogami problém. Proto si myslím, že situaci zpočátku podcenila. Bylo pro ni zřejmě složité si připustit, že její dcera se pohybuje ve společnosti toxikomanů, s kterou ona pracuje.



Z vyprávění Kristýny usuzuji, že se pohybuje v subkultuře, která ji může vystavit mnohým nebezpečným rizikům.

Přesto, že si Kristýniny rodiče povšimli odlišného chování pozdě, domnívám se, že nepochybili v důsledné institucionalizované léčbě a prevenci.

Ve všech třech případech je zřejmé velmi rizikové chování ve volbě partnerů. Větší potenciální úspěch na návrat do běžného života má Alena, i když i zde bude nutný důsledný dohled sociálního pracovníka a v případě recidivy užívání drog nejspíš další omezení svobody. Metodou volby, která by mi připadala asi nejlepší, by bylo umístění obou na venkovské usedlosti, kde komunita pracuje s půdou a zvířaty a je trvale v přírodě za dohledu zodpovědných osob.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci se zabývám rizikovou skupinou mladistvých dívek, které užívají drogy se všemi následky, které tato závislost přináší. Pracuji v diagnostickém ústavu, kam jsou tyto dívky umisťovány, proto v práci uplatňuji i vlastní zkušenosti.

Teoretická část práce - po výkladu základních pojmů – podávám přehled o nejčastěji užívaných drogách. Také se zmiňuji o jejich úloze v historii lidstva, zabývám se jejich působením na lidský organismus a zabývám se jejich zdravotními, tedy tělesnými a psychickými důsledky. Pozornost též věnuji sociálním důsledkům této závislosti.

V praktické části pak uvádím tři případové studie, s nimiž jsem se setkala během své praxe v diagnostickém ústavu a dolečovacím centru Sananim. Zvažuji hypotézy, které se mohly podílet na závislostech všech třech dívek, a navrhuji možné řešení.

## LITERATURA

- ANDERSON, Peter a. BAUMBERG, Ben. *Alcohol in Europe. A report for the European Commission.* London: Institute of Alcohol Studies, Juni 2006.
- DUNDR, Milan. Původ a rozšíření drog. *Časopis Vesmír.* 1995, 74, 4, 189 – 194. ISSN [neuvedeno].
- DVOŘÁČEK, Jiří. Detoxikace, léčba odvykacího syndromu. In: Kamil KALINA, Josef RADIMECKÝ a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup.* Část 5. Praha: : Úřad vlády České republiky, 2003, s. 304 – 310. ISBN 80-86734-05-6.
- ESCOHOTADO, Antonio. *Stručné dějiny drog.* Přeložil Luděk LANDA. Praha: Volvox Globator, 2003. ISBN 80-7207-512-5
- GROHMANOVÁ, Kateřina. Dělení drog, účinky, komplikace. In: Josef Radimecký aj. *Učební texty ke kurzu: Úvod do adiktologie.* Praha: Centrum adiktologie PK 1. LFUK a VFN, 2007. ISBN [neuvedeno].
- HÁJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách.* Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0135-9
- HARTL, Pavel a HARTLOVÁ Helena. *Psychologický slovník.* Praha: Portál, 2000, s. 15, 122, 622, 661, 700. ISBN 80-7178-303-X.
- HOLUB, Josef a LYER, Stanislav. *Stručný etymologický slovník jazyka českého.* 2.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978, s. 141.
- HUČÍN, Jakub. *Hovory o psychoterapii. Péče o duši současného člověka.* Praha: Portál, 2001, s. 118 - 122. ISBN 80-7178-523-3.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva. Tabák a závislost na tabáku. In: KALINA, Kamil, Josef RADIMECKÝ a kol. *Drogy a drogové závislosti1: mezioborový přístup.* Část 3. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 205 - 210. ISBN 80-86734-05-6.
- KREIGOVÁ, Margaret B. *Zelená medicína.* Přeložila Miroslava ŘÍHOVÁ. Praha: Orbis, 1970.
- KUDRLE, Stanislav. Model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci. In: KALINA, Kamil, Josef RADIMECKÝ a kol. *Základy klinické adiktologie.* Část I. Praha: Grada, 2008, s. 17 – 19. ISBN 978-80-247-1411-0.

KUDRLE, Stanislav. Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. Kamil KALINA, a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Část 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 83 – 89. ISBN 80-86734-05-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 237, 253 – 254. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, Oldřich a Jana ŠUSTOVÁ. Vývoj sociální práce jako oboru v západním světě. In: Oldřich MATOUŠEK a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001, s. 83 – 109. ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál 1998. ISBN 80-7178-226-2.

MINAŘÍK, Jakub. Opoidy a opiáty. In: KALINA, Kamil, Josef RADIMECKÝ a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Část 3. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 159 - 163. ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, Jakub. Stimulancia. In: KALINA, Kamil, Josef RADIMECKÝ a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup 1: mezioborový přístup*. Část 3. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 164 - 168. ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, Jakub a Tomáš PÁLENÍČEK. MDMA a jiné drogy „technoscény“. In: KALINA, Kamil, Josef RADIMECKÝ a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Část 3. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 200 - 203. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, Michal. Halucinogenní drogy. In: KALINA, Kamil, Josef RADIMECKÝ a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Část 3. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 169 - 173. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, Michal. Konopné drogy. In: KALINA, Kamil, Josef RADIMECKÝ a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Část 3. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 174 - 179. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, Michal. Zdravotnický obor adiktologie: reflexe vzniku, současného vývoje a budoucího směřování kvalifikačního studia. *Adiktologie*. 2007, roč. 7, č. 2, s. 138 – 153.

NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995, s. 218-219. ISBN 80-85255-74-X.

NEŠPOR, Karel. Odvykací syndrom a carving: Klinické a behaviorální aspekty. In: Kamil KALINA, Josef RADIMECKÝ a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Část 3. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 151 – 157. ISBN 80-86734-05-6.

*Ottův slovník naučný*. Díl 25. Sestavil Jakub MALÝ a Tomáš MASARYK, ed. Praha: Jan Otto, 1906, s. 709 – 711.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NOVOTNÝ, Adolf aj. *Biblický slovník*. 1. díl. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Ústřední církevní nakladatelství, 1951 – 1956, s. 553

POPOV, Petr. Alkohol. In: Kamil KALINA, Josef RADIMECKÝ a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Část 3. Rozdělení a účinky návykových látek. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003, s. 151 – 157. ISBN 80-86734-05-6.

POPOV, Petr. Problematiku alkoholu v ČR z pohledu adiktologie. *Revue České lékařské akademie*. 2013, 10, 9, 6 – 7.

PRŮDKOVÁ, Taťána a Přemysl NOVOTNÝ. *Bezdomovectví*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-100-0.

RADIMECKÝ, Josef, Barbara JANÍKOVÁ, Tereza DANĚČKOVÁ Tereza aj. *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči*. Praha: Klinika adiktologie LF UK, 2007. SBN 978-80-239-9961-7.

SCHREIBER, Vratislav. *Medicína na přelomu tisíciletí*. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0822-5.

SKÁLA, Jaroslav. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy, abúzus a závislost*. Praha: Avicenum, 1986. [ISBN nevedeno].

SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987. [ISBN nevedeno].

SKÁLA, Jaroslav. Psychoterapie osob závislých na alkoholu. In: Jiří RŮŽIČKA a Jaroslav SKÁLA. *Psychoterapie II*. Sborník přednášek. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-40-3.

SKÁLA, Jaroslav. *Lékařův maraton*. Praha: Český spisovatel, 1998. ISBN 80-202-0663-9.

ŠÁMAL, Pavel, Helena VÁLKOVÁ aj. *Zákon o soudnictví ve věcech mládeže: komentář*. 3. vyd. Praha: C.H.Beck, 211. Edice Zákony a právo. EAN 978 80740 035 09.

VANÍČKOVÁ, Eva. *Dětská prostituce*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1138-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0.

VOKURKA, Martin, Jan HUGO a kol. *Velký lékařský slovník*. 8. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, s. 234. Edice Jessenius. ISBN 978-80-7345-166-0.

## Internetové zdroje

DOLEŽALOVÁ, Lada. *Záškoláctví* [online]. ©2008 [cit.2015-06-08]. Dostupné na: <http://socialni-prace.webnode.cz/zaskolactvi/>

Drogy v historii. *Klub Přátel Zeleného Listu* [online]. ©2004 [cit. 2015-05-24]. Dostupné na: [http://www.kpzl.wz.cz/id\\_hist.html](http://www.kpzl.wz.cz/id_hist.html)

Historie drog. *APU.cz, aktuální publicistika* [online]. ©2007 [cit. 2015-05-24]. Dostupné na: <http://www.historie.drog.apu.cz>

MLČOCH, Zdeněk. *Statistika spotřeby alkoholu na osobu v ČR – statistika spotřeby za rok* [online]. ©2015, 7.5.2015 [cit. 2015-05-24]. Dostupné na: [http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky\\_a\\_statistiky](http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky_a_statistiky)

Otrava metanolem. *Medicína, nemoci, studium na 1.LFUK* [online]. ©2014 [cit. 2015-05-24]. Dostupné na: <http://www.stefajir.cz>

PACLT, Ivo. Stimulancia užívaná v České republice. *Remedia*. 2005, roč.15, č.6 [online]. ©2005 [cit. 2015-05-24]. Dostupné na: <http://www.remédia.cz/okruhy-temat/Psychiatrie>

SPERGL, Ladislav. Likéry a lihoviny. In: *Původní technologie výroby likérů, lihovin, piva, vína*[online]. ©2001, 24. 4. 2011[cit. 2015-05-24]. Dostupné na: <http://www.tech-info.cz/>

Studie: 30 % mužů v ČR pije alkohol rizikově a škodlivě. *Zdravotnictví, medicína* [online]. ©2010, 14.1.2010 [cit. 2015-05-24]. Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina>

Tvrký alkohol. *Historie alkoholických nápojů* [online]. ©2014 [cit. 2015-05-24]. Dostupné na: <http://www.myschwerk.webzdrama.cz>

Zdravotní a sociální důsledky užívání drog v ČR. *Security magazín* [online]. ©2014, 10.12. 2014 [2015-05-24]. Dostupné na: <http://www.securitymagazin.cz/zpravy/>

## Zákony

ČESKO. Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže. In: *Sbírka zákonů*. 26. června 2003.