

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

System péče o drogově závislé adolescenty
srovnání se zahraničím

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Ivan Nedoma

Vypracovala:
Petra Hejtmánková

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Systém péče o drogově závislé adolescenty, srovnání se zahraničím zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 05.04.2010

.....
Petra Hejtmánková

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Ivanu Nedomovi za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat své rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Petra Hejtmánková

OBSAH

Úvod	3
I Teoretická část	
1. Vymezení základních pojmů	5
2. Abúzus a závislost u adolescentů	7
2.1 Charakteristika cílové skupiny	7
2.2 Rizikové skupiny	9
2.3 Nejčastěji užívané drogy u adolescentů	10
2.4 Specifika v rozvoji závislosti	16
2.5 Důsledky problémů s drogami	17
2.5.1 Zdravotní důsledky	17
2.5.2 Sociální důsledky	19
2.6 Právní problematika u závislých adolescentů	19
3. Možnosti prevence, intervence a léčby	21
3.1 Prevence	21
3.1.1 Primární prevence	21
3.1.2 Sekundární prevence	23
3.1.3 Terciární prevence	23
3.2 Systém péče v ČR a jeho složky	24
3.2.1 Terénní programy a nízkoprahová centra	26
3.2.2 Ambulantní léčba a denní stacionáře	28
3.2.3 Ústavní detoxifikace, léčba krátkodobá a střednědobá	30
3.2.4 Dlouhodobá léčba a terapeutické komunity	32
3.2.5 Doléčovací programy	34
3.2.6 Dlouhodobé – udržovací substituční programy	35
3.2.7 Jiné programy a služby	36
3.3 Další složky uplatňující se v průběhu péče o drogově závislé	36

3.3.1 Úloha rodiny	37
3.3.2 Úloha školy	37
3.3.3 Úloha vrstevníků	38
3.3.4 Účast ostatních orgánů a organizací	39
4. Péče o mladistvé uživatele drog v zahraničí	40
4.1 USA	40
4.2 Nizozemí	40
4.3 Velká Británie	41
4.4 Rakousko	42
4.5 Německo	43
4.6 Finsko	44
4.7 Řecko	44
5. Místo sociálního pedagoga v systému péče o drogově závislé adolescenty	46
II Praktická část	
6. Řízené rozhovory s rodiči uživatelů	48
7. Řízené rozhovory se školními metodiky prevence	51
8. Analýza výsledků rozhovorů	53
Závěr	55
Resumé	58
Anotace, klíčová slova	59
Seznam použité literatury	60
Seznam příloh	

Úvod

Užívání či zneužívání psychotropních látek provází lidstvo od nepaměti. Od 20. století však stále více představuje svými důsledky závažný problém. Zatímco do 60. let minulého století se drogy považovaly za problém odborný, jímž se zabývala úzká skupina kvalifikovaných odborníků (psychiatři, kriminalisté), v dalších třiceti letech se ve vyspělých zemích stávají drogy problémem společenským, což vedlo ke změně koncepce a drogové politiky mnohých států. Od r. 1990 již mezinárodní společenství (v Globálním akčním plánu VS OSN) charakterizuje problém drog jako problém globální, což v praxi znamená, že:

- ovlivňuje všechny země světa,
- každá země má svou úlohu (producentická, tranzitní, spotřebitelská, ta se může měnit),
- nikdo nezůstává stranou (ohrožen je každý jedinec, každá rodina),
- nelze tento globální problém řešit na jednom místě.

Globalizace problému souvisí zejména s vytvořením světového nelegálního trhu s drogami, který je nejrozsáhlejším trhem na světě.

Drogy zasahují do života člověka i celé společnosti na mnoha úrovních. Pro jedince představují rizika zdravotní (psychická i somatická), zasahují do oblasti sociální (vztahové, profesní, často také kriminální). Dopady na celou společnost již byly zmíněny výše.

Statistické údaje ukazují, že se snižuje věk prvního kontaktu s drogou, můžeme se setkat s abuzéry již ve školním věku, ale trend zneužívání drog je nejvýraznější ve věku 15-19 let. Tito lidé tvoří téměř polovinu všech uživatelů drog. Adolescenti představují v jistém smyslu specifickou skupinu. Již je neoznačujeme jako děti, ale ještě nejsou dospělými v bio-psycho-sociálním kontextu. To s sebou nese řadu zvláštních rysů, které zneužívání či závislosti dospívajících provázejí. Významným limitem je chybění skutečné motivace k osobnostní změně, častá je i absence náhledu a tím i neochota ke spolupráci. Tomu musí být přizpůsobena jak opatření na poli prevence, tak i terapeutické působení, jehož úspěšnost je zvýšena zvláště dobrou spoluprací s rodinou a ostatními složkami systému, které se v této oblasti uplatňují.

Je zřejmé, že drogy ani v 21. století nezmizí zbožným přáním či politickým rozhodnutím a vůbec už ne ignorováním problému. Je nutné situaci sledovat a dělat, co je možné a přináší užitek. Z toho vychází i pragmatický přístup EU, v jejímž rámci se pohybuje i protidrogová politika ČR.

Cíl práce:

V teoretické části své bakalářské práce chci jednak charakterizovat cílovou skupinu, tedy adolescenty, zmínit možné mechanismy vzniku závislosti na drogách, rizikové faktory, nejvíce zneužívané drogy v ČR, důsledky jejich zneužívání a v neposlední řadě i možnosti prevence a léčby. Součástí bude také popis některých zkušeností a projektů v zahraničí.

V praktické části bych chtěla na základě rozhovorů s rodiči mladistvých zneuživatelů dokumentovat jejich zkušenosti s dostupností péče, přístupem škol, zdravotnických institucí a úřadů. Dále na základě rozhovorů s metodiky školní prevence SŠ a SOU porovnat jejich zkušenosti s drogami u studentů, s preventivními programy, se spoluprací s jinými institucemi. V závěru se pokusím postihnout některé nedostatky v péči o tuto skupinu zneuživatelů a zmínit možnosti sociálního pedagoga v této oblasti.

I Teoretická část

1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Droga (název pochází z francouzského *drogue*) je chemická nebo přírodní látka, která mění tělesný nebo duševní stav člověka.

Dle definice WHO „*je to každá substance, která po vpravení do organismu může změnit jednu nebo více jeho funkcí*“ (Urban, 1973, s. 11).

Abúzus (zneužívání, nadužívání) „*představuje takový vzorec užívání, kdy droga způsobuje již tělesné, duševní, pracovní či jiné problémy*“ (Nešpor in Höschl, 2002, s. 558).

Závislost dle WHO je „*stav psychické a někdy i fyzické závislosti vyplývající z interakce mezi živým organismem a drogou charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu pravidelně pro její psychické účinky anebo s cílem se vyhnout nepříjemným stavům vyplývajícím z její nepřítomnosti*“ (Urban, 1973, s. 12).

Pojem **toxikománie** se používá jako synonymum pro závislost.

Závislost může mít **psychický** nebo **somatický** charakter v souvislosti s různým účinkem jednotlivých látek na organismus.

Základní charakteristikou závislosti je **craving**, což je bažení, touha až kompulzivního charakteru užít drogu.

Závislost nevzniká náhle, ve většině případů probíhá v několika po sobě jdoucích fázích:

1. stádium **experimentální** (občasné užití přináší příjemné, dosud nepoznané prožitky, negativní účinky nejsou, dotyčný zvládá práci, školu apod., okolí nic nepozná),
2. stádium **příležitostného užívání** (zjištění, že droga mu pomáhá při zvládnání stresu, nudy, za tímto účelem se k ní vrací, je si vědom nesprávnosti, většinou to tají),
3. stádium **pravidelného užívání** (častější konzumace drogy, přestává mu zaležet na okolí, vyhledává podobné kontakty),

4. stádium **závislosti** (jsou změny v psychické, somatické i sociální oblasti, droga se dostává na první místo, často ji jedinec bere jen proto, aby zabránil příznakům z odnětí) (Fischer, 2006).

Odvykací stav (abstinenční syndrom) „představuje skupinu rozličně seskupených a rozličně závažných příznaků vznikajících při absolutním nebo relativním odnětí drogy po jejím dlouhodobém užívání“ (Novomeský in Niklová, 2009, s. 26).

V souvislosti se závislostí se hovoří o **toleranci**, čímž se rozumí „snížená odpověď organismu na účinky drogy, kterou konzument musí přijímat na dosahování stejného účinku v neustále vyšších dávkách“ (Ondrejko in Niklová, 2009, s. 26).

Misúzus označuje takové užití léků nebo společensky tolerovaných drog, které nelze vysvětlit medicínskými důvody nebo kde je dávka nepřiměřeně vysoká, eventuelně jsou užity v nevhodné situaci (Urban, 1973).

Jako **úzus** označujeme „užívání drog (léku) v souladu s oprávněnými zájmy a potřebami jedince a společnosti“ (Hroncová, Kraus in Niklová, 2009, s. 26).

2. ABÚZUS A ZÁVISLOST U ADOLESCENTŮ

2.1 Charakteristika cílové skupiny

Období adolescence zahrnuje věkovou skupinu 15-21 let. Jedná se o druhou fázi dospívání, která následuje po dramatickém období pubescence. Jde více o proces dozrávání než o prudké změny. Na jeho konci je dosaženo plné reprodukční schopnosti a je ukončen tělesný růst. Zrání mozku se ustaluje okolo sedmnáctého roku věku. V tomto období se vyhraňují a stabilizují povahové vlastnosti a dochází k závažným změnám v oblasti sociální. I zde však existuje výrazná individuální variabilita. Sociální vývoj je poznamenán rozporem mezi biologickým dozráním jedince a jeho sociální nezralostí a praktickou ekonomickou závislostí na rodině, která využívá této skutečnosti často k omezování v mnoha směrech, což může vystavit sebeúctu mladého člověka frustraci, zřeknutí se odpovědnosti za vlastní rozvoj a hledání „alternativní kultury a prožitků“. Emoční a osobnostní vývoj také obsahuje dva vzájemně se prostupující a ovlivňující procesy. Jedny jsou vázány na individuaci - uvědomování, restrukturalizaci a upevnění nové osobité struktury cílů, postojů, hodnot a projevů, druhé se vztahují k problematice socializace, včleňování do užších i širších společenských vztahů. (Vašutová, 2005). Dospívající by měl v tomto věku také experimentovat a hledat v oblasti vytváření přátelských a partnerských vztahů. Cílem je najít stabilnější místo mezi vrstevníky, prožití intimity partnerského vztahu a naplnění vzájemné potřeby idealizace v období zamilování. Dochází ke ztrátám a zklamáním. Zde mohou drogy představovat pomocný prostředek - snížit rozpaky, tlumit zklamání, přinést stav, kdy člověk vlastně již nikoho ani nepotřebuje, nebo naopak posílit pocit sounáležitosti se skupinou zasvěcených (Hajný in Kalina a kol., 2003a).

Toto období se rovněž nazývá stádiem identity (Erikson in Kalina a kol., 2008). Rozděluje se na stádium sociální identity, kdy nabývá na významu vrstevnická skupina v době dočasného odvrácení se od rodičů. K dovršení vývoje dochází v období tzv. osobní identity, kdy si jedinec osvojí relativně zralý pohled na vlastní osobu a společenství, v němž žije. Řeší otázky kdo jsem, jaký sem, kam patřím, čemu věřím, co chci podniknout se svým životem. Přejít mezi jednotlivými stádii má často obraz

vyhrocené krize (Říčan in Svobodová, 2009). Užívání drog se tak pro dospívajícího může stát úlevným útočištěm a odpovědí na mnoho těžko řešitelných otázek.

V období adolescence by měl člověk také dokázat přijmout reálný obraz svého těla, ujasnit si svou sexuální preferenci a bez nadměrného studu realizovat své potřeby. Užívání drog v tomto nabízí řadu úniků či náhradních řešení (snižuje zábrany, snížení chuti k jídlu může vést k žádoucímu úbytku váhy apod.) (Hajný in Kalina a kol., 2003a).

Souhrn oblastí, které tedy musí adolescent zpracovat (Erikson, Kalina in Kalina a kol., 2008) je následující:

- vývoj stabilního pocitu vlastní identity (včetně přijetí vlastního těla, sexuality a genderové role),
- vývoj nezávislosti – emancipace od původní rodiny, dosažení emoční autonomie od rodičů,
- konstituování důležitých a významných vazeb s autoritami,
- konstituování důležitých významných vazeb s vrstevníky, získání akceptovatelné pozice ve vrstevnické skupině,
- ujasnění životních cílů a hodnot,
- příprava na povolání a životní dráhu,
- založení uspokojivého sexuálního vztahu.

Rizikové momenty jsou pak zvláště tyto:

- adolescent opouští svou dětskou roli,
- zároveň má pocit, že je opouštěn,
- hledá nový smysl (i v návykových látkách),
- je frustrován z nezdařených pokusů,
- potřebuje ventilovat svou agresivitu.

Zdálo by se, že dobře disponovaní jedinci s dobrým zázemím jsou mimo rizika zneužívání psychoaktivních látek. Bohužel tomu tak není. Statistiky jasně ukazují, že vyzkoušet si drogu v době dospívání je dnes téměř standardní úkon. Pro některé se stává užití drogy, byť opakovaně, jen pouhou zkouškou a zůstává víceméně na společensky přijatelné úrovni a nemívá na nastavené zaměření vývoje významný vliv.

2.2 Rizikové skupiny

Zatímco v předchozí kapitole jsem se pokusila nastínit rizikové situace v adolescenci, které mohou vést prakticky k jakýmkoliv sociálně-patologickým jevům, zde se pokusím zmínit konkrétněji jednak mechanismy vzniku drogové závislosti obecně a jednak definovat tzv. ohrožené skupiny mladých lidí.

Při zkoumání etiologie drogových závislostí měla velký význam tzv. Kilhozova triáda, která obsahovala 3 faktory – osobnost, drogu a prostředí (Novotný in Niklová, 2009).

Urban (1973) uvádí 4 faktory:

1. farmakologické = droga (její účinky, dostupnost),
2. faktory somatické a psychické (osobnost), dle Nešpora a Czémyho (1997) představují adolescenti rizikovou skupinu,
3. faktory environmentální (prostředí) - rodina - riziko představuje závislý rodič, neexistence pravidel v rodině, nebo naopak přílišná přísnost a fyzické tresty v rodině (Malewská in Niklová, 2009), vliv vrstevnických skupin, médií,
4. faktory precipitační (podnět) - u adolescentů to bývá nuda, zvědavost, nepříjemnosti v rodině, ve škole, umělé zvyšování si pocitu odvahy (Kraus, Hroncová in Niklová, 2009).

Novotný a Ondrejkovič k výše uvedeným faktorům řadí i faktor 5. faktor frekvence (častost užívání drogy - čím častěji se mladý člověk dostává do kontaktu s drogami, tím vyšší je pravděpodobnost vzniku závislosti).

S. Arterburn a J. Burns u mladistvých stanovují 6 klíčových faktorů:

1. biologický předpoklad (riziko je vyšší, je-li jeden z rodičů alkoholik),
2. tlak okolí (touha být akceptován vrstevníky, přizpůsobit se jim),
3. postoj rodičů,
4. životní krize (zátěžové situace, choroby, rozvody rodičů, neúspěchy ve škole, sportu),
5. deprese (jistý stupeň deprese je v pubertě a adolescenci běžný),
6. vztah rodičů k dětem (důležitost kvalitního rodinného zázemí a odpovědnost rodičů za výchovu dětí).

Podle Ondrejkooviče je velmi vhodný tzv. Model šesti cest směřující k užívání drog, který vytvořil kolektiv autorů pod vedením R.K.Silbereisena:

1. užívání drogy jako náhrady,
2. užívání drogy jako úmyslného porušování norem (vzpoura),
3. užívání drogy za účelem vyrovnání se s krizovými situacemi,
4. užívání drogy jako cesta k zařazení se do skupiny vrstevníků,
5. užívání drogy jako výraz vlastního stylu,
6. užívání drogy jako prezentace vlastní dospělosti a nezávislosti.

Z předchozího vyplývá, že kruciální význam pro ochranu dětí a mladistvých před drogami má fungující rodina, odpovědná a podnětná výchova. (Niklová, 2009).

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) zkoumá v 30 evropských zemích (země EU, Chorvatsko, Norsko a Turecko) intervence zaměřené na ohrožené skupiny mladých lidí ve věku 15-24 let. Ohroženost je definována pomocí toho, zda má konkrétní skupina na základě sociodemografického profilu a souvisejících rizikových faktorů vyšší sklon k užívání drog. Při stanovení těchto rizikových skupin došlo mezi státy EU k všeobecné shodě. Patří sem:

- mladí pachatelé,
- mladí lidé v ústavní péči,
- osoby, které předčasně ukončily školní docházku,
- studenti se sociálními nebo studijními problémy,
- mladí lidé, kteří žijí ve znevýhodněných rodinách a/nebo čtvrtích, kde se koncentruje mnoho rizikových faktorů a problémů spojených s užíváním drog.

Tyto skupiny se vzájemně prolínají (souhrn- zpráva ESPAD za rok 2007).

2.3 Nejčastěji užívané drogy u adolescentů

Různé drogy přicházejí do módy a zase vycházejí z módy. Jejich dostupnost a ceny představují faktory, které pomáhají určovat, které z nich se užívají. U nás doznala největších změn drogová scéna v 90. letech. Přesto si však jedno z čelních míst udržuje alkohol a to i u adolescentů.

Alkohol (etanol, etylalkohol)

Patří do skupiny látek s názvem alkoholy. Alkohol je sloučenina získaná kvašením cukru, která je obsažena v pivu, vínu a dalších lihovinách. Intoxikujícím prvkem je etanol. Alkohol se zdá být méně nebezpečnou látkou než ve skutečnosti je, jeho užívání je sice omezeno některými zákonnými úpravami, ale je obecně tolerován. Nicméně co se týče návykového potenciálu a rizik užívání alkoholu, pohybuje se v rovině tvrdých drog. Obzvláště nebezpečné jsou kombinace s jinými tlumivými látkami. Závislost má složku tělesnou i psychickou. Platí, že v čím nižším věku se začne s užíváním, tím je vznik závislosti snazší.

Alkohol působí na centrální nervový systém, který obecně tlumí. Už v malém množství jsou patrné jeho účinky na koordinaci pohybu, rychlost reakcí, úsudek i rozhodování. Také oslabuje vnímání bolesti, přesto je díky uvolnění po užití považován za životabudič. V psychické sféře alkohol odstraňuje zábrany, což může vést ke šťastnější atmosféře ve společnosti. Ale odstranění zábran může také být motivem ke vzrušeným emocionálním projevům a agresivitě.

Co se týká rizik spojeným s užíváním, somatické poškození je vázáno na dlouhodobější užívání alkoholu. Lokálně dráždivý účinek vede k poškozování trávicího traktu, probíhají hormonální změny, které u mužů snižují produkci testosteronu, což může vést až k impotenci. Poškozen je i srdeční oběh. I psychické komplikace vznikají spíše po dlouhodobě trvajícím pití, ať už jde o odvykací stavy včetně deliria tremens¹, alkoholové psychózy či demence. (Kolektiv autorů SANANIM, 2007).

Konopné drogy

Konopí neboli rostliny druhu Cannabis jsou látky s halucinogenním účinkem a pěstují se i v našich klimatických podmínkách. Nejčastější způsob užití je kouřením, často i s příměsí tabáku. Marihuana také slouží k přípravě různých pokrmů a nápojů nebo jako surovina pro získávání hašiše. Marihuana se na drogové scéně vyskytuje již velmi dlouho, zvláště v 90. letech se její užívání akcelerovalo, zkušenosti s ní mají desítky procent dospívajících a mladých dospělých. Stále diskutovanou otázkou je, jestli marihuana je vstupní branou k užívání jiných drog. Podle dostupných studií a výzkumů vyplývá, že tomu tak není, hlavní iniciační drogou je rozhodně alkohol. Ale iniciační

¹ odvykací stav s deliriem charakterizovaný dezorientací, halucinacemi, neklidem, třesem, pocením apod.

efekt může mít marihuana v rovině sociální (distributor marihuany může nabídnout i „něco silnějšího“).

Kanabinoidy v lidském těle ovlivňují specifické receptory CB1 v mozku a CB2 ve slezině. První ze jmenovaných jsou zodpovědné za typické efekty konopí, receptory CB2 negativně ovlivňují imunitní odpověď organismu. První příznaky nastupující intoxikace bývají někdy nepříjemné, dochází k porušení kontaktu s realitou, mění se vnímání času, dostavuje se zaostření smyslových vjemů, někdy i poruchy krátkodobé paměti. Nastupují pocity blaženosti a euforie, typický je bezdůvodný a neutišený smích. Mohou se objevovat i halucinace. Z fyzických příznaků je typická zvýšená chuť k jídlu, sucho v ústech a zarudnutí očí. Při odeznění účinku se často dostavuje zmatenost, otupělost a únava. Dlouhodobé užívání konopných drog vede k typickým změnám - „huliči“ (dlouhodobí uživatelé konopí) jsou pomalí, zabývají se detaily a trpí poruchami krátkodobé paměti. Stejně jako u jiných drog platí, že je nevhodné marihuanu kombinovat s jinými psychotropními látkami včetně alkoholu. Co se týká somatických poškození organismu, kouření marihuany s sebou nese podobná rizika jako kouření cigaret. Obsah škodlivin je ale až pětinašobně vyšší. Také není vhodné kouřit marihuanu ve chvílích, kdy se člověk necítí zcela v pořádku, nevyhovuje mu aktuální prostředí. Marihuana totiž může tyto negativní pocity prohloubit (Kolektiv autorů SANANIM, 2007).

Pervitin

Pervitin je psychomotorický stimulans (psychostimulans), který výrazně ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce. Jedná se o bílý nebo do fialova zbarvený prášek či krystaly. Typickým způsobem aplikace je šňupání a aplikace do žíly. Méně časté je kouření. Užití pervitinu snižuje únavu, vede k euforii, navozuje stereotypní chování a způsobuje nechutenství (anorexii). Uvolňuje také v těle zásoby energie a zvyšuje celkovou výkonnost organismu. Urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid. Dále dochází ke zvýšení krevního tlaku a tepu, stoupá dechová frekvence. Ustupuje pocit únavy a organismus pracuje s vypětím všech sil až do úplného vyčerpání. Naopak zvyšuje pozornost a soustředěnost, díky metamfetaminu urychluje tok myšlenek, ale často na úkor kvality. Zlepšuje schopnost empatie a odstraňuje zábrany. Intoxikovaný nemá potřebu spánku. Pervitin rovněž může navodit strach a úzkost a po doznění účinku se dostavuje fáze deprese. Charakteristické jsou

„stihy“, což jsou paranoidní pocity sledování a ohrožení. (Kolektiv autorů SANANIM, 2007).

Heroin

Patří do skupiny látek s názvem opiody (opiáty). Heroin, jako nejvýznamnější zástupce se na drogové scéně v ČR začal objevovat kolem roku 1993. V roce 1996 už patřil v některých regionech mezi nejčastěji užívanou drogu. O 2 roky později došlo k prudkému vzestupu jeho čistoty (bílý heroin s čistotou kolem 70%), což mělo za následek vlnu předávkování. Ale v současnosti je už jeho kvalita nevalná. Heroin je hlavní užívanou drogou v regionech, jako je Praha nebo severní Čechy, naopak v některých regionech je užíván výjimečně (Pardubický, Královéhradecký kraj). Na drogové scéně se objevuje jiný syntetický opiod - Subutex.

Heroin je hnědý, omamně vonící prášek nebo kameny. Lze jej užívat inhalací, kouřit, šňupat i polykat. Nejčastější je aplikace injekční. Účinkuje jen několik hodin. Při intoxikaci dochází ke stavům příjemné euforie, která více než jiné účinky podléhá toleranci. Hlavně u žen může také vyvolat dysforii (rozladu). Často bývá spojena s nevolností, zvracením nebo neschopností koncentrace. Při akutní intoxikaci jsou typickými příznaky nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji a svědění („mravenci“). Při chronickém užívání je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností. Intelekt nebývá postižen, ale dochází k etické degradaci jedince. Závislý je líný, bez vůle, ztrácí libido a potenci, může být depresivní, při usínání bývají časté děsivé pseudohalucinace. Obvyklá je i nespavost, únava a podrážděnost, která se střídá s apatií. Často se objevují infekce, které souvisejí s oslabením imunitního systému a nesterilní aplikací drogy. Výše uvedené poruchy a stále opakující se koloběh opatřování drogy mohou vést až k sebevraždě (Kolektiv autorů SANANIM, 2007).

Extáze (MDMA)

Svým účinkem se MDMA řadí mezi stimulantia a halucinogeny. Někdy bývá označována jako empatogen - jejím typickým efektem je totiž empatie (vcítění se do pocitů druhé osoby). Uživatelé zažívají pocit sounáležitosti, pochopení a přátelství. Tato droga nejvýrazněji pronikla na klubovou scénu, kde je její užívání v současné době považováno za běžné. Je dostupná takřka v každém tanečním klubu, zejména mezi příznivci elektronické hudby. Uživatelé většinu řadu hodin intenzivně tančí a stav

fyzického vyčerpání je překryt příjemnými psychickými stavy. Může docházet až k závažnému poškození organismu.

Z fyzických příznaků se někdy na začátku objevuje fáze neklidu případně mírné zmatenosti, následuje fáze klidu a pohody, mizí stres a dochází ke zlepšení nálady. O samotě je člověk schopen vyššího intelektuálního výkonu, při užití v páru nastupují pocity lásky, zvyšuje se komunikativnost a potřeba dotýkat se někoho druhého. Stejně jako u ostatních drog se stimulačním účinkem se jedná především o závislost psychickou, fyzická nebývá přítomna.

V případě extáze jsou mimořádně nebezpečné kombinace s jinými drogami nebo léky. Po užití i běžných dávek může dojít ke smrtelné intoxikaci. Nebezpečné je i ovlivnění vegetativního nervového systému, dochází k poruchám tepelné regulace a chybí pocit žízně. Může dojít k přehřátí organismu (hlavně při tanci), kdy jedinec produkuje velké množství tepla. Výsledkem může být poškození vnitřních orgánů, které může být i smrtelné (Kolektiv autorů SANANIM, 2007).

Halucinogeny

Halucinogeny patří do rozsáhlé skupiny přírodních a syntetických látek, které vyvolávají změny vnímání od pouhého zaostření až po halucinace. Při užívání těchto látek je velmi důležitý aktuální duševní stav a okolnosti (to, jak uživatel vnímá místo a okolnosti kolem). Pokud jsou dobré, je výrazně vyšší pravděpodobnost, že intoxikace proběhne příznivě a naopak. Nepříznivému zážitku se říká „bad trip“. Užití halucinogenů může vést až k trvalému duševnímu poškození. Ovlivňují mnoho receptorových systémů v mozku, jejich efekt je vyvolaný jejich interakcí. Užití halucinogenů je někdy doprovázeno mírným útlumem, obvykle mají spíše mírně stimulační účinek. Halucinogeny jsou v současnosti užívány podobně jako extáze při tanečních party. Užívání těchto látek jako hlavní drogy je spíše výjimečné. Většina uživatelů je bere jako zpestření ke své hlavní droze. Užívání má až na výjimky charakter jednotlivých experimentů, dříve nebo později dojde k „bad tripu“ a uživatel je již opatrnější. Nejznámější látkou je LSD. Poměrně časté je také sezónní užívání např. lysohlávkou (Kolektiv autorů SANANIM, 2007).

Těkavé látky

Jsou asi nejnebezpečnější skupinou látek, rozhodně více než „běžné tvrdé drogy“ jako je kokain, pervitin nebo heroin. Chemicky se jedná o uhlovodíky a jejich deriváty.

Společnou vlastností těchto látek je, že rozpouštějí látky tukové povahy a poškozují molekuly bílkovin. Jsou charakteristické vysokým narkotickým účinkem, lehce dochází k předávkování se smrtelným zakončením. Užívání těkavých látek má za následek rozsáhlé a hrubé poškození organismu. Kvůli poškození mozku a s tím souvisejícímu ubývání rozumových schopností je pravděpodobnost léčebného ovlivnění malá. Pravidelné užívání vážně poškozují některé vnitřní orgány jako je mozek, dýchací cesty a plíce, ledviny, játra a kostní dřeň. Závislost vzniká poměrně snadno a postižený je těžko léčitelný. Většina uživatelů ale těkavé látky užívá jako doplněk nebo s nimi začíná a brzy přechází na jinou drogu, kde je možnost intervence lepší.

Nejběžnější zástupci:

Toluen - pro používání k ředění barev je k dostání běžně v drogeriích. Má vyšší narkotický účinek, nevede k útlumu kostní dřeně.

Perchloretylen - také běžně k dostání, používá se jako technické odmašťovací

Aceton - používá se k ředění barev, běžně k dostání

Chemopren - oblíbené lepidlo

Éter, Chloroform, Trichloretylen - tyto látky se používají ve zdravotnictví, v minulosti sloužily jako celková anestetika, jejich dostupnost je horší.

„Poppers“ - v současnosti snadno dostupné a populární. Jedná se o různé alkyl nitrity. Bývají přítomny ve většině osvěžovačů vzduchu, prodávají se také jako speciální čisticí prostředky na kůži. Používají se také v některých lécích pro kardiaky a bývají součástí některých čichacích afrodiziak. „Poppers“ mají poněkud jiné vlastnosti a rizika spojené s užíváním od výše uvedených látek. Užívají se čicháním výparů přímo z lahvičky, kdy se během pár sekund dostaví účinek trvající 1-2 minuty. Způsobují euforii, sexuální touhu, malátnost, omámení bolesti hlavy, prudké snížení krevního tlaku a zvýšení tepové frekvence. Proto je nebezpečné kombinovat je se stimulanty.

Relativně časté je také čichání plynu ze zapalovačů a některých aerosolových směsí ze sprejů (Kolektiv autorů SANANIM, 2007).

Nikotin

Nikotin je silně toxická, bezbarvá látka obsažená v tabáku. Užívání nikotinu jako psychotropní látky je vázáno na kouření tabáku. Jiné aplikační formy (speciální žvýkací tabák, šňupání) nejsou příliš rozšířené. Kouř, který kuřáci vdechují do plic, obsahuje velké množství různých chemických sloučenin ve formě plynů a tuhých částic. Z množství chemikálií obsažených v tabáku bylo doposud rozpoznáno asi 60 látek

známé jako karcinogeny (látky schopné vyvolat některý druh rakoviny). Obsah nikotinu je po dlouhých výzkumech považován za příčinu závislosti na tabáku, jeho účinek na psychiku je ale popisován různě a není dosud plně objasněn. Může se jednat o pocity uvolnění, povzbuzení, odstranění nervozity a napětí. Nikotin, resp. tabák vyvolává velmi silnou psychosociální závislost, při dlouhodobém užívání vzniká i závislost fyzická. Odvykací stav je doprovázen nervozitou, podrážděností, rozladěním nebo neklidem. Nejzávažnější rizika jsou spojena s chronickým užíváním a poškozením organismu: poškození dýchacích cest, plic (následky jsou recidivující záněty horních cest dýchacích a zhoubné nádory, především plic), další příznaky postižení se objevují na srdečních arteriích a na cévách dolních končetin (infarkty myokardu). Kouření má negativní vliv i na pokožku, u žen může být ohrožena plodnost, u mužů potence. Negativní vliv má kouř i na pasivní kuřáky, nekuřáky, kteří jsou nuceni dýchat vzduch nasycený kouřem z cigaret (Kolektiv autorů SANANIM, 2007).

2.4 Specifika v rozvoji závislosti

Návykové látky mají u adolescentů svá specifická rizika. Mezi ně řadíme:

- vyšší riziko těžkých otrav,
- rychleji se vytváří závislost,
- zaostávání v psychosociálním vývoji,
- vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky,
- návykové problémy se u této věkové skupiny pojí často s dalšími komplikacemi jako je selhávání v životních rolích, trestná činnost apod. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008).

Ani u adolescentů nevzniká závislost náhle. Jde o proces, který probíhá v několika po sobě jdoucích fázích s různou latencí. Adolescentů se především týkají první dvě stádia. Prvním je počáteční vystavení se účinkům drog pod vlivem vrstevníků, sdělovacích prostředků a rodiny a druhým je poznání příjemného prožitku změny nálady (to se obvykle přihodí ve skupině vrstevníků). Do ostatních stádií se mohou dopracovat o něco později, ale nemusí projít všemi stádii, aby se u nich vyvinula závislost.

Existuje mnoho příčin, proč adolescenti tomuto sebezničujícímu chování propadnou, ale obecně je můžeme pojmut jako tendenci dosáhnout „něčeho lepšího“.

Také je pro tuto věkovou skupinu typická tendence testovat hranice, přehánět a riskovat. Mladiství mohou mít pocit, že užívání drog, zvláště ve společnosti druhých lidí, uspokojují jejich potřebu přijetí a spojení s druhými. Také se může jednat o potřebu uspokojení jejich zvědavosti, potřebu změněných stavů vědomí, zábavy a uvolnění. Na druhé straně také důvodem může být potřeba zbavení se úzkosti a maskování obav a starostí (Vašutová, 2005).

2.5 Důsledky problémů s drogami

O tom, že zneužívání drog má neblahé důsledky v různých oblastech života snad kromě několika „ideologů“, kteří zneužívají drogy a zdůvodňují jejich přednosti, nepochybuje nikdo. Fakt, že u mladých lidí dochází k rozvoji závislosti rychleji a má více devastující účinky jsem se zmínila již v předchozí kapitole.

2.5.1 Zdravotní důsledky

Psychické

Psychiatrická komorbidita¹ představuje poměrně složitý problém. Nadužívání eventuelně závislost může být jednak důsledkem již existující a třeba nerozpoznané duševní poruchy (deprese, psychózy), jednak samotnou příčinou některých duševních poruch. Není vždy jasné, zda psychická porucha je primární nebo sekundární, proto je třeba každý případ posuzovat individuálně. Podle Regiera a kol. trpí přibližně 40 % uživatelů drog ještě dalším psychickým onemocněním (Kalina a kol., 2008). K nejčastějším komorbidním psychickým poruchám patří depresivní poruchy, úzkostné poruchy, psychotické poruchy (mohou být v rámci intoxikace, odvykacích stavů, toxické psychózy), poruchy osobnosti, psychosexuální dysfunkce, poruchy příjmu potravy (Tims a kol. in Kalina a kol., 2008). V rámci těchto onemocnění se setkáváme s následující psychopatologií:

- poruchy vnímání (iluze, halucinace),
- poruchy emotivity (deprese, anxieta², dysforie, hypomanická až manická nálada),

¹ současný výskyt více nemocí

² úzkost

- poruchy myšlení (senzitivní vztahovačnost „stihy“, paranoidně-persekuční bludy¹, nesouvislé myšlení),
- poruchy motoriky (vzrušení, neklid, agresivita, bizarní projevy),
- poruchy orientace,
- poruchy pudů (sebepoškozování, sebevražedné pokusy),
- poruchy vědomí - jednak kvantitativní (somnia², sopor³, koma při intoxikacích) a kvalitativní (amentně-deliriozní stavy⁴) (Novotná, 1997).

Somatické

Somatické důsledky závisí jednak na specifické toxicitě látky (přichází v úvahu u dlouhodobých uživatelů) a jednak na způsobu aplikace. Nejrizikovější je aplikace injekční, po ní následuje intranazální aplikace - sniffing a inhalace.

Z hlediska očekávaných komplikací můžeme rozdělit uživatele drog do 3 skupin:

1. experimentátoři a neinjekční uživatelé s krátkou drogovou kariérou - somatická komorbidita je méně častá, potíže mohou být akutní spojené se specifickým účinkem drogy (nevolnost, zvracení),
2. injekční uživatelé dosud bez vážných zdravotních potíží - zde je vyšší pravděpodobnost nákazy injekčním onemocněním (AIDS, virová hepatitida typu C) a lokálních komplikací, které jsou spojeny s injekční aplikací drog (zánět v místě aplikace, absces⁵, flegmóna⁶),
3. dlouhodobí injekční uživatelé drog- jsou ohroženi poruchami imunity a tím i infekcemi postihující různé orgánové systémy, podvýživou, poškozením dostupného cévního systému, častá je chronická hepatitida.

U inhalujících toxikomanů dochází často k poškození nosní sliznice a nakonec i k poškození plic (Kalina a kol., 2008).

¹ bludy vztahovačnosti a sledovanosti

² spavost

³ středně těžká forma bezvědomí

⁴ kvalitativní porucha vědomí provázena zmateností, dezorientací, úzkostí a často neklidem

⁵ dutina v tkáni vyplněná hnisem

⁶ neohraničený bakteriální zánět měkkých tkání

2.5.2 Sociální důsledky

Zneužívání drog u adolescentů má negativní vliv na rodinu, školu a veškerou interakci s okolím. Ve škole dochází ke zhoršení prospěchu, neomluveným absencím, projevuje se ztráta zájmů a motivace. Abuzér často ztrácí dosavadní kamarády, postupně se stává nápadným svým vzhledem i chováním. Může docházet i ke kriminálnímu chování v rámci snahy opatřit si peníze na drogu, nebo k šíření drog mezi ostatní.

V rodině může zůstat mladiství abuzér dlouho nerozpoznán, zvláště jsou-li rodiče výrazně pracovně vytížení. Pozdní příchody, rozmrzelost, zhoršení ve škole dokáže takto postižený jedinec dlouho skrývat a vysvětlovat jinými příčinami. Rodinu mnohdy upozorní na problém až ztracení se cennějších předmětů a peněz, nebo upozornění z jiných míst (škola, policie, kamarádi aj.). V okamžiku, kdy zájem o drogu v životě adolescenta dominuje, přestává často s rodinou komunikovat a odchází za podobně orientovanými vrstevníky. Následná kriminalita má v podstatě sekundární charakter.

2.6 Právní problematika u závislých adolescentů

Uživatelé nelegálních drog, tedy i mladiství, se mohou v souvislosti s užíváním návykových látek dostat do konfliktu se zákonem. Kromě trestněprávních konfliktů se dostávají do právních problémů i v oblasti občanskoprávní i rodinné. Vzhledem k možnostem této práce není možné se těmito oblastmi zabývat podrobněji, a proto bych zmínila jen nejdůležitější zákony týkající se tzv. drogové kriminality u mládeže:

- Zákon o soudnictví ve věcech mládeže (zák. č. 218/2003 Sb.) - zákon komplexně upravuje hmotněprávní i procesní aspekty trestání mládeže, nově zavádí systém specializovaných soudů mládeže a vymezuje škálu možných reakcí na trestnou činnost mládeže,
- Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. – platný a účinný od 1.1.2010. Nahradil do té doby mnohokrát novelizovaný trestní zákon z roku 1961,
 - § 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy
 - § 284 Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu

§ 285 Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku

§ 286 Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu

§ 287 Šíření toxikomanie

S tím souvisí:

- Nařízení vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší než malé. Ve smyslu trestního zákoníku bylo publikováno ve Sbírce zákonů pod č. 455/2009 Sb.,
- Nařízení vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů, bylo publikováno ve Sbírce zákonů pod č. 467/2009 Sb. (Občanské sdružení SANANIM, 2010).

Naše trestní právo ve shodě se standardními evropskými úpravami disponují řadou institutů, jež dávají uživateli drog, zvláště mladistvému, který se dostane do rozporu se zákonem, možnost vyhnout se nepodmíněnému trestu odnětí svobody a umožňuje jiné tresty více sledující převýchovný účel nebo dává přednost vhodným alternativním řešením. To vytváří podmínky pro postupné dosažení optimálního poměru prevence, represe a léčby (Sotolář in Kalina a kol., 2003a).

3. MOŽNOSTI PREVENCE, INTERVENCE A LÉČBY

3.1 Prevence

3.1.1 Primární prevence

„Primární prevence si klade za cíl odradit od prvního užití drogy nebo alespoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou. Specifickým cílem je předcházet užívání mezi rizikovou populací“ (Kalina a kol. 2008, s. 18).

Primární prevence se tedy obrací na populaci jako celek nebo na vybrané skupiny uvnitř populace, tzv. cílové skupiny, snaží se ovlivnit názory, postoje a chování jednotlivce uvnitř skupiny nebo společenství. Jejím cílem je to, aby u člověka k poruše zdraví vůbec nedošlo. K tomu používá metody psychologie, pedagogiky, sociologie, veřejné politiky, reklamy, marketingu apod. Jde tedy o metody převážně nelékařské. Nespecifická prevence souvisí s podporou zdraví ve smyslu bio-psycho-sociálním a zdravého životního stylu. Specifická prevence se orientuje na několik oblastí:

1. drogová politika státu (orientuje se na snížení poptávky nebo omezení nabídky),
2. „drug awareness“ drogové uvědomění (podobá se právnímu nebo ekologickému vědomí, cílem je dosáhnout toho, aby se získané poznatky uplatily v každodenním životě. K tomu slouží tzv. KAB model (Knowledge, Attitudes, Behaviour – znalosti, postoje chování),
3. denormalizace (vytvoření takového sociálního klimatu, dle kterého šíření ani užívání drog není normou),
4. morální aspekty (neredukovat užívání drog na problém zdravotní, podpora morálních aspektů ve společenství - odpovědnost, sebeúcta, odvaha čelit problémům),
5. nabídnutí pozitivní alternativy, vzory,
6. „neobviňování obětí“ a problém pozitivní diskriminace (nevyvrhovat na okraj společnosti drogově závislé, ale na druhé straně je neheroizovat).

Hlavním těžištěm prevence je formativní věk a prostředí (rodina, škola, prostředí mimoškolní činnosti, místo trávení volného času). Zásadami primární prevence jsou kombinace mnohočetných strategií, systematickost působení, cílenost a adekvátnost, včasný začátek preventivních aktivit a jejich pozitivní orientace. Specifickými charakteristikami je využití KAB modelu, tj. orientace nikoliv pouze na úroveň informací, ale především na kvalitu postojů a změnu chování, využití „peer“ prvků, tedy důraz na aktivní zapojení vrstevníků, a podpora protektivních faktorů ve společnosti. Naopak jako neúčinné se ukázalo pouhé poskytování informací, odstrašování, zákazy, přehánění následků užívání, moralizování, afektivní výchova založená na emocích a pocitech.

Formy specifické primární prevence:

1. aktivity v „makroprostředí“ jsou zaměřené na velké skupiny. Snaží se ovlivnit veřejné mínění, k tomu slouží různé kampaně (billboardy „Drogy ne“). Tyto kampaně nejsou považovány za efektivní. Na úrovni celospolečenské jsou účinnější nespecifické formy prevence – vytváření podmínek pro volnočasové aktivity, snížení propagace kouření a alkoholu atd.,
2. působení v „mezoprostředí“ je zaměřeno na určitou lokalitu. Mělo by vycházet z dlouhodobých koncepcí - vytváření programů pro děti a mládež, vydávání publikací, vytváření pořadů v rámci profesního vzdělávání,
3. aktivity na místní úrovni „mikroprostředí“ se zaměřují na přesně definované cílové skupiny (žáci 9. tříd, studenti prvních ročníků středních škol apod.) a jsou považovány za nejefektivnější. Patří k nim přednášky a besedy, komponované pořady (doplňené hudební produkcí, filmem, setkáním se zajímavou osobností), klasické „peer programy“ (využívá poznatků, že je výrazné působení vrstevníků na formování postojů jedince a je tedy možné tímto způsobem dosáhnout změny postojů a rizikového chování, peer programy jsou však velmi náročné, od výběru přes výcvik dobrovolníků).

Primární prevence je ekonomicky velmi náročná, měření její efektivity je však problematické, i když každý tuší, že sociální přínos je velký (Kalina a kol., 2003b).

3.1.2 Sekundární prevence

„Sekundární prevence spočívá v předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají, nebo se na ni staly závislými. Obvykle je používána jako souborný název pro poradenství a léčeni“ (Kalina a kol. 2008 s. 20).

Léčba se rozlišuje na léčbu vedoucí k abstinenci, výjimečně ke kontrolovanému užívání a na léčbu s udržovací substitucí. Léčba je zaměřena nejen na jedince, ale i na jeho rodinu. Využívá se medicínských i nemedicínských přístupů (resocializace, právní poradenství atd.). O různých typech léčby bude pojednáno v samostatné kapitole.

3.1.3 Terciární prevence

„Terciární prevencí rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. V tomto smyslu je terciární prevencí:

- 1. resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog*
- 2. intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat (harm reduction) se zaměřují především na snížení zdravotních rizik, zvl. přenosu infekčních nemocí při nitrožilním podávání“ (Kalina a kol., 2008 s. 23).*

Terciární prevence využívá především sociální práce. Jedná se o pomoc při hledání zaměstnání a bydlení, pomoc při kontaktu s úřady, pomoc rodině apod.

Význam této péče spočívá i v oblasti zdravotní (předcházení infekčním onemocněním výměnou jehel a stříkaček, poskytování informací o možných komplikacích jako jsou abscesy, trombózy, zájem o bezpečný sexuální život). Tím se zmenšuje i riziko epidemiologické. Zvláštní úlohou je pak pomoc nemocným s chorobou AIDS.

V této kapitole bych se podrobněji zmínila o přístupu „harm reduction“ (HR), tedy snižování škod. Má dlouhou historii, uplatňoval se od nepaměti v různých oblastech, i když definován byl až v 80. letech minulého století. Jakmile se však filosofie snižování rizik objevila ve spojení s drogami, vyvolala emoce a často i nesouhlas odborné i laické veřejnosti. Jeho charakteristikou je však pragmatičnost. Je jasné, že úplné vymýcení drog a závislosti na nich je nereálné, proto se snaží pracovat

tak, aby důsledky byly co nejmenší. Model HR upřednostňuje zdraví a osobní odpovědnost před persekucí, léčbu a pomoc ve všech fázích před kriminalizací. Má také na zřeteli ochranu společnosti před nežádoucími dopady (šíření infekčních chorob zvl. HIV, zvýšení sekundární kriminality). Důležitým principem HR je nízkoprahový přístup (pro všechny dostupná služba). Nejprve se tento přístup začal praktikovat ve Velké Británii a Nizozemí, v zemích střední a východní Evropy cca o 10 let později. Od konce 90. let je strategie HR uváděna jako jeden ze 4 pilířů evropské drogové politiky (Hrdina In Kalina a kol., 2003a).

3.2 Systém péče v ČR a jeho složky

V ČR je v současnosti vybudován relativně ucelený systém péče pro uživatele návykových látek. Skládá se ze sítě poradenských, léčebných a sociálních služeb. Odvíjel se od potřeb uživatelů návykových látek a od akutních potřeb z terénu. Jednotlivé složky systému jsou zaměřeny na potřeby klienta, který se nachází v různé fázi závislosti a pamatuje i na specifika cílové skupiny, pro kterou jsou určeny (Kalina a kol., 2008). Pro nižší věkovou hranici, jimiž jsou právě adolescenti, je přístup odvozován od postupů používaných pro dospělé, ale je značně individualizovaný a velmi často závislý na možnosti spolupracovat s rodinou a školním - vzdělávacím zařízením. Situace je neuspokojivá také pro lékaře a pro rodiče, kteří hledají konkrétní pomoc. Tento systém péče je v našich podmínkách velmi nejednotný a do odborné péče se takto věkově staří pacienti dostávají často nahodile. Přesto je nutno říci, že mezi dospívajícími a mladými dospělými se zvyšuje počet lidí, kteří vyhledávají pro tyto problémy pomoc. Z obecného odborného hlediska není ale koncepce péče na tomto úseku uspokojivě dořešena (Svobodová, 2009).

K nástrojům k vytváření a rozvíjení systému péče patří např.: průzkum potřeb, plánování služeb, matching (párování potřeb a intervencí), standardy, hodnocení kvality a účinnosti péče, vzdělávání, výcvik a supervize (<http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/protidrogova-politika/slovnicek-pojmu/pece-o-uzivatele-drog.htm>).

Podle Béma „*Efektivní systém péče by měl splňovat řadu kritérií jak v oblasti kvalitativní (struktura a provázanost sítě), tak i v oblasti kvantitativní (rozsah a dostupnost péče)*“ (Kalina a kol., 2003b in Kalina a kol., 2008).

Stručná historie systému péče v ČR

Lze konstatovat, že základy systému péče o uživatele návykových látek byly položeny v roce 1978, kdy v pražském Apolináři MUDr. Rubeš založil první specializované ambulantní zařízení pro nealkoholové závislosti (Středisko drogových závislostí), které se později přeměnilo v první nestátní zdravotnické zařízení DROP-IN. Základem dalších nezbytných článků komplexního systému o závislé, se staly doléčovací programy, včetně zapojení svépomocných skupin a rodinných příslušníků do samostatného procesu léčby. Partnerem a doplňujícím článkem systému léčebné péče se stal po r. 1989 nestátní a neziskový sektor, který byl důležitý zvláště v oblastech, kde působnost státních institucí byla omezena. Prvními specializovanými organizacemi byla nadace DROP- IN a občanské sdružení SANANIM. V první polovině 90. let docházelo k postupnému rozšiřování systému péče, byla zakládána nízkoprahová zařízení, první terénní programy, programy minimalizace škod, doléčovací programy a i první dlouhodobé terapeutické komunity. Až tedy druhá polovina 90. let byla ve znamení profilace celé sítě léčebné péče včetně jejího dalšího rozšiřování. Významným přínosem se staly léčebné programy zaměřené na specifické skupiny. Tedy na děti a mladistvé, příslušníky etnických minorit a závislé matky s dětmi (Skála in Kalina a kol., 2003b).

Za základní složky či součásti systému péče se pokládají:

1. terénní a nízkoprahové služby,
2. ambulantní péče a léčba včetně intenzivní ambulantní péče v denních stacionářích,
3. ústavní detoxifikace, léčba krátkodobá a střednědobá,
4. dlouhodobá- rezidenční péče v terapeutických komunitách,
5. doléčovací programy včetně chráněného bydlení, chráněné práce apod.,
6. dlouhodobé- udržovací substituční programy.

Aby jednotlivé služby a programy fungovaly jako systém, je nezbytná jejich odborná komplementarita, slučitelnost východisek a cílů, vzájemná informovanost, pružné předávání klienta a spolupráce na jeho problémech (<http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/protidrogova-politika/slovnicek-pojmu/pece-o-uzivatele-drog.htm>).

3.2.1 Terénní programy a nízkoprahová centra

Terénní programy stojí na pomyslném počátku systému péče o drogově závislé adolescenty. Terénní práce je specifická forma služby, která je poskytována přímo na ulici. Mezi dvě základní specifika této služby patří místo, kde je tato služba poskytována a přístup ke klientovi. Terénní pracovník aktivně hledá a oslovuje potenciální zájemce o tuto službu a nečeká, až bude osloven. Klientovi je ale zároveň umožněno nabízenou službu odmítnout, aby nebyl kvůli kontaktu s tímto pracovníkem stigmatizován. Místa, kde je tato služba poskytována je tzv. otevřená drogová scéna - ulice a další veřejná místa (věznice, školy, azylové domy apod.) a tzv. uzavřená drogová scéna - byty, kde se uživatelé sdružují. Je zde uplatňován nízkoprahový přístup, v rámci něhož je služba časově i místně dostupná a je velmi flexibilní. Služba je také poskytována anonymně. Terénní programy také umožňují pracovat s klienty bez ohledu na fázi závislosti a úroveň jeho motivace vedoucí ke změně životního stylu (Kalina a kol., 2008).

Cílovou populaci tvoří adolescenti, kteří nejsou v kontaktu s žádnými sociálními, výchovnými a zdravotnickými institucemi. Jak uvádí Hrdina a Korčišová jsou to uživatelé návykových látek, kteří mají pocit, že zatím nepotřebují žádný kontakt se službou, protože žádné obtíže nemají. Dále jsou to „děti ulice“, pro které je kontakt se službou na ulici nejpříjemnější, pravidelní uživatelé drog, problémoví uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti a uživatelé, kteří považují kontakt s pomáhající institucí za pro ně velmi rizikový (Hrdina, Korčišová in Kalina a kol., 2003b).

Především se zaměřují na nitrožilní uživatele s cílem snížit jejich rizikové chování (jedná se hlavně o sdílení injekčního náčiní) a omezit tak riziko přenosu a šíření HIV a virů hepatitidy B, C.

Základní cíle terénní práce:

- minimalizovat negativní důsledky užívání drog a to nejen pro uživatele samotné tak i pro společnost,
- motivovat uživatele drog ke změně životního stylu vedoucí k abstinenci,
- monitorovat drogovou scénu v daném regionu, vytvářet účinné strategie pomocí dané cílové skupiny (Kalina a kol., 2008).

Mezi základní prostředky a metody práce patří výměna injekčního materiálu a distribuce zdravotnického materiálu, poskytování ústních a písemných informací o účincích drog, závislosti a rizik spojených s užíváním. Dále poskytování informací o bezpečném sexu, infekčních chorobách a dalších navazujících službách. Během terénní práce se využívá celá řada poradenských intervencí jako je např. sociální poradenství, krizová intervence, motivační trénink a samozřejmě základní zdravotní poradenství. U tohoto typu služby je také kladen důraz na profesionalitu a osobnostní kvality terénních pracovníků. Mezi ně patří komunikativnost, důvěryhodnost, tvořivost, flexibilita a umění si dobře udržet hranice. Velký důraz je kladen na bezpečnost práce a prevenci syndromu vyhoření (Kalina a kol., 2008).

I zařízení prvního kontaktu musí mít dobře vytvořenou sociální síť a spolupracovat s ostatními zařízeními. Terénní programy by tedy měly být v úzkém kontaktu a spolupracovat s nízkoprahovými službami jako jsou např. kontaktní centra nebo metadonové programy (Hrdina, Korčíšová in Kalina a kol., 2003b).

Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení, která poskytují včasnou intervenci, poradenství, krizovou intervenci, zdravotní a sociální pomoc osobám s nízkou motivací k léčbě. Cílovou populaci tvoří klienti v různém stádiu užívání, v různé fázi vývoje závislosti a s různou motivací ke změně. Další skupinou jsou blízcí uživatelů, kteří potřebují podporu a pomoc. Důležité je, že podmínkou poskytování služeb není aktuální abstinence jedince.

Specifické cíle:

- navázání kontaktu a vzájemné důvěry se skrytou populací těchto uživatelů drog,
- minimalizace rizikového chování,
- pomoc klientům získat, udržet a posílit motivaci k dalšímu postupu v léčbě směřující k abstinenci,
- podpora klienta při změně životního stylu,
- příprava klientů na spolupráci s institucemi návazné léčebné péče a tím snaha o minimalizaci nedokončených léčebných pobytů,
- zajištění podmínek potřebných k „přežití“ (zabezpečení základního zdravotního, hygienického a potravinářského servisu),
- sociální stabilizace,

- pomoc v krizi,
- pomoc rodinám a blízkým uživatelů,
- zvýšení informovanosti a vzdělání klientů, ale i zvýšení informovanosti veřejnosti.

V týmech kontaktních center jsou zastoupeni sociální pracovníci, pedagogové, zdravotničtí pracovníci a psychologové. Opět se jedná o práci velmi náročnou, takže se klade důraz na flexibilitu, ohraničenost, tvořivost a na další vzdělávání těchto pracovníků (Kalina a kol., 2008).

3.2.2 Ambulantní léčba a denní stacionáře

Ambulantní léčba se provádí v zařízeních zdravotnického i nezdravotnického charakteru. Podle EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti) se tato péče provádí zejména v ambulantních léčebných střediscích, odpovídajícím našim ordinacím AT (tradiční služba zaměřená na léčbu závislostí na alkoholových a nealkoholových drogách). Další ambulantní péči poskytují specializovaná ambulantní zařízení, běžné psychiatrické ambulance či psychologické poradny (Hampl in Kalina a kol., 2003b).

„Jedná se o službu, kdy pacient/klient dochází v pravidelných intervalech do zařízení na předem nekontrahovanou službu“ (Hampl in Kalina a kol., 2003 in Kalina a kol., 2008, s. 378). Výhodou této léčby je, že pacient zůstává ve svém podpůrném sociálním prostředí, nemusí přerušovat školu případně práci. Klienty/pacienty jsou uživatelé návykových látek, kteří jsou „motivováni“ k léčbě a jejich zdravotní stav není určen k hospitalizaci. Podmínkou úspěšné léčby je sociální stabilita, podpora jeho nejbližšího okolí a aktivní účast rodinných příslušníků na procesu léčby. Do klientely patří však i jedinci, kteří nejsou motivováni k léčbě, jedinci experimentující a ti, kterým je léčba nařízená soudně. Hlavním cílem ambulantní léčby je změna životního stylu, abstinence od návykových látek. Ale ambulantní péče může mít i řadu jiných cílů, které nevedou ke změně životního stylu, např. snížení frekvence užívání nebo příprava na léčbu v rezidenčním zařízení apod.

Tým je tvořen psychiatrem a zdravotní sestrou, kteří jsou erudováni v oblasti psychoterapie, popřípadě terapeutem nebo ex-userem¹. V nezdravotnických zařízeních je tým složen z psychoterapeuticky vzdělaných psychologů, speciálních pedagogů a sociálních pracovníků, přičemž je ale nezbytný kontrakt s psychiatrem. Mezi základní metody léčby patří farmakoterapie, psychoterapie, do níž patří rodinná terapie a socioterapie, která usiluje o návrat pacienta do společnosti, do rodiny, školy, do běžného života bez drog (Hampl in Kalina a kol., 2003b).

Co se týká psychoterapie, soudržnost a schopnost poskytovat si vzájemnou pomoc a podporu bývá ve skupinách dospívajících a mladých dospělých menší než u dospělých. S tím by měl dospělý často počítat a přijmout skutečnost, že v takové skupině bude někdy fungovat i jako rodičovská postava. Adolescenti mívají smysl pro humor, často potřebují poskytnout důležité informace týkající se různých oblastí a měli by se učit respektovat určité hranice. Skupinovou práci s těmito jedinci je vhodné doplnit individuálními kontakty. K oblíbeným formám psychoterapie u dospívajících patří arteterapie², imaginativní a relaxační techniky, ale zásadní je práce s rodinou. Cenné jsou i kognitivně-behaviorální postupy jako je např. technika Semafor. Tato technika byla pro děti a dospívající přímo vytvořena. Je vhodná nejen v případech kdy se objeví bažení - craving, ale i ke zvládnutí jiného impulzivního jednání. V takové situaci si klient vybaví červené světlo, které mu říká „zastavit“. Pak si vybaví žluté světlo. Během žlutého světla si pacient uvědomuje různé možnosti, jak může reagovat a hlavně následky svého jednání. Z uvedených možností si pak vybere tu nejvýhodnější. Nakonec si vybaví zelené světlo a vybranou možnost vyhodnotí a uskuteční (Nešpor in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008).

Svým souborem služeb se dá říct, že ordinace AT jsou základním článkem zdravotní péče o uživatele návykových látek a závislé. Jejím nezdravotnickým předstupněm bývá nízkoprahové kontaktní centrum, často ale bývá místem prvního kontaktu právě ordinace AT. Další návaznosti jsou především na ústavní léčbu, v oblasti socioterapie a rehabilitace jsou to pak terapeutické komunity, chráněné dílny, chráněné bydlení apod. (Hampl in Kalina a kol., 2003b).

¹ bývalý uživatel

² léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako prostředku k ovlivnění lidské psychiky

Denní stacionáře

„Denní stacionář (též denní centrum, denní klinika, v ČR někdy denní sanatorium) je typickým zařízením „na poloviční cestě“ mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí. Poskytuje denní péči (zdravotní, psychoterapeutickou, ošetrovatelskou, sociální, výchovnou, rehabilitační apod.) Má význam tam, kde člověk s různými zdravotnickými a sociálními potřebami sice má kde bydlet, ale nemůže být nebo neměl by být sám doma nebo je pro něj nedostatečná běžná ambulantní péče, a přitom nepotřebuje nezbytně pobyt v nemocnici či jiné lůžkové stanici“ (Kalina in Kalina a kol., 2003b., s. 179).

Denní stacionáře nejsou dosud příliš rozšířené, jsou relativně novou možností v léčbě o uživatele návykových látek. Zařízení s názvem „denní stacionář“ existovalo již v r. 2001 celkem šest, ale domácím a zahraničním standardům v plné míře odpovídá pouze jedno. Jde o první zařízení tohoto typu v ČR - denní stacionář - psychoterapeutické centrum SANANIM založený v roce 1996 v Praze.

Podstatou intenzivní denní péče je strukturovaný program. Smyslem tohoto programu je nabídka podnětů, působících na různé složky osobnosti a úrovně psychiky s cílem navodit změnu postojů, chování a vlastního sebepojetí. Konečným cílem je změna životního stylu, pro kterou je abstinence podmínkou nutnou, nikoliv však postačující. Součástí programu jsou skupinové terapeutické aktivity, aktivity sportovní, pracovní, kulturní, klubové aj. Nezbytnou součástí denní péče je prevence relapsu a práce s rodinou. Většinou je specifikován minimální věk přes 17 let (Kalina a kol., 2003b).

3.2.3 Ústavní detoxifikace, léčba krátkodobá a střednědobá

Detoxifikační jednotky

„Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení (např. na jednotce intenzivní péče nebo ARO). Detoxifikační jednotky jsou určeny především těm klientům, u nichž by nebyla bezpečná ani detoxifikace v domácím prostředí. Detoxifikace v domácím prostředí se u nás ovšem neprovádí zdaleka tak často jako v jiných zemích, což více či méně úspěšně kompenzují právě detoxifikační jednotky“ (Nešpor in Kalina a kol., 2003b, s. 190).

Detoxifikační jednotky jsou samostatné jednotky v rámci nemocnic nebo jsou součástí zařízení pro léčbu závislostí. U adolescentů, kteří ještě nedosáhli plnoletosti o léčbě rozhodují rodiče, což pomáhá zasáhnout v častější fázi problému. Základním znakem závislosti je přítomnost odvykacího stavu při vysazení návykové látky a u mladistvých se jedná o rozvinutou závislost pouze v některých případech. Důvodem detoxifikace je pak hlavně přerušeni a zastavení přívodu drogy a to u jedinců, u nichž se prokázalo škodlivé užívání, experimentování s drogami, projevy intoxikace a které nevyžadují pobyt na JIP .

U této věkové skupiny jedinců je obtížné posoudit aktuální stav bez údajů z okolí. Bývá často postupně odkrývána celá řada problémů, na které upozornilo teprve školní selhávání, absence, krádeže doma apod. O léčbu tedy žádají rodiče v případě, kdy dospívající odmítá respektovat jejich normy a hodnoty a hluboce jimi pohrdá. Období zahájení léčby tedy bývá dramatické a teprve postupně si rodič může osvojit chování typu „tvrdá láska“ (zahrnuje vřelost a zájem pomoci, ale neochotu přímo podporovat další užívání drog) (Svobodová, 2009).

Cílovou populaci také mohou tvořit klienti, kteří se připravují na další odvykací léčbu nebo ti, kteří potřebují snížit toleranci vůči droze vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo sociální situaci a nejsou motivováni k abstinenci nebo další odvykací léčbě. Dále sem patří jedinci, kteří jsou nebezpeční sami sobě nebo svému okolí z důvodu intoxikace nebo odvykacímu stavu nebo ti, u nichž je nutné rozhodnout, zda se jedná o intoxikaci nebo duševní chorobu. Tým detoxifikačních jednotek zahrnuje lékaře, střední zdravotnický personál, sociální pracovníky a terapeuty. Náročnost práce vyžaduje jako u předchozích zařízení podporu v dalším vzdělávání a supervizi (Kalina a kol., 2008). Velkou výhodou detoxifikace při hospitalizaci je poskytnutí komplexní péče v chráněném prostředí po 24 hodin denně, ke které patří zejména farmakoterapie, psychoterapie a sociální práce. Důležitá je motivační a rodinná terapie. Nevýhodou je ale malá ochota pacienta přistoupit na hospitalizaci. V ČR existuje jediné a v této oblasti unikátní pracoviště, které je specializováno na poskytování detoxifikace a léčby mladistvým. Jedná se o Dětské dorostové a detoxifikační centrum Nemocnice Milosrdných sester Sv. Karla Boromejského v Praze, které přijímá pacienty bez regionálního omezení (Svobodová, 2009).

Z výše uvedeného vyplývá, že detoxifikace často není dostačující intervencí a proto návaznost další péče má zásadní význam. Detoxifikační jednotky předávají nejčastěji své pacienty kontaktním centrům, programům intenzivní ambulantní péče

a ambulantní péče orientované k abstinenci, do krátkodobé nebo dlouhodobé ústavní léčby nebo do terapeutických komunit s dlouhodobým pobytem apod. (Nešpor in Kalina a kol., 2003b).

Léčba krátkodobá

Pojem obvykle vyhrazený pro léčbu ústavní, kratší než 3 měsíce (nejčastěji 4-8 týdnů). Je vhodná pro uživatele drog motivované k léčbě, kteří se nejsou schopni uzdravit v ambulantní léčbě, popřípadě vyžadují komplexní péči, protože vedle drogové závislosti mají jinou osobnostní poruchu nebo jiné psychiatrické či somatické onemocnění. U osob s delší drogovou kariérou se nepředpokládá výrazné ovlivnění životního stylu, ale může hrát důležitou roli jako „úvodní léčba“ po které následuje jiný program péče. Jde o strukturovaný program, v němž převažují léčebné aktivity nad rehabilitačními či resocializačními. V ČR se ale provádí minimálně (<http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/protidrogova-politika/slovnicek-pojmu/pece-o-uzivatele-drog.htm>).

Léčba střednědobá

U nás tento typ léčby nejčastěji poskytují specializovaná oddělení psychiatrických léčen nebo klinik v trvání 3-6 měsíců. Díky tomu je možné zaměřit se současně na doprovodné somatické i psychické problémy pacienta. Převažují léčebné aktivity nad rehabilitačními (skupinová terapie, komunitní setkání, trénink odpovědnosti apod.) Nověji se se střednědobou léčbou setkáváme v terapeutických komunitách, kde je horní hranice léčby posunuta nad 6 měsíců. Do léčby vstupují uživatelé obvykle dobrovolně po absolvované detoxifikaci. Do těchto zařízení vstupují i klienti s nařízenou ochrannou ústavní léčbou (Kalina a kol., 2008). V těchto zařízeních převažují uživatelé starší 18 let. Situace klientů 15-18 letých je složitá. Řada zařízení je odmítá přijmout, i proto, že jejich motivace bývá často minimální. Výjimku tvoří některé terapeutické komunity - viz níže.

3.2.4 Dlouhodobá léčba a terapeutické komunity

Jedná se o léčbu ústavní či rezidenční, nikoliv ambulantní. Za „klasickou“ se pokládá dlouhodobá léčba v délce 1 roku. Je vhodná pro adolescentní klienty s výraznou problematikou např.: dlouhodobá závislost, značná sociální nezralost,

nerozvinuté nebo ztracené sociální návyky, kriminální anamnéza, zcela chybějící nedrogové sociální zázemí a vztahy. Probíhá obvykle v terapeutických komunitách.

Terapeutickou komunitu definujeme jako specializované rezidenční (pobytové) zařízení, které je zaměřeno na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. Mají tu zvláštnost, že se pacient co nejaktivněji podílí na léčbě. Vytváří se zde obousměrná komunikace mezi pacientem a jednotlivými členy terapeutického týmu a mezi pacienty navzájem (Adamček, Richterová-Těmínová, Kalina in Kalina a kol., 2003b).

Existují speciální komunity, které se zaměřují na léčbu mladých lidí zpravidla ve věku od 15- 25 let. V případě mladistvých nebo mladých klientů bývá léčebný program kratší než u dospělých klientů a to v rozmezí 6-8 měsíců. Léčí se zde muži a ženy dohromady. Prvotní tu není překonání problému s drogou, ale proces, který pomáhá dynamickému rozvoji osobnosti. Program zahrnuje pestré terapeutické postupy, nacvičují se praktické dovednosti, učí se relaxačním technikám. Nezbytná je úzká spolupráce s rodinou a doplňující individuální péče. Takovými komunitami je u nás např. Terapeutická komunita Karlov nebo Terapeutická komunita White Light I. Pro mládež ve věku 15-16 let je určena Terapeutická komunita v Řevnicích s názvem Cesta. (Preston, Malinowski, 2007).

Dlouhodobá perspektiva je u těchto pacientů dobrá, dospějí, dozrají a jejich drogová minulost se stane mnohdy jen černou vzpomínkou. Absolvování komunity je ale velmi náročný proces, ale její dokončení je velkou nadějí na trvalou abstinenci.

S adolescentem totiž není jednoduché navázat dobrý a oboustranně aktivní pracovní vztah. Ten by měl saturovat adolescenta v jeho přirozených potřebách, ale zároveň by mu měl umožnit dělat chyby, být slabý, přiznat svoje nedostatky apod. Významnou funkci při práci s dospívajícími má tzv. zážitková terapie (často se jedná o zátěžové programy v přírodě), kdy je adolescent nucen se vyrovnat s velkou zátěží. Takový zážitek posílí vztah s terapeutem. Není však možné zůstat pouze u zážitku, protože ten sám o sobě není terapií, ale pouze prostředkem k navázání vztahu, který musí mít jasné hranice terapeut - klient. V komunitě se častěji pracuje se skupinovou terapií, kde se využívá toho, že dospívající přirozeně inklinují k vrstevníkům. Ani u adolescentů nelze opomenout význam rodinné terapie, která je zaměřena na znovupřijetí, oboustranné obnovené důvěry a vytvoření příznivého prostředí (Kalina a kol., 2008).

3.2.5 Doléčovací programy

Tyto programy se zaměřují na udržení změny v chování a životním způsobu klienta, který získal během léčebného procesu nebo abstinence. Cílem je sociální integrace do podmínek života bez drog, kdy je jedinec ve svém běžném prostředí, bez ochranných křídel léčebné instituce. K tomu jsou především využívány následující intervence: prevence relapsu¹, podpůrná skupinová terapie, individuální terapie a poradenství, práce s rodinnými příslušníky, zdravotní péče a chráněné bydlení či práce (<http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/protidrogova-politika/slovnicek-pojmu/pece-o-uzivatele-drog.htm>).

Doléčování se může nabízet formou ambulantních skupin jednou týdně (nejméně intenzivní forma) nebo se může jednat o intenzivní doléčovací program doplněný volnočasovými aktivitami, který obvykle trvá 6-12 měsíců. Jeho absolvování výrazně zvyšuje efektivitu léčby. Klienti, kteří absolvovali ambulantní či rezidenční léčbu jsou ti, pro které jsou doléčovací programy určeny. Jedná se tedy o osoby závislé, které mají za sebou léčbu a aktuálně abstinují. Druhou skupinu tvoří ti, kteří začali abstinovat sami, abstinují 3 měsíce, jsou motivováni svoji abstinencí udržet, ale potřebují k tomu podporu a pomoc. Třetí skupinu tvoří rodiče, příbuzní a ostatní, kteří v tomto období potřebují pomoc.

V doléčování je také klíčová multidisciplinarita týmu, je složen z psychologů, speciálních pedagogů, sociálních pedagogů a významné místo zde mají ex-useři. Všichni musí být vzděláni v prevenci relapsu a psychoterapii. Aby zařízení mohlo nabízet celý komplex služeb, tým musí obsahovat i lékaře, psychiatry a další odborníky (Kalina a kol., 2008).

V ČR existují doléčovací střediska, která paralelně s doléčováním poskytují podporu v bydlení, vzdělání a práci.: P-centrum v Olomouci, SANANIM v Praze, Podané ruce v Brně, Doléčovací centrum v Děčíně a další (Dvořák in Kalina a kol., 2003b).

Chráněné bydlení

Jedná se o sociální službu, jejímž cílem je zajištění ubytování při absolvování terapeutického nebo resocializačního programu. Tato služba je poskytována jedincům,

¹ návrat příznaků nemoci, která byla v klidu

kteří nemají v místě svého bydliště příslušné služby nebo je pro ně pobyt v dřívějším bydlišti kontraindikací k úspěšné léčbě/doléčování. Bydlení si klienti hradí nebo si na něho přispívají a je časově omezené. Může mít podobu samostatného bytu nebo bytů či pokojů, které jsou určeny více osobám. Mezi základní pravidla patří dodržování „bezdrogového“ prostředí v objektu chráněného bydlení a respektování práv ostatních ubytovaných. Obvyklá doba, po kterou je chráněné bydlení poskytováno je maximálně 1 rok. Jinak tomu je v zahraničí např. v Holandsku či Německu, kde se je možné zůstat i více let po absolvování terapeutického a resocializačního programu. V terminologii MPSV by této definici odpovídal i „Dům na půl cesty“. Slouží jako přechodná fáze mezi hospitalizací nebo rezidenční léčbou a plně nezávislým životem ve společnosti. Je určen pro závislé na drogách usilující o udržení jejich abstinence.

Chráněné dílny

Cílem této sociální služby je znovuoobnovení nebo vytvoření běžných pracovních návyků, získání pracovních dovedností a finančního příjmu. Na práci v chráněných dílnách je vytvořena řádná pracovní smlouva a klienti pracují za mzdu. Práce trvá obvykle od 4 měsíců do 1 roku a zpravidla koresponduje s dobou terapeutického programu. Je vedena minimálně středoškolsky vzdělaným pracovníkem s praxí v oboru a měl by mít i zkušenosti s prací s lidmi. Tyto programy jsou zpravidla dotovány, protože vytvořit chráněný pracovní program, který splňuje podmínky výuky, výchovy a má i finanční efekt je velmi obtížné. Musí totiž také respektovat požadavky na následnou zaměstnanost a situaci na trhu práce. Příklady dobré praxe jsou například v čajovnách, vývařovnách nebo truhlářských dílnách. Osvědčila se ale i spolupráce se středními školami, učilišti a agenturami, které poskytují v daném oboru rekvalifikaci. V terminologii MPSV bychom mohli použít pro tuto práci termín „podporované zaměstnání“

<http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/protidrogova-politika/slovnicek-pojmu/pece-o-uzivatele-drog.htm>).

3.2.6 Dlouhodobé - udržovací substituční programy

Podstatou substituční léčby je nahrazení původní drogy lékem s podobnými účinky a vlastnostmi avšak s daleko menšími riziky než má původní droga. Má dlouhodobější účinek a aplikuje se perorálně. Tento preparát je předepsán a podáván

lékařem. Nejčastěji se podává metadon (syntetický opiát podávaný v podobě tinktury) a buprenorfin v podobě tablet. Substituční léčba může trvat několik týdnů až po mnoho let. Cílem substituce je eliminování nebo snížení užívání určité drogy, změna rizikové formy jejího užívání (např. nitroděložní užívání) na méně rizikovou a tím snížení jejich negativních zdravotních a sociálních důsledků. Substituční léčba má být doprovázena psychoterapií, poradenstvím nebo socioterapií. Substituční léčba významně snižuje kriminalitu, pozitivitu HIV/AIDS a hepatitid. Také omezuje užívání heroinu a ostatních nelegálních drog a zlepšuje celkový fyzický a psychický stav adolescentů i jejich sociální integritu (Popov in Kalina a kol., 2003b).

3.2.7 Jiné programy a služby

Program FIT IN

Vznikl v roce 1990. Je nevládní iniciativou, soustavně ale spolupracuje s řadou vládních institucí a organizací i se soukromým sektorem. Nabízí preventivní aktivity nejen dětem a dospívajícím ale i rodičům, pedagogům apod. Spolu s Výzkumným ústavem pedagogickým byl připraven modelový program prevence zneužívání alkoholu a jiných návykových látek pro školy. Program je veden týmem expertů v čele s primářem MUDr. Karlem Nešporem, CSc. a získal prestižní národní cenu Vladimíra Vondráčka za nejlepší práci na téma „Psychiatrické a psychologické problémy dospívání“ za rok 1996 (Nešpor, 2001).

K dalším pomáhajícím organizacím patří Prev-centrum o.s., centrum poradenství pro mládež a rodiny v Praze.

3.3 Další složky uplatňující se v průběhu péče o drogově závislé

Vzhledem k tomu, že následující témata jsou úzce spojena s předcházejícími, budou pojednána velmi stručně.

3.3.1 Úloha rodiny

Význam rodiny a rodinné terapie již byl zmíněn v řadě předchozích kapitol. Rodinná terapie, která je zvláště u dětí a mladistvých zneužívatelů hodně ve světě preferována, prošla od 50. let minulého století značným vývojem. Nyní je nazírána jako kontext, ve kterém ke zneužívání a závislosti dochází. S rodinou lze pracovat mnohými způsoby:

- působit na rodinu, aby pomohla získat klienta k léčbě,
- informovat rodinu o věcech, které s braním drog, léčbou a doléčováním souvisejí,
- poskytování individuálního a skupinového rodinného poradenství,
- nabízení rodinné terapie s cílem intervenovat u rodinných dysfunkcí, které se vztahují k braní drog (Kalina a kol., 2008).

Podle některých autorů se má účast rodičů na léčbě považovat za podmínku přijetí adolescentního pacienta k léčbě. Rodinná terapie může přinášet užitek, není však všelék, na druhé straně může být zdrojem konfrontací a zmatků. Panuje však všeobecná shoda na tom, že účast rodiny v léčbě zvyšuje schopnost klienta léčbu dokončit i zlepšuje léčebné výsledky. (Kalina a kol., 2008).

3.3.2 Úloha školy

Školy a školská zařízení zaujímají v systému primární prevence zásadní místo. Základní nástrojem je MPP (Minimální preventivní program), který vypracovává školní metodik prevence ve spolupráci s vedením i ostatními pedagogy. Měl by respektovat specifika daného zařízení i regionu a měl by vyjadřovat postoj školy k drogám a soubor opatření při identifikaci drogového problému. Rovněž by měl zahrnovat spolupráci s rodiči a dalšími institucemi.

Bylo zjištěno, že většina těchto programů je orientována informačně (přednášky, besedy s odborníky zvnějšku), jejich efektivita je však sporná. Naopak interaktivní programy např. s peer aktivisty jsou hodnoceny lépe. MMP by měl splňovat následující požadavky - měl by mít cíl (výchova ke zdravému životnímu stylu, zvyšování odolnosti

mládeže proti negativním jevům a zvyšování jejich sociální kompetence), měl být soustavný, dlouhodobý, přiměřený cílové skupině, názorný a aktivní.

Ve věkové skupině 15-19 let by měl u žáků a studentů vybudovat následující znalosti, dovednosti a postoje:

znalosti: informace o drogách, jejich zneužívání, rizicích, důsledky experimentování, pochopení biologického a mentální vývoje, pochopení důležitosti péče o tělo a zdraví, znalost zákonných normě vzhledem k drogám, porozumění kulturního kontextu využívání a zneužívání drog, světový obchod s drogami, techniky tvůrců reklamy, znalosti, kde získat radu a pomoc, půjde-li o problém s drogami.

dovednosti: jak porozumět vlastním přáním, jak zvýšit svoji odolnost vůči sebedestruktivnímu chování, jak ovládat své emoce, naslouchat druhým, jak obhajovat v debatách vlastní postoje, řešit problémy, zvyšovat sebekontrolu, dovednost ventilovat svoje pocity různými adekvátními způsoby.

postoje: rozvíjení sebejistoty, základní optimistická životní orientace, tolerantní přístup k druhým, rozvoj sebepoznání, seberealizace (Skácelová in Kalina a kol., 2003).

Na závěr ještě zmínka, kdo prevenci na školách provádí. Bývají to lékaři, psychologové, sociologové, policisté, sociální pracovníci. Účast ex-userů může být považována za diskutabilní (může vzbudit dojem, že z drog se lze lehce dostat), u působení peerů je bezpodmínečně nutné, aby to byli ti, kteří mají v kolektivu přirozenou autoritu. Je nutné se vyvarovat působení různých pseudonáboženských sdružení a sekt, kde kladný aspekt nelze nalézt. (Nováková in Kalina a kol., 2003b).

3.3.3 Úloha vrstevníků

Vrstevnický vztah (peership) má pro adolescenta značný význam. Umožňuje mu vzájemné poskytování názorů, pocitů, testování si vzorců chování. Toto sdílení je prostředkem k hledání a ujasňování si vztahů k sobě samému. Vrstevnické skupiny vykonávají v době adolescence různé funkce: adolescent si ve skupině zkouší svůj status, získává jejím prostřednictvím identitu, větší sebedůvěru, skupina mu umožňuje větší emancipaci od rodiny, přítomnost ve skupině mu přináší úlevu a snižuje úzkost, skupina funguje jako obrana před autoritou, chování vrstevníků výrazně ovlivňuje jeho rozhodování v běžných situacích.

Pokud má skupina nebo parta negativní vztah k drogám, pak je účast v ní tou nejlepší prevencí. V opačném případě je to naopak nejlepší cesta k drogové závislosti.

Je proto důležité, aby se dítě nebo mladistvý naučil v rizikových situacích odmítat a prosazovat vlastní individualitu (Skácelová in Kalina a kol., 2003b). O peer programech v rámci primární prevence již bylo pojednáno výše.

3.3.4 Účast ostatních orgánů a organizací

V oblasti protidrogové politiky je zapojena celá řada institucí. Jsou to státní orgány (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, ministerstva, jichž se zmíněná problematika dotýká, drogoví koordinátoři působící na regionální úrovni), policie ČR či městská policie, která plní funkci nejen represivní ale i preventivní, soudy, sociální služby včetně OSPOD (Orgán sociálně právní ochrany dětí) a řada neziskových či charitativních organizací.

4. PÉČE O MLADISTVÉ UŽIVATELE DROG V ZAHRANIČÍ

4.1 USA

Studie z 90. let uvádí, že nejužívanější drogou mezi mladistvými byl alkohol a tabák, následován marihuanou, tvrdými drogami (metamfetamin, kokain, heroin, psychedelika) a těkavými látkami. Jen velmi málo mladistvých užívajících drogy vyhledává odbornou pomoc, protože negativními důsledky příliš netrpí. Pokud jsou k tomu dohnáni nátlakem rodiny, soudů, škol eventuelně zaměstnavatelů, existují specializovaná zařízení pro mladistvé uživatele samozřejmě různé úrovně a vybavení. Pro uživatele, kteří sami žádají pomoc je vhodná individuální a skupinová terapie, léčba přidružených onemocnění, práce s rodinou, poskytnutí osvětového materiálu jak postiženým, tak rodinám. Trendem je léčba orientovaná na rodinu, což je považováno za nejefektivnější přístup. Programy typu „dvanácti kroků“ anonymních alkoholiků a toxikomanů nemají pro dospívající většinou žádnou hodnotu (Barker, 2007).

4.2 Nizozemí

Drogová politika Nizozemska je poněkud jiná než v ostatních zemích EU, a to už od 70. let minulého století. Dlouho se mělo za to, že je pragmatická, neboť je založená na dvou principech: užívání drog je záležitost veřejného zdraví a existuje rozdíl mezi měkkými a tvrdými drogami. Použití měkkých drog není zakázané, je možno je dostat v tzv. „coffee -shopech“. Situace se nyní ale trochu mění. Nizozemí se dostává do sporu s ostatními státy EU jednak pro nejednotnost legislativy, ale zvl. poté, co se Amsterdam a Rotterdam staly dle mínění ostatních „hlavními městy drog v západní Evropě“. Dle názorů i samotných Holanďanů, lze zde dostat nejen měkké drogy a pašovat je ven, ale bez problémů i drogy tvrdé. Stále více je vývozním artiklem holandské konopí Nederwiet. Stále více lidí v Nizozemsku i sousedních státech je přesvědčeno, že

holandský liberální experiment nevyšel (http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/police/npdc/danky/haltbaked_police.html).

Na druhé straně je ovšem nutno říci, že v Nizozemí je velmi rozvinutý program prevence a pomoci drogově závislým včetně mládeže. Existuje zde celá řada komunitních center a klubů, jejich cílem je stáhnout problémovou mládež z ulice, nabídnout jim nejen volnočasové aktivity, ale pomoci jim při reintegraci do společnosti. Ziskové i neziskové organizace poskytují poradenství pro klienty a rodiny, resocializační programy, poskytují psychologické i psychoterapeutické služby, provozují různé dílny. Jednou z největších organizací je soukromá zisková organizace Albin Group, která se orientuje na rizikovou mládež a mladé dospělé, mladistvé pachatele i mládež z problematických lokalit. Spolupracuje přitom se školami, rodinami, ale i s městskou policií. Jedním z jejich nejambicióznějších projektů je projekt Titan, orientovaný na mladé lidi po výkonu trestu a uživatele drog. Jeho součástí jsou jak dílny s nejrůznějším zaměřením, tak denní stacionář s různými službami, včetně klubů. Program Last Chance je rovněž zaměřen na mladé delikventy. Na rozdíl od podobných aktivit v ČR, je zde méně anonymity (členové jsou registrovaní), tvrdá pravidla (při porušení se zařízení třeba na 2 týdny zavřou), existuje větší provázanost s represivními složkami

(http://www.proximasociale.cz/download/zprava_staz_Holandsko.pdf).

4.3 Velká Británie

V Anglii je kladen důraz na individuální práci s klientem a individuální plán (podobně jako v našich nízkoprahových klubech). Rozdíl je ovšem v tom, že tam tuto práci dělá nesrovnatelně více pracovníků (4-5x více), takže jejich kompetence se nepřekrývají. Velkou výhodou je provázanost celého systému péče o mladistvé abuzéry a závislé (spolupracují soudy, policie, školy, neziskové i státní organizace). Proto se problémoví uživatelé zachytí poměrně brzo. Část klientů se do systému dostává přes criminal justice system, mají nařízen probační dohled a vyhnou se tak vězení. Kromě provázanosti je znakem britského systému i větší direktivita, která u mladých není často na škodu. Nejde však o to, že by byla omezena práva klientů, vždy mají na výběr. V Británii existuje řada projektů pro práci s drogově závislou mládeží. Jedním

z projektů organizace Turning Point je projekt ACAPS, který pracuje s lidmi v rozmezí 10-26 let v jedné z nejdrsnějších londýnských čtvrtí - Brixtonu.

Obsahuje:

- terénní práci s mladými,
- nízkoprahové kluby,
- práci s drogově závislými a dealery.

Tyto aktivity slouží k záchytu, základnímu poradenství, namotivování klienta a jeho vytažení do dalších individuálních projektů.

- D.a. project je určen pro lidi 16-24 let, kteří mají problémy s drogami. Trvá 3 měsíce, má část rekvalifikační, edukační, sebepoznávací. Úspěšně jej absolvuje cca 50% klientů.
- Treatment project je určen pro mladé lidi, kteří se vracejí z léčby, z vězení a má zabránit relapsu.
- Project SHADE má edukační charakter a týká se zdraví, způsobu života, prevence infekčních a pohlavních chorob.

Práce s mladými je v Anglii hodně institucionalizovaná (částečně možná proto, že má dlouhou tradici), na druhé straně lze říci, že pracovníci těchto organizací a projektů musí často řešit daleko závažnější drsnější problémy než zatím v ČR (http://www.podaneruce.cz/data/files/4_172.pdf).

4.4 Rakousko

V Rakousku kromě alkoholu a tabáku u mladistvých dominují konopné látky, opiáty, kokain a jeho deriváty, těkavé látky. Existuje řada projektů v oblasti primární, sekundární a terciární prevence se zaměřením na mladistvé, většinou mají regionální charakter. Např. v regionu, který je centrem ocelářského průmyslu a kde došlo k alarmujícímu zvýšení úmrtí mladých lidí na předávkování heroinem, sami obyvatelé žádali o program prevence. Autorem projektu byl Úřad pro prevenci drogové závislosti a jeho cílem bylo snížení užívání heroinu a alkoholu u mládeže. Byli mmj. vyškoleni pedagogové, kteří pracovali aktivně i mimo školu. Hlavní úsilí se zaměřilo na opatření,

kteřá podporují osobnostní rozvoj, byla zřícena poradenská centra a zvýšila se nabídka psychoterapie. Po 8 letech (1996-2004) byl program hodnocen jako úspěšný.

V roce 1999 byl zahájen projekt FITCARD zaměřený na skupinu 16-19 let, který je založen na systému bodů a bonusů. Dává uchazeči možnost návštěvy různých akcí, od sportu, přes akce ohledně témat jako učení, řešení konfliktů, prevence závislostí, zdravá výživa apod. Jeho cílem je zvýšení informovanosti, podpora životních dovedností, zvýšení odpovědnosti za sebe sama a vlastní zdraví.

Projekt LOG IN je program na hranici sekundární a terciární prevence, jeho účelem bylo pokusit se integrovat bývalé drogové závislé. Existuje od roku 2002 především v Domě na půl cesty zříceného Institutem Antona Proksche v Dolním Rakousku. Je založen na sociální práci, organizaci volnočasových aktivit, pomáhá mladým lidem po léčbě vytvořit si nové sociální sítě a zlepšuje jejich schopnost žít samostatný život

(http://www.emcda.europa.eu/html.cfm/index52006EN.html?project_idby=269).

4.5 Německo

Seznam nejužívanějších drog u mladistvých v Německu je obdobný. Stejně tak i zde existuje řada regionální programů v rámci primární, sekundární i terciární prevence.

Úspěšný se ukázal preventivní program zaměřený na děti již v základních školách v Sársku, který je prováděn sociálním pracovníkem a pedagogem na plný úvazek. Je realizován přímo na školách, takže může zasáhnout i děti, které by do poradenského centra nikdy nevkročily. Je zaručena přísná mlčenlivost poradce, umožněna je i práce s rodiči.

K integraci a profesní orientaci mládeže, která po léčbě chce žít bez drog existuje například projekt „Drogenhilfe Köln e.V.“ Kromě dílen (zpracování dřeva, zámečnické práce, oprava motorových vozidel, práce s počítačem, umělecká řemesla) jsou zde poradenská centra, léčebná rehabilitace, kontaktní kavárna, clean-hotel aj.

V oblasti léčebné péče o zneužívající adolescenty zvláště ty mladší 18 let je stále více preferována rodinná terapie

(http://www.emcda.europa.eu/html.cfm/index52006EN.html?project_idby=269).

4.6 Finsko

K nejvíce zneužívaným látkám mládeží ve Finsku patří rovněž tabák, konopí, opiáty, alkohol, MDMA, kokain a jeho deriváty, amfetaminy, metamfetaminy a těkavé látky.

Preventivní program se zaměřil na mládež 7-18 let ve školách zvl. cestou proškolení odborníků mezi pedagogy, zlepšení jejich spolupráce s rodiči a celou komunitou. Jeho cílem by mělo být upevnění zdravého životního stylu mládeže, převzetí odpovědnosti za vlastní zdraví a poskytování vzájemné podpory mezi studenty. Projekt byl zahájen v roce 2001, rozjíždí se však pomalu, rozdíly mezi školami jsou velké, hlavní překážkou je pasivita ostatních pedagogů.

Zajímavým je v roce 2000 zahájený projekt SORRY v oblasti města Lappeenranta, který byl cílený na mladistvé pachatele mezi 15-20 lety. Tam se totiž koncem 90. let prudce zvýšila trestná činnost související se zvýšenou nabídkou omamných látek. Jeho účelem byla včasná intervence, aby nedošlo k recidivě trestné činnosti. Na projektu se účastnila správa města, okresní policie, státní zastupitelství, probační asociace a složky sociální péče a zdravotnictví. Byl najat právní zástupce mladých lidí, projektu se účastnila řada dobrovolníků a na financování se podíleli i soukromí sponzoři. Program pro vybrané mladé lidi trval 3 měsíce a zahrnoval 3 části. První byl 5-denní tábor, jehož účelem bylo seznámení se, vytvoření plánu, následovala 11-týdenní část zahrnující práci, studium a léčbu, včetně plánování budoucnosti. Během tohoto období byla realizována řada akcí, besed s policií, zdravotníky, profesními poradci apod. Celá akce byla zakončena 2-3denním výletem nebo jinou společnou akcí. Za dva roky trvání se projektu zúčastnilo v 16 skupinách asi 70 mladých lidí (http://www.emcda.europa.eu/html.cfm/index52006EN.html?project_idby=269).

4.7 Řecko

Na závěr bych chtěla zmínit ještě jeden řecký projekt, který podobně jako předchozí finský vychází ze zjištění EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost), že k ohroženým skupinám patří zvl. mladí pachatelé a osoby, které předčasně ukončily školní docházku. Na druhou skupinu je zaměřen program STROFI, což je v podstatě přechodná škola pro adolescentní uživatele drog.

Přechodná škola nabízí třídy středního i vyššího vzdělání, přípravné třídy pro zkoušky, školení (počítače, kurzy angličtiny), sportovní a kreativní skupiny, program pro zacházení se specifickými poruchami učení, odborné poradenství, program pro rodiče atd. Program byl zahájen v roce 2000 a již během následujících dvou let přinesl uspokojivé výsledky

http://www.emcda.europa.eu/html.cfm/index52006EN.html?project_idby=269).

5. MÍSTO SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA V SYSTÉMU PÉČE O DROGOVĚ ZÁVISLÉ ADOLESCENTY

Úloha sociálního pedagoga v systému péče o drogově závislé adolescenty se týká hlavně práce na poli prevence, intervence a poskytování výchovného poradenství ve školském prostředí. Měl by plnit hlavně úlohy sociální výchovy, podpory prosociálního a etického chování, sociálně - pedagogickou diagnostiku a poradenství, prevenci sociálně-patologických jevů včetně následné reedukace. Tato služba je cílena na jedince ohrožené sociálně-patologickými jevy, ale i jejich zákonné zástupce a pedagogické zaměstnance škol a školských zařízení (Niklová, 2009).

Sociální pedagog je erudovaný pracovník a jeho působením by se prevence ve školském prostředí zefektivnila a zprofesionalizovala. V České republice se jako první zabýval požadavky na výkon profese a kompetencemi sociálního pedagoga prof. Bohuslav Kraus. Podle něj sociální pedagog „*musí disponovat příslušnými kompetencemi, tj. splňovat požadavky, které v sobě zahrnují určitou výbavu vědomostí, jisté spektrum praktických (sociálních) dovedností a určitou profesionálně-etickou identitu*“ (Kraus, 2008, s. 200).

Zkušenosti se sociálně výchovnou prací mají především v zemích jako je Německo, Finsko, Austrálie, Kanada, Japonsko, Švédsko, Velká Británie, USA a další. Například v USA je sociální pracovník ve školách profesionálem, který se účastní řešení problémů mezi rodiči, školou a širším sociálním prostředím a vypracovává různé vzdělávací programy.

Vzhledem k nárůstu sociálně-patologických jevů včetně výskytu problémů s drogami u dětí a mládeže na školách, by bylo žádoucí vytvořit místo sociálního pedagoga na každé základní a střední škole. Měl by nahradit funkci metodika prevence, který tuto funkci vykonává především formálně. Profesionalizaci procesů prevence ve školském prostředí zdůrazňuje i Akční plán Evropské Unie v oblasti protidrogové strategie. Uvědomuje si, že spousta škol, nebude mít finanční prostředky k tomu, aby zaměstnala i sociálního pedagoga. Bylo by ale velmi potřebné, kdyby alespoň ve většině škol mohl působit i sociální pedagog, který je pro oblast preventivních aktivit, jak již bylo zmíněno široce vzdělaný (Niklová, 2009).

Kromě působení ve škole je příležitost k působení i v dalších školských zařízeních (školní družina, školní klub), v domovech mládeže, nízkoprahových centrech, centrech volného času apod. Práce sociálního pedagoga ve všech těchto případech současně předpokládá schopnost týmové spolupráce s dalšími odborníky z policejních složek, sociální práce a zdravotnictví (Kraus, 2008).

II Praktická část

6. ŘÍZENÉ ROZHOVORY S RODIČI UŽIVATELŮ

V první fázi praktické části jsem oslovila z okruhu svých známých (nebo známých jejich známých) 5 rodičů, jejichž děti v období dospívání užívaly návykové látky. V rozhovorech jsem se dotazovala na rodinnou a osobní anamnézu, na okolnosti za jakých abúzus zjistili, jak reagovali, kdy a kde vyhledali pomoc, jak se situace vyvíjela dál a jak hodnotí pomoc, které se jim dostalo. Schéma rozhovoru viz příloha 1. Dotazovaným byla zaručena anonymita. Následují stručné výstupy z těchto rozhovorů.

1. Rozhovor s rodiči „A“

Rodiče jsou vysokoškolsky vzdělaní, mají vztah k zdravotnictví. V rodině jsou dvě děti. Mladší syn bezproblémový, u starší dcery se objevily výchovné problémy již v době puberty (pozdní návraty domů, lhaní, vyhledávání part, tendence k rebeliím). Školní prospěch však výborný, bez problému přijata na gymnázium. Na zneužívání drog upozornění policií (pervitin), když byla nalezena při razii ve feťácké partě jako patnáctiletá. Vyhledali ambulantní odbornou pomoc, které se pasivně podrobovala. V průběhu dalších dvou let došlo ještě k několika excesům, které skončily krátkou hospitalizací na psychiatrii (detoxifikace). Rodiče již v té době uplatňovali přístup ve smyslu harm reduction. Když dívka posléze pervitin opustila a „přešla“ na alkohol, brali to jako dílčí vítězství. V systému péče měli výhrady k přístupu policie (hodnotili ho jako necitlivý vzhledem k věku a zcela bez zájmu). K přístupu školy a zdravotníků výhrady neměli. K problematice zaujímali vcelku reálný postoj.

2. Rozhovor s rodiči „B“

Rodiče se středně odborným vzděláním, brali se velmi mladí, mají dvě dcery, mezi nimiž je desetiletý rozdíl. Do doby, kdy se objevily potíže se starší dcerou, považovali rodinné soužití za harmonické. Na problémy s drogami (opět pervitin)

upozornila rodiče střední škola ve třetím ročníku, dceři bylo necelých 18 let. Vedení školy dalo rodičům jasně najevo, že si nepřejí další setrvání na škole, jinak to nahlásí na policii a obviní ji jako dealerku. Matka navštívila kontaktní centrum, kde získala žádoucí informace. Dcera spolupráci odmítla. Rodinu brzy opustila, aby následovala přítele, který byl ovšem producentem pervitinu. Matka se snažila s dcerou udržovat alespoň telefonický kontakt, otec ji odmítal. Po roce se pokus o návrat a abstinenci nezdařil, opět odešla z domu a několik měsíců o ní nevěděli. Posléze byla s ostatními zatčena a obviněna z držení a výroby omamných látek. Vzhledem k tomu, že však absolvovala dlouhodobou léčbu v komunitě a šlo o první delikt, dostala jen podmíněný trest.

Matka byla s přístupem zdravotnických institucí spokojena, při léčbě aktivně spolupracovala, výhrady měla pouze k přístupu školy.

3. Rozhovor s rodiči „C“

Rodiče lékaři s úspěšnou kariérou, dvě děti, část života strávili s USA, kde byl otec služebně. Starší syn bezproblémový, mladší dcera během dospívání sledována pro poruchu příjmu potravy. Již v průběhu studia na gymnáziu rodiče pozorovali pozdní příchody domů, časté stavy opilosti, změny v chování, které přičítali možnému zneužívání drog. V podezření je utvrzovaly opakované žádosti o peníze a ztrácející se věci z domácnosti. Odbornou konzultaci i s dcerou realizovali přes osobní kontakty. Dívka byla výrazně nekritická, problémy s alkoholem bagatelizovala, připouštěla občasnou kombinaci s kouřením marihuany. Vzhledem k tomu, že necítila žádný problém a byla již plnoletá, odmítla jakoukoliv další odbornou pomoc. Posléze z domu odešla k příteli, s rodinou má jen velmi sporadické styky, VŠ nedokončila. U rodičů převažuje tendence ze situace obviňovat sebe.

4. Rozhovor s rodiči „D“

Rodiče podnikatelé, dobře finančně zajištění, dvě děti, do počátku problému se starší dcerou se považovali za funkční rodinu. Problémy s dcerou datují cca od jejích 16 let, kdy si našla nevhodného přítele s drogové subkultury. Začala mít absence ve škole, chodila pozdě domů, z jejího chování pojali podezření na zneužívání drog. Okamžitě kontaktovali odbornou pomoc, bylo potvrzeno zneužívání pervitinu. Rodina ihned domluvila nástup na střednědobou léčbu, dívka však druhý den po nástupu ze zařízení utekla za přítelem a jak později rodina zjistila, zdržovali se v zahrádkářské kolonii

daleko od místa původního bydliště. Vzhledem k tomu, že dívka nebyla zletilá, rodina ji dala hledat, přístup policie považují dosud za velmi laxní. Nakonec vlastními silami dívku našli, opět jí odvezli k léčení, efekt však byl stejný. Tento scénář se opakoval v následujících letech několikrát. Aktuálně je dívka opět nezvěstná.

Rodina žije s pocitem zcela nefungujícího systému péče o nezletilé drogově závislé.

5. Rozhovor s rodičem „E“

Matka samoživitelka, jedno dítě, otec není s rodinou v kontaktu. Matka se potýká dlouhodobě s finančními problémy. Syn chodil do základní školy, kde převládalo romské etnikum. Syn začal čichat těkavé látky již na druhém stupni základní školy, matka to zjistila velmi rychle. Kontaktovala pediatričku a byla odeslána do dětské psychiatrické ambulance. Pro neefektivnost ambulantní léčby léčen v dětské psychiatrické léčebně. Po návratu se však ihned vrátil k předchozímu způsobu života. Po základní škole nebyl schopen získat zaměstnání. Matka popisovala stavy, kdy byl „zcela mimo“. Opakovaně byl hospitalizován již v psychiatrické léčebně pro dospělé, matce bylo prý sděleno „že jeho mozek je nezvratně poškozen“. Pokud byl mimo léčebnu, dle matky abstinovat nedokázal. Na jiné drogy však nepřešel. V současné době matka zažádala soud o zbavení svéprávnosti a přiznání invalidního důchodu. Ze situace má tendenci obviňovat otce pacienta a prostředí, ve kterém vyrůstal.

7. ŘÍZENÉ ROZHOVORY SE ŠKOLNÍMI METODIKY PREVENCE

Po předchozím souhlasu ředitelů škol jsem navštívila 5 středoškolských zařízení, kde jsem měla možnost hovořit se školními metodiky prevence (občas byl přítomen i výchovný poradce). Ve všech případech šlo o vyučující dané školy, kteří tuto funkci zajišťovali vedle své pedagogické činnosti na plný úvazek. Na počátku rozhovoru byli seznámeni s jeho účelem a byla jim zaručena anonymita. Schéma rozhovoru viz příloha 2. Následuje stručný souhrn.

1. Škola I. (průmyslová škola)

Školní metodik prevence vykonává funkci 5 let. Má vypracovaný Minimální preventivní program a krizový plán v souladu s metodikou MŠMT. V rámci primární prevence se studenti účastní různých akcí, převážně informačně orientovaných s protidrogovou tematikou. Vzhledem k zaměření školy je možné informace z dané oblasti dobře včlenit i do výuky. Za dobu svého působení a dle informací jeho předchůdců, drogy na škole nebyly nikdy velkým problémem. Jednotlivé excesy s alkoholem během školních výletů či exkursí se dle závažnosti řešili kázeňským postihem. Posléze připustil, že o podezření, že student zneužívá návykové látky, by informovali rodinu pouze v případě problému. V průběhu hovoru opakovaně zdůrazňoval, že jejich preventivní program je dobrý. Spíše než drogy jako sociálně-patologický problém uvádí šikanu.

2. Škola II. (sportovní gymnázium)

Metodik prevence působí na škole 3 roky, funkci vykonává 1 rok. Rovněž předkládá Minimální preventivní program a krizový plán. Sděluje však, že problémy s drogami ani podle sdělení déle sloužících kolegů nejsou a nebyly. Domnívá se, že je to dáno profilací gymnázia na sport. Jediné, co se občas řeší je kouření v blízkosti školy. Referující neuvádí ani jiné závažné sociálně-patologické jevy a jako nejčastější důvod odchodu ze školy zmiňuje prospěchovou nedostatečnost. (Preventivní program je oproti předchozí škole méně pestrý a více formální).

3. Škola III. (SOU)

Metodik prevence působí v zařízení 10 let, funkci vykonává 3 roky. Preventivní program obsahuje řadu akcí především informačně orientovaných, k dispozici je i krizový plán. Problematika je dle něj včleněna i do výuky. Připouští problémy s kouřením, nevylučuje, že občas jde i o marihuanu zvláště ve vyšších ročnících, ve třídách, kde převažují chlapci. Situaci řeší individuálně pohovorem se studenty, v některých případech i s rodiči, což se dle něj projevilo jako dostatečné. Tvrdé drogy ve škole nezaznamenali, dealování rovněž ne. Spolupráce s jinými složkami nebyla dle něj nutná.

4. Škola IV. (soukromé gymnázium)

Školní metodik prevence je na škole 8 let, funkci vykonává 4 roky. Opět je k dispozici Minimální preventivní program a krizový plán. Problematika drog je dle něj včleněna do řady různých předmětů. Referující sdělila, že problémy s drogami v posledních letech nebyly, dle ní však ubylo i jiných problémů ve škole (šikana, absence). Sama to dává do souvislosti spíše než s preventivním programem, s nástupem nového vedení a celkovou konsolidací poměrů na škole. Je si vědoma, že dříve se i v prostorách školy kouřila marihuana (o jiných drogách neví), nebyla však vůle toto postihovat, pokud student nedělal výrazné problémy v hodině. Ke kontaktu s policií kvůli návykovým látkám pokud je jí známo nikdy nedošlo.

5. Škola V. (státní gymnázium)

Školní metodik působí na škole 10 let, funkci přebíral v tomto roce. Dle něj v oblasti prevence vyvíjí škola léta již řadu aktivit. Ve spolupráci s poradenskými centry zde funguje peer program, do kterého se zapojují již studenti prvních ročníků. Program hodnotí jako přínosný a efektivní. Problémy s drogami na škole nezaznamenal, což si mmj. vysvětluje i vysokou motivovaností studentů ke studiu.

8. ANALÝZA VÝSLEDKŮ ROZHovorŮ

Je zřejmé, že počet zpovídaných rodičů i pracovníků škol je velmi malý, aby se výsledky rozhovorů daly generalizovat nebo dokonce statisticky vyhodnocovat. Přesto se domnívám, že určitý obraz o situaci na školách i o fungování péče o mladistvé zneužívatele návykových látek je možné si udělat.

Z rozhovorů s rodiči vyplývají pro mě následující zjištění:

- k tomu, aby dospívající člověk začal užívat drogy, nemusí jít o vysloveně dysfunkční rodinu, ekonomická úroveň rodiny se nejeví rovněž rozhodující,
- pouze v jednom případě šlo o mladistvého vyrůstajícího v problematické lokalitě,
- nikdo z postižených dospívajících neměl od dětství vyhraněný zájem (sport, zpěv, tanec apod.),
- náhled dospívajících byl minimální, poradenství nebo i léčbu podstupovali pod tlakem (rodičů, trestního stíhání),
- část rodičů si stěžovala na přístup školy, přinejmenším jej označovala za formální,
- čím vyšší bylo vzdělání a informovanost rodičů, tím menší byla jejich extrapunitivita a očekávání, že zdravotnický systém problémy jejich dítěte vyřeší, naopak byl větší sklon k sebeobviňování,
- z předchozího vyplývá částečně i postoj rodičů k odborné pomoci (od akceptace a zaujetí racionálního postoje k problémům až po nespokojenost s péčí, která jim „nevrátí zdravé dítě“),
- žádný z rodičů nezmínil pomoc ze strany OSPOD, úlohu státních orgánů chápali pouze jako represivní.

Rodiny, se kterými jsem mluvila, měly opravdu jen málo společných znaků a případy jejich dětí byly velmi individuální. Na rozdíl od toho se však návštěvy škol velmi podobaly:

- všechny školy měly metodiky prevence, měly vypracované preventivní programy i krizové plány,

- pověření pedagogové učili na plný úvazek,
- preventivní programy až na jednu výjimku byly orientovány na informovanost a edukaci o návykových látkách,
- žádná škola nepřipustila výraznější problémy s návykovými látkami s výjimkou ojedinělých excesů s alkoholem většinou na mimoškolních akcích (o jedné ze škol to mohu vyvrátit - stačilo zajít na toalety, kde byla cítit marihuana, subintoxikované studenty se vyučující snažili „nevidět“, z další školy byla dívka z rodiny „B“),
- většina metodiků uváděla, že i když by třeba měli podezření na užívání návykových látek, nemohou nic dělat bez souhlasu rodičů (nikdo jim však nebrání, aby rodiče informovali, pokud se jedná o nezletilé).

Musím bohužel zkonstatovat, že přístup škol k drogové problematice mi připadal až na výjimky dosti formální, veden snahou zachovat si co nejvíce „čistý štít“. Z jejich sdělení by vyplývalo, že většině naší mládeže jsou drogy cizí. Provedené studie, včetně zprávy EMCDDA z r. 2007 ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) však zjišťuje v ČR spíše rostoucí trend ve spotřebě nelegálních drog, a to zvláště marihuany.

Závěr

Jak jsem zmínila již v úvodu, nelegální drogy představují globální problém a boj proti nim nebo zmírňování škod jimi způsobených nikdy nekončí. V ČR došlo k akceleraci vývoje drogové scény po r. 1990 v souvislosti s politickými změnami ve střední a východní Evropě. Objevila se tzv. odložená epidemie, což byla určitá daň za celkovou liberalizaci společnosti, svobodu cestování, podnikání a omezení vlivu státu na každodenní život občanů. Současně však naše společnost byla více zranitelná vůči šíření drog, což souviselo s měnící se hierarchií hodnot, životním stylem, oslabením vnějšího pořádku, sociálních jistot, chyběním potřebné legislativy i nedostatečně vybudovaným a fungujícím systémem péče o zneuživatele nelegálních drog. V totalitní společnosti šlo totiž o problém značně tabuizovaný a spojovaný s „upadající západní společností“.

Pokud tedy posuzujeme systém prevence a péče v ČR, je nutno přihlídnout i k výše uvedeným skutečnostem, tedy k tomu, že prakticky posuzujeme období necelých dvaceti let.

Protidrogová politika ČR je definována jako taková, která bude založena na komplexním, multidisciplinárním a vyváženém přístupu, který stojí na rovnováze prevence a represe. Podobně jako v EU má čtyři základní pilíře: primární prevenci, harm reduction, léčbu a resocializaci, represí. Ne vždy se však všechny cíle daří plnit, zvláště díky malé veřejné, politické a finanční podpoře.

Díky této práci jsme měla alespoň částečně možnost do této problematiky jak teoreticky tak prakticky nahlédnout. Pokusím se tedy formulovat, kde jsou z mého pohledu největší problémy.

1. Na straně rodiny:

- příliš liberální výchova bez stanovení limitů, nezvyšující odolnost jedince vůči negativním jevům v životě,
- na druhé straně jsme země s velkým počtem dětí týraných a zneužívaných,
- málo podnětná výchova, malá podpora zájmů,

- malá informovanost rodičů o problematice, často nereálné představy o možnostech zdravotnictví.

2. V oblasti zdravotnictví a dalších organizací působících v oblasti prevence, léčby a resocializace:

- malá dostupnost péče v některých regionech (nedostatek pedopsychiatrických event. adiktologických ambulancí), nedostatek pracovníků obecně v oblasti sekundární prevence (většinou z důvodu nedostatku finančních prostředků),
- nedostatečná návaznost péče (intenzivní, střednědobé a následné),
- nedostatek prostředků obecně.

3. Na straně škol:

- tendence k formalismu a snaha zakrývat problémy, což při ostatních povinnostech pedagogů zase není tak nepochopitelné,
- ne vždy dostatečná spolupráce s rodiči (může být ovšem i nezájmem rodičů).

4. Na straně státu:

- nedostatek financí pomáhajícím organizacím,
- místy patrná tendence k „silovým“ či populistickým řešením (zvl. pod tlakem politiků před volbami),
- nedostatečná provázanost celého systému péče,
- formální plnění nařízených programů institucemi.

5. Společenské klima, média:

- Prezentace (pseudo)liberálních postojů, malá podpora názoru, že „normální je nebrat drogy“,
- publikování nepravdivých informací, šíření mýtů,
- obtížná vymahatelnost práva v mnoha publikovaných kauzách může podporovat pocit, že je téměř vše dovoleno.

Určitě nepovažuji předchozí výčet za úplný a rovněž si nemyslím, že by náš systém péče o dospívající zneuživatelé drog byl špatný. Domnívám se, že základní rámeček je správný. Kdybych to chtěla říci příliš zjednodušeně, jeho další rozvoj bude záležet na dvou věcech - na lidech a na penězích.

Co se týče srovnání se zahraničím, vzhledem k absenci praktických zkušeností mohu na základě dostupných materiálů rozdíly jen předpokládat. Je jasné, že systém v USA bude s ohledem na historické podmínky a odlišné zdravotnictví výrazně jiný. V Evropě je v posledních letech patrna snaha EU sjednotit nejen „protidrogovou“ legislativu ale i systém pomoci. V zemích, kde mají s drogami a jejich uživateli delší zkušenosti (a které jsou také bohatší), bude systém péče o mladé uživatele návykových látek v mnohém jistě lépe fungující, provázanější, lépe financovaný a možná i méně liberální.

Na závěr bych se ještě chtěla zmínit o možnostech sociálního pedagoga v oblasti pomoci mladistvým zneuživatelům. Jak už bylo uvedené v jedné z předchozích kapitol, sociální pedagog by měl působit jako člen týmu především ve sféře primární prevence, ale své místo by určitě našel i v oblasti resocializace. Výhodou jeho působení na škole by mohla být nejen odborná znalost různých oborů (psychopatologie, právo aj.), ale i fakt, že by nebyl bezprostředně spojen s výukou ani klasifikací. Mohl by rovněž působit jako mediátor v kontaktu s rodiči, event. dalšími partnery v systému péče. Obdobně by se mohl uplatnit i v dalších institucích, které provádějí prevenci nebo resocializaci (policie, probační a mediační služba, ale i různá občanská sdružení, neziskové organizace, které v této oblasti působí).

O tom, kdy se tento stav začne naplňovat, rozhodnou v budoucnu nejen finanční možnosti, ale především pocit potřeby ve společnosti, která její saturaci bude vyžadovat.

Resumé

Bakalářská práce se zabývá problematikou adolescentních uživatelů návykových látek. Charakterizuje danou skupinu, rizikové faktory, které se při vzniku závislosti uplatňují, seznamuje s možnými mechanismy vzniku závislosti s přihlédnutím ke specifčnosti této věkové kategorie. Rovněž stručně popisuje nejvíce zneužívané drogy mezi mladistvými, zmiňuje jejich dopady na psychické i fyzické zdraví a důsledky ve sféře sociální.

Značná část práce se věnuje prevenci, zvláště primární, a systému léčebné péče, který je v naší zemi stále dobudován, včetně možného uplatnění sociálního pedagoga. Seznamuje se situací a projekty péče o mladistvé zneuživatelé drog v některých jiných zemích.

Praktická část obsahuje výsledky rozhovorů s rodiči mladých uživatelů a s metodiky školní prevence SŠ, týkající se jejich zkušeností s drogami u mladých lidí, fungováním systému péče, spolupráce různých složek v této oblasti.

V závěru jsem se pokusila ze získaných informací (teoretických i praktických) vyvodit a pojmenovat největší nedostatky v oblastech, které se v systému prevence a péče uplatňují.

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku adolescentních uživatelů drog, zmiňuje možnosti prevence a léčby. Také popisuje projekty realizované v zahraničí. V praktické části uvádí zkušenosti konkrétních rodičů uživatelů drog a pracovníků středních škol. V závěru se snaží postihnout nedostatky v systému prevence a péče o tuto ohroženou skupinu.

Klíčová slova

Adolescence, drogy, zneužívání drog, systém péče, prevence, zahraniční projekty

Annotation

The bachelor work focuses on the adolescent drug users issue, it deals with the possibilities of precaution and treatment. The theoretical part also describes projects that were realized in foreign countries. There is factual experience of the parents and secondary school employees in the practical part. The conclusion tries to catch inadequacies and deficiencies in the precaution and treatment system that could take care of this endangered group.

Keywords

adolescence, drugs, drug abuse, treatment system, precaution, foreign projects

Seznam použité literatury

1. BARKER, P. *Základy dětské psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 172-174 s. ISBN 978-80-7254-955-9.
2. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST, Souhrn – zpráva ESPAD za rok 2007. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2009, 1-3 s. ISBN 978-92-9168-353-6.
3. FISCHER, S. *Sociální patologie*. 1. vyd. Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2006, 60-61 s. ISBN 80-7044-812-1.
4. HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ J., MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*, 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 285, 298 s. ISBN:978-80-7367-404-5.
5. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, spol. s r.o., 2002, 558 s. ISBN 80-900130-1-5.
6. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 18-23, 46-47, 77, 79, 89-96, 189-191, 258-262, 370-375, 378, 381 s. ISBN 978-80-247-2449-2.
7. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup.*, 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003a, 64-65, 135-138, 265-267 s. ISBN 80-86734-05-6.
8. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup.* 1.vyd. Úřad vlády České republiky, 2003b, 91-94, 159-163, 172-174, 190, 192, 201-203, 217-224, 275-290, 301-302, 307-308 s. ISBN 80- 86734- 05- 6.
9. KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy otázky a odpovědi*, 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 138-174 s. ISBN 978-80-7367-223-2.

10. KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 96, 157, 200 s. ISBN 978-80-7367-383-3.

11. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 154 s. ISBN 80-7178-515-6.

12. NIKLOVÁ, M. *Prevenia drogových závislostí v školskom prostredí*. 1. vyd. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Pedagogická fakulta, 2009, 24-26, 35-40, 96-103 s. ISBN 978-80-8083-783-9.

13. NOVOTNÁ, J. *Drogové závislosti*. Brno: Krajská hygienická stanice ve spolupráci s agenturou AISA, 1997, 42-43 s.

14. PRESTON, A., MALINOWSKI, A. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě (praktická příručka pro uživatele drog)*. 1. vyd. Úřad vlády ČR, 2007, 27 s. ISBN 978-80-87041-28-4.

15. URBAN, E. *Toxikománie*. Praha: Avicenum, 1973, 11-12, 19 s.

16. VAŠUTOVÁ, M. *Pedagogické a psychologické problémy v dětství a dospívání*, 1. vyd. Ostrava: FF Ostravské Univerzity, 2005, 65-66, 210 s. ISBN 80-7042-691-8.

Časopisy

17. SVOBODOVÁ, J., (2009) *Detoxifikace dětí a mladistvých závislých na nealkoholových drogách*. Psychiatrie pro praxi, č. 2, 79-82 s. ISSN 1213-0508.

Internetové zdroje

18. COLLINS, L., (2008), *Holandský experiment s „half-baked“ drogami*, web: http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/policie/npdc/danky/haltbaked_policie.html , staženo 25.02.2010

19. EMCDDA., (2010), *Reakce na užívání drog*, web: http://www.emcda.europa.eu/html.cfm/index52006EN.html?project_idby=269 , staženo 25.02.2010
20. KOTOVÁ, H., (2009), *Nové preventivní postupy v rámci nízkoprahových klubů*, web: http://www.podaneruce.cz/data/files/4_172.pdf , staženo 25.02.2010
21. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ SANANIM.,(2010) *Trestní zákoník*, web: <http://www.drogovaporasdna.cz/rubrika.php?rubrika=38> , staženo 18.02.2010
22. PREV-CENTRUM, (2009) o.s., *Odborná stáž v Holandsku*, web: http://www.proximasociale.cz/download/zprava_staz_Holandsko.pdf , staženo 25.02.2010
23. STŘEDOČESKÝ KRAJ, (2008), *Péče o uživatele drog*, web: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/protidrogova-politika/slovnicek-pojmu/pece-o-uzivatele-drog.htm> , staženo 15.01.2010

Příloha 1

Schéma otázek pro rodiče adolescentních uživatelů drog

1. Základní anamnestické údaje (sociální status rodiny, onemocnění v rodině, zvl. závislosti, počet dětí, předchozí onemocnění uživatele, problémy ve škole, dřívější výchovné problémy).
2. V kolika letech a jakým způsobem přišla rodina na to, že dítě užívá návykovou látku (dále již NL)?
3. O jakou NL šlo?
4. Všimli jste si sami, upozornila Vás škola, kamarádi, známý či policie?
5. Jaké byly první projevy?
6. Jak jste reagovali Vy na odhalení, jak Vaše dítě?
7. Vyhledali jste pomoc? Jakou?
8. Jak jste byli spokojeni s pomocí, radou, či zásahem odborníka, školy, či jiného orgánu, který se ve věci účastnil (policie, OSPOD aj.)?
9. Jak se situace s užíváním NL u dítěte vyvíjela dál?
10. Hledali jste zpětně příčinu vzniklé situace a jak se na věc díváte s odstupem doby?
11. Máte pocit, že je u nás péče o adolescentní abuzéry dobře organizována a zabezpečena?
12. Co jste považovali za největší problém a co by bylo nutné podle vás řešit (zdravotně, organizačně, právně)?

Příloha 2

Schéma otázek pro metodiky školní prevence na SŠ, SOU

1. Jak dlouho jste na škole a jak dlouho tuto funkci vykonáváte?
2. Učíte kromě toho na plný úvazek?
3. Máte vypracovaný Minimální preventivní program, krizový program, co obsahují?
4. Domníváte se, že se v problematice NL a prevence dobře orientujete, absolvoval/a jste školení, výcvik, eventuelně samostudium?
5. Setkal jste se za dobu svého působení ve funkci metodika s problémem drog na škole?

Okruh A (pro případ, že na otázku 5. odpoví kladně)

- a) Kolikrát a o jaké drogy šlo?
- b) Jakým způsobem jste se to dověděl/a (bylo to patrné v hodině, o přestávce, na mimoškolní akci, upozornili Vás rodiče, spolužáci, policie či někdo jiný)?
- c) Jak se situace řešila, jaká byla spolupráce s rodiči, jinými institucemi?
- d) Jak to se zmíněným studentem dopadlo (neopakovalo se to, odešel ze školy, či jiné řešení)?
- e) Jak na situaci reagovala třída, využil/a jste toho v programu prevence?

Okruh B (pro případ, že na otázku 5. odpoví záporně)

- a) Domníváte se, že je to tím, že drogy mezi studenty Vaší školy nejsou nebo že pedagogové nejsou vždy dostatečně všímaví (budou mít méně problémů)?
- b) Pokud bylo třeba jen podezření u nezletilého studenta, navázal/a jste kontakt s rodiči?
- c) Přemýšlel/a jste nad skutečností, že ČR patří ve zneužívání kanabinoidů mládeži k evropské špičce a na Vaší škole se marihuana nekouří, jak si to vysvětlujete?