

**VYSOKÁ ŠKOLA EVROPSKÝCH A REGIONÁLNÍCH
STUDIÍ, O. P. S., ČESKÉ BUDĚJOVICE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**ANALÝZA EFEKTIVITY ÚSPĚŠNOSTI LÉČBY
DROGOVĚ ZÁVISLÝCH VE VYBRANÝCH
TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH**

Autor práce: Kateřina Bublíková
Studijní obor: Bezpečnostně právní činnost ve veřejné správě
Forma studia: Prezenční
Vedoucí práce: Mgr. František Šnitr
Katedra: Katedra právních oborů a bezpečnostních studií

2015

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, na základě vlastních zjištění a s použitím odborné literatury a materiálů uvedených v této práci.

Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Vysoké školy evropských a regionálních studií v Českých Budějovicích a zpřístupněna v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění.

.....

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Františku Šnitrovi, za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

ABSTRAKT

BUBLÍKOVÁ, K. *Analýza efektivity úspěšnosti léčby drogově závislých ve vybraných terapeutických komunitách : bakalářská práce.* České Budějovice : Vysoká škola evropských a regionálních studií, o. p. s., 2015. 98 s. Vedoucí bakalářské práce : Mgr. František Šnitr

Klíčová slova: droga, drogová závislost, terapeutická komunita, léčba, prevence

Hlavním cílem bakalářské práce je popsání drogové závislosti u mužů, žen a dětí a dále následný postup léčby na základě statistik občanského sdružení SANANIM. Práce analyzuje a hodnotí drogovou prevenci, zabývá se postupem a úspěšností léčby drogově závislých, popisuje nejvíce používané a dostupné druhy drog, zabývá se složením jednotlivých klientů v souvislosti s jejich pohlavím, vzděláním a dobou, po kterou užívali drogy. Vedlejší cíl bakalářské práce představuje provedení dotazníkového šetření zaměřeného na drogově závislé v terapeutické komunitě Němčice a porovnání dotazníkového šetření, na vesnické a městské základní škole.

Teoretická část je zaměřena na historický vývoj drog od samého počátku až po současnost. Stěžejní část bakalářské práce poukazuje na historický vývoj drog, popisuje a charakterizuje jednotlivé drogy a jejich účinky. Nastiňuje také budoucnost drog v dalších letech. Praktická část se zaměřuje na terapeutické komunity, popis léčby a vyhodnocení úspěšnosti léčby podle dostupných statistik občanského sdružení SANANIM a preventivní opatření před užíváním drog. Závěr práce je zaměřen na shrnutí zjištěných dat a informací. V přílohách následuje dotazníkové šetření, ve kterém byli osloveni členové terapeutické komunity Němčice, dále dotazníkové šetření, které bylo provedeno na vesnické a městské škole u dětí ve věku 13-16 let a na závěr je přiložen příběh vyléčené narkomanky.

ABSTRACT

BUBLÍKOVÁ, K. *Analysis of treatment effectiveness of drug addicts in selected therapeutic communities : Bachelor thesis*. České Budějovice : The College of European and Regional Studies, 2015. 98 p. Supervisor : Mgr. František Šnitr

Key words: drug, drug addiction, therapeutic community, treatment, prevention

The main goal of the Bachelor thesis is to describe drug addiction by men, women and children and the following treatment process based on statistics of the citizens' association SANANIM. The thesis analyses and evaluates drug prevention, deals with the process and treatment efficiency of the drug addicts, describes the most common and available kinds of drugs, is investigating the variety of clients in respect to their sex, education and the period when they used drugs. Another goal of the thesis is to perform a questionnaire survey aimed at the drug addicts in the therapeutic community Němčice and to compare the questionnaire survey at a rural and an urban primary school.

The theoretical part is focused on a historical drug development from the very beginning to the present. The main part of the thesis indicates a historical drug development, describes and characterizes individual drugs and their effects. It also suggests the future of drugs in the following years. The practical part is concentrated on therapeutic communities, a treatment description and an evaluation of treatment efficiency according to the available statistics of the citizens' association SANANIM and precaution of the drug use. The conclusion of the thesis is focused on the summary of discovered facts and information. In the attachments there are a questionnaire survey in which the members of the therapeutic community Němčice were enquired, a questionnaire survey conducted at a rural and an urban primary school with children at the age from 13 to 16 and at the end a story of a cured female drug addict is attached.

Obsah

Úvod.....	9
1 Cíl a metodika bakalářské práce	10
Teoretická část	
2 Historie drog.....	13
2.1 Drogy, které si podmanily národy	14
2.2 Pojem a znaky drogové závislosti	16
2.2.1 Droga.....	16
2.2.2 Drogová závislost.....	16
2.3 Rozdělení drog na skupiny dle jejich účinnosti.....	18
2.3.1 Drogy přírodní.....	18
2.3.2 Drogy polosyntetické	18
2.3.3 Drogy syntetické	19
2.3.4 Drogy „tvrdé“ a „měkké“	19
2.4 Charakteristika drog, rozdělení drog, důsledky jejich zneužívání	20
2.4.1 Konopí.....	20
2.4.2 Stimulační drogy	22
2.4.3 Opiáty.....	23
2.4.4 Halucinogeny	26
2.4.5 Těkavé látky	28
2.4.6 Tlumivé látky	29
2.4.7 Nové syntetické drogy (NSD).....	30
Praktická část	
3 Terapeutické komunity.....	31
3.1 Terapeutické komunity pro dospělé	32

3.1.1	Výzkum v terapeutické komunitě Němčice	35
3.1.2	Zhodnocení hypotéz I.....	38
3.2	Terapeutické komunity pro mladistvé a mladé dospělé	39
3.3	Terapeutické komunity pro matky s dětmi	41
3.3.1	Drogově závislí jsou již novorozenci.....	42
3.4	Křesťanské komunity	43
3.5	Výzkum na vesnické a městské škole	44
3.5.1	Zhodnocení hypotéz II.	46
4	Léčba drogově závislých	48
4.1	Pojem léčba	48
4.2	Financování léčby.....	48
4.3	Formy léčby.....	49
4.4	Léčebný postup v terapeutické komunitě Sananim Němčice.....	51
4.5	Rezidenční (pobytová léčba)	53
4.6	Léčba ve vězení	54
5	Začlenění vyléčených lidí do společnosti	55
5.1	Co bude vyléčený člověk dělat po léčbě	55
6	Drogová prevence	57
6.1	Vývoj drogové prevence	57
6.2	Jak odhalit užívání drog	57
6.3	Primární prevence.....	58
6.3.1	Obecné charakteristiky primární prevence.....	58
6.3.2	Hlavní cílové oblasti primární prevence	59
6.3.3	Formy specifické primární prevence.....	61
6.4	Školní prevence	62
6.5	Jak předejít drogovým problémům.....	63
	Závěr	65

Seznam použitých zdrojů	67
Seznam zkratk	71
Seznam tabulek	72
PŘÍLOHY	73

Úvod

Drogová problematika je složitá věc. Ocitá se občas jako jedno z hlavních témat televizních zpráv, většinou jako informace o zadržení dalšího drogového gangu. Čas od času zaznamenáme v mediích, či na okolních billboardech, probíhající protidrogovou kampaň, nebo uslyšíme více či méně zasvěcený komentář politika – to hlavně v předvolebním období. Drogy tu jsou, ale jakoby nás mýjely stejně jako cizí automobilové nehody či mediální kriminální kauzy. Potom se nám ale dospívající potomek svěří (v tom lepším případě), že si (jenom jednou, samozřejmě) vyzkoušel „trávu“. Situace se zásadním způsobem mění. Problém už není abstraktní, ale dotýká se nás, dnes a tady. Co tedy s tím? Máme propadnout panice a hledat léčbu? Nezhoršíme ještě nakonec celou situaci? Máme se poradit ve škole? Jít na policii? Nebo si snad věci nevšímat a doufat, že se to vyřeší samo? Teď teprve si uvědomujeme, že vlastně o drogách nic nevíme. Tedy něco ano, ale jsou to převážně informace pocházející z medií. Nejde o katastrofu, ale zároveň je nutno si přiznat, že drogy – a to nejen ty nelegální – jsou stále závažným problémem naší společnosti. Lidská touha ovlivňovat své vnímání pomocí psychotropních látek je všudypřítomná a její trvalé a důsledné potlačení je pravděpodobně nemožné. Je zde ale možnost udržet problémy spojené s užíváním návykových látek v určitých mezích, daných na jedné straně účinnou prevencí a na straně druhé komplexní léčbou. Nelze samozřejmě pominout ani správně cílenou represi jako nedílnou součást spektra protidrogových aktivit.¹

Mladí lidé nechtějí v dnešní době řešit problémy. Utíkají před nimi a mnohdy doufají, že drogy tento problém vyřeší. Informovanost není z mého pohledu dostačující. Ve školách tuto problematiku nikdo neřeší, doma většinou také ne.

Stává se z toho veliký problém, který společnost zlehčuje. Nedostatek času ze strany rodičů a naopak dostatek peněz dohání mladé lidi k tomu, aby svůj volný čas trávili sami.

¹ PRESL, J. *Drogy mýty a realita*. Praha : Medea Kultur, 2007. 26 s.

1 Cíl a metodika bakalářské práce

Objektem mého zkoumání a cílem mé bakalářské práce je teoretickým a praktickým způsobem reflektovat činnost terapeutické komunity Němčice, založené občanským sdružením Sananim v roce 1991. První komunita občanského sdružení SANANIM byla otevřena v Němčicích u Volyně, kde jsem se v roce 1992 – rok poté, co bylo toho zařízení uvedeno do provozu, narodila, a dodnes tam žiji. Terapeutická komunita v Němčicích působila až do března roku 2014, v současné době sídlí terapeutická komunita v Heřmani u Písku ve svém vlastním objektu.

Hlavním cílem bakalářské práce je popsání drogové závislosti u mužů, žen a dětí a dále následný postup léčby na základě statistik občanského sdružení SANANIM. Práce analyzuje a hodnotí drogovou prevenci, zabývá se postupem a úspěšností léčby drogově závislých, popisuje nejvíce používané a dostupné druhy drog, zabývá se složením klientů v souvislosti s jejich pohlavím, vzděláním a dobou, po kterou užívali drogy. Vedlejší cíl bakalářské práce představuje provedení dotazníkového šetření zaměřeného na drogově závislé v terapeutické komunitě Němčice a porovnání dotazníkového šetření na vesnické a městské základní škole.

Bakalářská práce je rozdělena do 6 kapitol. V první kapitole je konkretizován cíl a metodika práce. V další kapitole je popsán historický vývoj drog od samého počátku úsvitu dějin až po současnost, rozdělení a charakteristika jednotlivých drog podle jejich účinku.

Třetí kapitola této práce se zaměřuje na nejdůležitější část a tou jsou terapeutické komunity. Jsou zde popsány různé typy terapeutických komunit a jejich statistiky za uplynulých 5 let. Údaje ze statistik jsou uvedené v tabulkách ve třetí kapitole. Třetí kapitola se také věnuje dotazníkovému šetření v terapeutické komunitě v Němčicích. Dotazník pro terapeutickou komunitu Němčice byl sestaven za pomoci jejího hlavního terapeuta a byl následně předán klientům terapeutické komunity. Dotazník byl vyplněn 13 klienty anonymně z důvodu ochrany jejich identity. Šetření bylo vyhodnoceno v březnu 2014. Dotazník pro účely této bakalářské práce je kvantitativním šetřením a představuje soubor 16 otázek, které jsou převážně uzavřené, ale je zde i několik otázek otevřených. Zhodnocení dotazníku by mělo vyvrátit nebo potvrdit 3 hypotézy stanovené autorkou práce.

I. Stanovení hypotéz pro terapeutickou komunitu Němčice

- **H1:** Lidé, kteří se rozhodnou léčit, jsou dlouhodobí uživatelé drog a jejich věk se při nastoupení léčby pohybuje okolo třiceti let, jsou to lidé převážně se základním vzděláním.
- **H2:** Domnívám se, že si narkomani obstarávají peníze na drogy jednak od rodičů, ale také nelegální činnostmi.
- **H3:** Drogová prevence je nedostatečná a málo účinná a důvodem užívání drog je nezáměr rodičů a okolí, nuda, zvědavost a touha někam patřit.

Dále bylo v třetí kapitole vypracováno dotazníkové šetření, které srovnává vesnickou a městskou základní školu. Toto dotazníkové šetření bylo sestaveno za pomoci školního personálu. Šetření bylo provedeno od začátku října do konce listopadu 2014. Tento dotazník je kvantitativním šetřením a představuje soubor 13 otázek, které jsou převážně uzavřené, ale je zde i několik otázek otevřených. Celkem bylo žáky vyplněno 100 dotazníků, z toho 50 dotazníků z vesnické školy a 50 dotazníků z městské školy. Zhodnocení dotazníkového srovnání by mělo vyvrátit nebo potvrdit 3 hypotézy stanovené autorkou práce.

II. Stanovení hypotéz pro dotazníkové srovnání vesnické a městské základní školy

- **H1:** Domnívám se, že požití alkoholu ve větší míře a první zkušenost s cigaretou byla ve věku 10-13 let.
- **H2:** I děti školou povinné mají zkušenosti s užitím drog, není rozdíl u dětí z vesnických a městských škol.
- **H3:** Drogová prevence je v současné době ze strany školy dostatečná, rodiče se do drogové prevence nezapojují.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na léčbu závislých lidí – jedná se o financování léčby, formy léčby, léčebný postup v terapeutické komunitě Němčice, rezidenční (pobytovou) léčbu a léčbu ve vězení.

Pátá kapitola se zabývá začleněním vyléčených lidí do společnosti. Tato kapitola je také velmi důležitá, jelikož začlenění vyléčených lidí do společnosti je velice náročné především na psychiku.

Poslední šestá kapitola, se zaměřuje na drogovou prevenci. V této kapitole je rozebrán vývoj drogové prevence, jak odhalit užívání drog, primární prevence, dále je více rozebrána školní prevence, která je podle mého názoru velice důležitá. Na konci této kapitoly je zaznamenáno, jak alespoň z části předejít drogovým problémům.

V teoretické části práce je využívána zejména analýza a syntéza dostupných literárních pramenů zaměřených na historii drog, rozdělení a charakteristiku drog. V rámci zpracování praktické část byly využity literární prameny a veřejně dostupné webové stránky konkrétních protidrogových společností a vlastní zdroje autorky – z dotazníkového šetření a komparace výsledků.

V bakalářské práci je použito několik základních metod. V teoretické části byla použita metoda popisná. V praktické části byla použita jak metoda popisná, tak i metoda komparativní, která porovnává školy z hlediska znalostí o drogách. Při sběru dat byly použity techniky: dotazník a analýza dokumentů. Tyto techniky sloužily k získání potřebných dat pro zpracování bakalářské práce. Podstatné získané informace jsou prezentovány formou grafického zobrazení (tabulky, grafy).

2 Historie drog

Od samého úsvitu dějin užívají lidé drogy buď k léčebným a duchovním účelům, anebo pro radost, útěchu a povzbuzení. Užívání drog je složitý pojem zahrnující nebezpečné užívání zákonem obvykle nepovolené látky. Tento pojem však vypovídá o tom, co je společensky přijatelné, než co je škodlivé. V některých společnostech se nadměrné pití a kouření všeobecně nepovažuje za zneužívání. Z 15. a 16. století máme doklady z celé Evropy o přípravách čarodějnických nápojů a mastí. V Čechách se dochovaly zápisy z čarodějnických receptů a procesů, které svědčí o tom, že jsme nebyli ve srovnání s okolní Evropou nijak pozadu. S cílem dosáhnout psychických i fyzických požitků se omamné látky začaly více využívat v 17. století. S rozvojem technických věd a rozpracováním chemických metod čištění, koncentrace a oddělování se šíří i syntetická výroba nových látek. Poptávka vede k masovější výrobě a v rámci rodícího se farmaceutického průmyslu k jejich širšímu využití při výběru léčiv, jedů, ale také „požitkových“ látek. Éru vzestupu drog, jako vážného společenského fenoménu, pak u nás odstartoval derivát opia – morfin v polovině 19. století. Nástup „osvíceného“ 20. století je ještě ve znamení „Morfeova přípravku“. Nicméně už následující období je poznamenáno prudkým rozvojem „moderních forem“ organizovaného obchodu s drogami. Za signifikantní pro toto období lze považovat citaci z knihy Zdeňka Klany – Omamné drogy (1947): „V Praze je asi 10 000 osob, které podlehly požívání narkotik, a tudíž každý stý občan je její obětí.“ Tento odhad řadí Prahu na jedno z předních míst v Evropě.²

Tuto skutečnost dokazuje i skladba klientů v TKN při jejím založení v roce 1990. Klienti byli lidé vzdělaní, léčili se tu chemici, zdravotní sestry, lékárníci, lékaři a lidé obdobných profesí. Byli to převážně lidé, kteří si drogu uměli vyrobit, a věděli, co užívají – jaké složení má právě ta jejich droga.

V novodobé historii šíření a zneužívání drog, tj. v 19. a 20. století, se rozlišují tři období. Asi do r. 1960 se drogy pokládaly za odborný problém, kterým se zabývala poměrně úzká skupina vysoce kvalifikovaných specialistů – kriminalistů na straně potírání trestné činnosti, lékařů – psychiatrů na straně léčení závislostí. V letech

² ČESKO. Drogy. *Historie drog* [online]. [cit. 2014-10-02]. Dostupné z WWW: <<http://drogy1.webnode.cz/historie-drog/>>.

1960 – 1990 se drogy stávají zejména ve vyspělých zemích problémem společenským, který se dotýká mnoha sociálních vrstev a skupin, a stejně tak mnoha profesí. V tomto období dochází v USA a v západní Evropě k enormnímu nárůstu užívání drog s vážnými zdravotními a sociálními důsledky, což kvalitativně změnilo koncepce a přístupy drogových politik. Od r. 1990 již mezinárodní společenství (v Globálním akčním plánu VS OSN z r. 1991) charakterizuje problém drog jako problém globální.³

2.1 Drogy, které si podmanily národy

Kata jedlá (*Catha edulis*) se vzletně nazývá strom ráje a její listy „zelené zlato“ nebo „africký salát“. Listům se přezdívá rovněž oves – kvůli podobnosti způsobu jejich konzumace s celodenní činností zvířecích přežvýkavců. Katu se říká také miraa, tohai, qat, tschut či „arabský čaj“ – podle toho, ve které části východní Afriky nebo Arabského poloostrova se zrovna nacházíte. Droga mnoha jmen si za poslední staletí podmanila mnoho národů. Kat vládne ekonomikám Jemenu nebo Džibutsku, ve velkém se pěstuje a dlouhé hodiny žvýká také v Somálsku, Etiopii, Jižní Africe, Keni a dalších státech. Každodenní uživatelé katu se počítají v mnoha desítkách milionů. Kat je hlavní drogovou náhražkou pro ortodoxní muslimský svět, který má zapovězeny jiné způsoby omámení a relaxace, například alkohol. Přirozenou oblastí, kde *Catha edulis* roste, je právě východní rovníková Afrika a Arabský poloostrov. Ve všech výše jmenovaných zemích je kat legální, běžně dostupný, nebo dokonce tvoří podstatnou část sociálních vztahů a každodenních zvyků. Na druhou stranu si na něj brousí zuby americká DEA, stejně jako většina Evropy, snad jen s výjimkou liberálního Nizozemska a Velké Británie, kde není podroben regulaci a kde jej užívají hlavně početné komunity přistěhovalců. Kupodivu ani v Česku není kat zákonem zapovězen. Do vzdálených zemí se přepravuje letecky, protože jediné čerstvé listy si uchovávají účinnost.⁴

Účinky listů keře koky (*Eruthroxyylon coca* – obsahující kokain) znají v Jižní Americe pravděpodobně už 5000 let. Podle starých indiánských legend byl „božský list“, který zarmoucené rozveselí, vyčerpané posílí a hladové nasytí, přinesen synem Slunce vyvolenému národu Inků. Jeho užívání jako posilovacího prostředku pro usnadnění pohyb ve vysokých horách se udrželo dodnes. Stejně

³ KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2001. 319 s. ISBN 8086734056.

⁴ ZAHRADNÍČEK, J. Lidé a země. *Droga, která si podmanila národy* [online]. 2009 [cit. 2014-10-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.lideazeme.cz/clanek/droga-ktera-si-podmanila-narody>>.

tak využívali běžci (poslové) ve staré Habeši stimulačních účinků keře Kath (Catha edulis), který dodnes roste vysoko v horách východní Afriky a jižní Arábie.⁵

V Keni je kat známý jako miraa a tato východoafrická země patří k jeho předním producentům a zároveň vývozcům. Kat působí jako stimulant, lidé jsou po něm živější, mluvní, někdy až roztěkaní a hyperaktivní. U pravidelného konzumenta vytváří kat lehkou psychickou závislost, má negativní vliv na funkci jater a potenci, způsobuje pozvolné černání zubů a zvyšuje také riziko rakoviny v ústní dutině. Užívání katu je totiž časově náročná záležitost, mladé výhonky se strkají celé do úst a dlouhé hodiny rozmělnují a převalují v ústech podobně jako žvýkácí tabák, aby se působením slin vstřebaly účinné látky. V Jemenu denně přežvykuje listy, které se zapíjí silným mátovým čajem, kolem osmdesáti procent dospělých mužů. Žvýkajícím státem je rovněž Džibutsko, kat se tu prolíná všemi společenskými vrstvami, od chudých až po prezidenta. Také Somálci patří k nejčinnějším přežvykavcům. Lehké narkotikum užívá každý den přibližně šedesát procent obyvatel státu. Třetina jemenského hrubého domácího produktu souvisí jenom s pěstováním, distribucí a prodejem katu.⁶

Žvýkání katu není u nás až tak rozšířené, protože je zapotřebí žvýkat listy čerstvé a k těm se dostanou především lidé v Praze, neboť se k nám kat dováží jedinečně leteckou přepravou. Neznám žádné uživatele této drogy, ani se v terapeutické komunitě nikdo takový nevyskytoval. A to především z toho důvodu, že žvýkání katu je časově náročné a není považováno za tvrdou návykovou látku. V zemích, kde se kat pěstuje a v hojné míře užívá, to je v jižní a východní Africe a na Arabském poloostrově, se k této rostlině nepřistupuje jako k droze, žvýkání katu je součástí jejich kultury a rituálů. Kat v těchto zemích užívají nejen dospělí, ale i dospívající děti a nikdo se nad tím nepozastavuje.

Zatímco kat vládne Arabskému poloostrovu a východní Africe, betel, nebo lépe betelové sousto, je doma v mnoha zemích jižní a jihovýchodní Asie. Asi 2000 let je starý další povzbuzující zvyk – žvýkání „betele“, rozšířený a udržovaný od Indie až po řadu tichomořských ostrovů. Je to kousek ořechu z arekové palmy s trochou vápna,

⁵ FIŠEROVÁ, M. Postgraduální medicína. *Historie drogových závislostí* [online]. Praha : Ústav Farmakologie, 2000 [cit. 2014-10-05]. Dostupné z WWW: <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm>.

⁶ ZAHRADNÍČEK, J. Lidé a země. *Droga, která si podmanila národy* [online]. 2009 [cit. 2014-10-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.lideazeme.cz/clanek/droga-ktera-si-podmanila-narody>>.

vše zabaleno do betelového listu. Pepřovník betelový (*Piper betle*) je rostlina dosahující asi metrového vzrůstu, její listy mají srdčitý tvar a užívají se čerstvé společně s vápnem a ořechy palmy arekové. Betel se ve velkém užívá v Indonésii, Číně, Indii, Thajsku, Nepálu, Myanmaru, na Filipínách nebo Srí Lance. Jeho žvýkání prý má antiseptické účinky, působí proti bolestem hlavy, zubů, na zažívací obtíže. Samozřejmě je to stimulant, který povzbuzuje organismus, stejně jako kat. Podle ájurvédské medicíny působí betel jako lehké afrodiziakum.⁷

2.2 Pojem a znaky drogové závislosti

2.2.1 Droga

Drogami označujeme látky, které mohou vyvolat závislost. Psychotropní vlastnosti takových drog spočívají v ovlivnění psychiky člověka: mění jeho náladu, vnímání, prožívání, ale i chování, zájmy a stav vědomí. Jestliže jsou pro zneužívajícího jedince žádoucí jen některé účinky drog, nemůže se vyhnout ani účinkům nežádoucím, včetně záporných zdravotních důsledků. Drogou jsou ohroženi především jedinci nevyrovnaní, nespokojení, neúspěšní a nešťastní, ale současně chtějí dosáhnout změn svých subjektivních pocitů bez vynaložení skutečného úsilí. Čím více jim pak droga „dává“, tím více jsou ohroženi. Droga má dvě tváře: první něco slibuje, nabízí, zdánlivě dává, je příjemná a svůdná. Šířitelé drog hovoří jen o této tváři. Druhá tvář drogy znamená rozladění, kocovinu, další snížení schopnosti vyrovnávat se s nároky života, ještě hlubší pocity frustrace (na cestě k cíli stojí překážky), ztrátu perspektivy, vyhocení vnitřních rozporů a beznadějí. U jedince, který požití drogy opakuje častěji, začne být brzy rozhodující tvář druhá. Stav bez drogy je pro něj tak nesnesitelný, že touží po novém, rychlém uvedení se do stavu intoxikace. U většiny drog, někdy dříve, jindy později, dochází k postupnému snížení jejich účinku. Dávky je třeba stále zvyšovat nebo přecházet na drogy „tvrdší“. Časem vzniká návyk a posléze fyzická i psychická závislost.⁸

2.2.2 Drogová závislost

Drogová závislost je chronické postižení, postihuje nejenom jedince, ale i rodinu a společnost. Riziko úrazů při požívání drog je jednak v přímém působení, dále pak

⁷ ZAHRADNÍČEK, J. Lidé a země. *Droga, která si podmanila národy* [online]. 2009 [cit. 2014-10-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.lideazeme.cz/clanek/droga-ktera-si-podmanila-narody>>.

⁸ SKÁLA, J. *Až na dno*. Praha : Avicenum, 1988. 144 s.

zprostředkovaně. Zvláště nebezpečné je působení drogy na jedince společně s alkoholem, ale i s dlouhodobě podávanými léky, například antiepileptiky. Zprostředkovaně ovlivňují drogy duševní funkce – zvyšují agresivitu, ovlivňují koordinaci pohybů (především klubové drogy), oslabují schopnost řízení atd. Působení drogy na každého jedince je značně odlišné, například marihuana může u někoho způsobit pomatení, u jiného podráždění, pocit strachu, poruchu chování, halucinace, psychózy atd. V USA, Kanadě a Austrálii bylo zjištěno, že alkohol ovlivňuje vznik 20 % dopravních úrazů, ale alkohol společně s marihuanou 40 %. Zvláště nebezpečná je kumulace drogy a alkoholu v populaci teenagerů, kde dochází u více než poloviny postižených k vážnému úrazu. Kombinace drogy a alkoholu je příčinou 10 % úmrtí.⁹

Žloutenkou byla postižena více než polovina klientů TK v Němčicích. K tomu se přidávají další onemocnění, například jater a v důsledku dlouhodobého užívání drog je to také ztráta imunity. Lidé, kteří se pro léčbu rozhodnou, jsou mnohdy trosky, jak z hlediska zdraví, tak i psychiky. O to lepší je vidět tyto lidi v průběhu léčby a po ukončení léčby, kdy by člověk klienta nepoznal. Abstinence drog je poznat na všech klientech, kteří léčbu úspěšně dokončili. Zase jsou to lidé sebevědomí a zdravě vypadající.

Jedinec závislý na droze je těžce nemocný člověk: především je ohroženo jeho duševní zdraví, časem se přidružují i stále závažnější poruchy zdraví tělesného. Postižení jedinci nestačí na běžné nároky života, dostávají se do invalidního důchodu, předčasně umírají, někteří končí sebevraždou. Akutní ohrožení pro ně představuje např. infekční žloutenka (znečištěné injekční stříkačky), jindy udušení nebo selhání jiných životních funkcí při vdechování těkavých látek.¹⁰

V kterémkoliv stadiu rozvoje závislosti má ten, kdo drogu zneužívá nebo je na ní závislý, naději na záchranu. Potřebuje však pomoc druhých osob, a to především ve formě léčby jak ze strany zdravotníků, tak i ze strany sobě podobných již uzdravených jedinců (socioterapeutické kluby). Léčba může být ambulantní i ústavní. Ambulantní formu provádějí ordinace protialkoholní a protitoxikomanické péče. Ve velkých městech pracují specializovaná Střediska drogových závislostí.¹¹

⁹ RICHTER, J. *Likvidační životní styl*. Praha : Media Kultur. 23 s.

¹⁰ SKÁLA, J. *Až na dno*. Praha : Avicenum, 1988. 144 s.

¹¹ SKÁLA, J. *Až na dno*. Praha : Avicenum, 1988. 144 s.

V jižních Čechách je známé sdružení Prevent, které zde působí od roku 1999 v rámci práce s dětmi a mládeží (primární prevence, zážitková pedagogika, sociální služby pro děti a mládež), v oboru adiktologie (tzn., že poskytuje sociální a terapeutické služby uživatelům drog a jejich rodinám) a vzdělávacích aktivit (pořádá konference, vzdělávací kurzy, semináře pro pedagogy a sociální pracovníky). Prevent je vzdělávací institucí akreditovanou MPSV.

2.3 Rozdělení drog na skupiny dle jejich účinnosti

Dělení drog na „tvrdé“ a „měkké“ drogy se v podstatě zaměřuje na rizikovost té určité drogy z hlediska pravděpodobnosti vzniku závislosti a zdravotních komplikací (tělesných i duševních). Rozdělení drog podle účinku bere v úvahu převládající efekt na psychiku zdravých lidí. Mezi měkké drogy patří například káva, výrobky z tabáku, produkty jako marihuana a také alkohol. Tvrdé drogy způsobují riziko vzniku závislosti.¹²

2.3.1 Drogy přírodní

V této skupině jsou zařazeny kanabis, opium a lístky keře koky, což jsou všechno drogy, které se vyskytují přirozeně ve formě rostlinné. Drogy přírodní jsou jediné, které lze připravit bez pomoci chemikálií. Způsoby užití jsou různé od žvýkání, kouření a pití odvarů. Přírodní narkotika zahrnují opium, morfin, kodein a thebain.¹³

„Není drog bez chemikálií ... tato věta postačí na úvod do problematiky prekurzorů a pomocných látek. Chemické látky jsou bezpodmínečně nutné při každé nelegální výrobě polosyntetických a syntetických drog.“¹⁴

2.3.2 Drogy polosyntetické

Do této skupiny jsou zařazeny drogy, které se nacházejí v přírodních produktech, ale musí být zpracovány chemickým procesem, aby je bylo možno přeměnit z jejich

¹² ČESKO. *O drogách* [online]. Karviná : Občanské sdružení NET, 2003 [cit. 2014-10-15]. Dostupné z WWW: <http://k-centrum.czweb.org/o_drogach/o_drogach.htm>.

¹³ ČESKO. *O drogách* [online]. Karviná : Občanské sdružení NET, 2003 [cit. 2014-10-15]. Dostupné z WWW: <http://k-centrum.czweb.org/o_drogach/o_drogach.htm>.

¹⁴ ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. *Drogy vybrané kapitoly*. Praha, 2005. s. 49.

přírodního stavu do použitelné drogy. Jedná se například o kokain vyráběný z lístků keřů koky nebo heroin, vyráběný přes několik chemických kroků z opia.¹⁵

2.3.3 Drogy syntetické

Devadesátá léta 20. století byla počátkem nástupu nových druhů syntetických drog v České republice. Jelikož k jejich užívání a šíření docházelo především v nově vznikajících hudebních klubech, můžeme tyto drogy souhrnně pojmenovat klubovými drogami. Tyto drogy jsou plně vyráběny z chemických ingrediencí. Jedná se zejména o amfetamin a jeho deriváty a LSD. K jejich výrobě jsou potřeba prekurzory a pomocné chemické látky. Obecně můžeme říci, že prekurzory a pomocné látky jsou substance obecně používané při výrobě takových komodit, jako jsou například parfémy, barviva, pigmenty a farmaceutické produkty. Nicméně díky jejich odpovídajícím chemickým vlastnostem jsou využívány v nelegálních laboratořích při výrobě drog. Do skupiny takto nazvaných syntetických drog můžeme vedle tradičního českého metamfetaminu „pervitin“ (slangový výraz) zařadit i extázi, ketamin a v menších množstvích i kokain a heroin. Když vidíme a slyšíme, že společnost čím dál tím více jaksi toleruje užívání drog, pak tento negativní fenomén představuje velmi závažný celospolečenský problém.¹⁶

2.3.4 Drogy „tvrdé“ a „měkké“

Psychoaktivní drogy bývají někdy dělené na tzv. měkké a tvrdé drogy, toto rozdělení má vyjadřovat míru nebezpečnosti užívání těchto látek pro uživatele. Někdy se mluví o drogách s akceptovatelným rizikem a drogách, u kterých je riziko spojené s jejich užíváním příliš velké, tedy neakceptovatelné. **Do kategorie měkkých drog bývá řazena především marihuana, hašiš, kofein a thein.** Někdy k ní bývají řazeny i psychedelika jako LSD či peyotl, především však psilocybinové houby. Na hranici stojí alkohol, někdy označovaný za tvrdou drogu a MDMA, někdy označované za měkkou drogu, ačkoliv toxicita i návykovost alkoholu (a tím i společenská nebezpečnost) je vyšší než toxicita a návykovost MDMA. **Mezi tvrdé drogy patří především nikotin, pervitin, kokain, toluen a opioidy.** Toto rozdělení je ovšem velice nepřesné, protože kombinuje míru návykovosti a riziko poškození organismu. Závislost

¹⁵ ČESKO. *Drogová problematika a bojová umění – členění drog 1. část* [online]. Praha : Národní protidrogová centrála, 2007 [cit. 2014-10-16]. Dostupné z WWW: <<http://npdc.blog.cz/0710>>.

¹⁶ KVEREK, J. *Drogy mladých – syntetická mládež* [online]. Praha : Národní protidrogová centrála, 2002 [cit. 2014-10-18]. Dostupné z WWW: <http://kverek.webpark.cz/nove_12_02/drogy3.htm>.

v pravém slova smyslu na psychedelika či marihuanu neexistuje a například na nikotin je relativně silná, a ještě silnější je u opioidů, především heroinu. Co se rizika poškození organismu týká, je u psychedelik, někdy označovaných za „měkké“ drogy, relativně vysoké, respektive rizika, která psychedelika přinášejí, jsou velmi specifická a často je proto příležitostní uživatelé neznají nebo podceňují.¹⁷

Tabulka 1: Přehled „tvrdých“ a „měkkých drog“¹⁸

Míra rizika	„Tvrdość“	Zástupce
Vysoká	„Tvrdeć“	toluen, aceton, heroin, morfin,
Vysoká až střední	„Tvrdeć“	LSD, lysohlávky, kokain, pervitin
Střední	„Tvrdeć“	alkohol, extáze, efedrin, kodein
Relativně malá	„Měkkéć“	marihuana, hašiř, kokový čaj
Prakticky bez rizika	„Měkkéć“	káva, čaj

2.4 Charakteristika drog, rozdělení drog, důsledky jejich zneužívání

Podle účinků se drogy dělí na sedm základních skupin: konopí a jeho deriváty, stimulační drogy, opiáty, halucinogeny, těkavé látky, tlumící látky a nové syntetické drogy.

2.4.1 Konopí

Do skupiny konopí zařazujeme marihuanu a hašiř. Konopí – Cannabis, známé lidem už nějakých 5000 let, se odpradávná pěstuje pro olejnatá semena (semeneć, ptačí zob) a pro pevná bílá vlákna (konopí), jichž se užívá k výrobě motouzů, plachtovin, hadic apod. Je současně zdrojem látek s omamnými účinky. Ty jsou známy již tisíce let. Maloasijská Skytové užívali konopí jako prostředku k vyvolání extáze tak, že kladli konopná semena na rozžhavené uhlíky a vdechovali kouř. Asyřané prý znali tuto drogu už v 7. nebo 8. století př. n. l. Číňanům byla tato droga známa dokonce už v roce 2737 př. n. l. Jak se získávají z konopí látky s omamnými účinky? Obsahují je žlázy samičích jedinců, které vylučují žlutavou, pryskyřičnou, nepříjemně páchnoucí látku. Slovo marihuana pochází z mexické španělštiny (mariguana, marihuana). Cannabis je návyková droga, která vyvolává veřejné problémy zdravotní a sociální a musí být i kontrolována. Hlavním nebezpečím užívání marihuany, hašiře a jiných

¹⁷ ČESKO. *Drogy kolem nás* [online]. 2011 [cit. 2014-10-18]. Dostupné z WWW: <<http://drogy1.webnode.cz/pervitin/psychoaktivni-droga/>>.

¹⁸ MINAŘÍK, J. *Přehled „tvrdých“ a „měkkých“ drog* [online]. 2008 [cit. 2014-10-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.drogovapradna.cz/o-drogach-obecne.html>>.

cannabisových drog je vznik drogové závislosti cannabisového typu, mající původ v chronickém nebo periodickém požívání cannabis nebo cannabisových substancí.¹⁹

Pěstování konopí se šíří v celé České republice závratnou rychlostí. Mnohdy lidé ani nevědí, k čemu jim vypěstovaná rostlinka konopí bude sloužit. Poté, co bylo povoleno pěstování konopí v malém množství, se z toho stal hit. Otázkou zůstává, zda mělo být pěstování této drogy vůbec povoleno. Lidem trpícím lupénkou a jiným kožním onemocněním měla být umožněna léčba touto drogou v podobě koupelí, ale samozřejmě pod vedením lékařů, nebo v lázních. Stejně tak by se mělo postupovat při léčbě konopím i u jiných nemocí, kde byl prokázán pozitivní vliv drogy na nemoc (například roztroušená skleróza).

Marihuana a hašiš se vyrábějí z konopí. Obsah účinných látek v hašiši je větší, může být až desetinásobný ve srovnání s marihuanou. Účinek drog z konopí působí látka tetrahydrokannabinol, zkráceně THC. Jedná se o vysoce účinnou látku, mnohem jedovatější nežli alkohol. Marihuana se nejčastěji kouří ve formě džointu, drogy z konopí se však také přidávají do nápojů, cukrovinek apod. Droga se z těla vylučuje jen velmi pomalu, má tendenci se ukládat v tukové tkáni. Po vykouření 1 cigarety lze prokázat 40 až 50 % THC v buněčných membránách po 4-8 dnech, 10-20 % drogy po 30 dnech a 1 % dokonce po 48-138 dnech. Je tedy pochopitelné, že při pravidelném užívání se droga hromadí v těle. Marihuanové cigarety obsahují více rakovinotvorných látek nežli tabák. K velkým sociálním rizikům marihuany a hašiše patří podněcování sklonu k násilnosti, poruchy paměti, nezáměr a apatie. Pozorovatelné projevy u marihuany a hašiše jsou zarudlé oči, hlasitá mluva, nepřiměřený a bezdůvodný smích, poruchy rovnováhy, zvýšená chuť k jídlu, přítomnost typického zápachu připomínajícího spálené listí či trávu. Na rozdíl od laických názorů drogy z konopí vyvolávají závislost. Mimořádně nebezpečná je marihuana a hašiš pro lidi s nemocným srdcem a s vysokým krevním tlakem a pro lidi psychicky labilní. Švédský výzkum prokázal mezi lidmi dlouhodobě zneužívajícími marihuanu vyšší výskyt schizofrenie.²⁰

Marihuana je zelená rostlina s listy podobnými tabáku, lepkavá, se specifickým zápachem. Hašiš jsou kostičky nebo hrudky různě zbarvené, nejčastěji tmavohnědá pryskyřice. Rizika při užívání marihuany a hašiše do budoucna jsou snižena

¹⁹ ŠEDIVÝ, V., VÁLKOVÁ, H. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha : Naše vojsko, 1988. s. 29.

²⁰ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti, jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Praha : Besip, 1997. s. 39.

obranyschopnost organismu, opakované záněty dýchacích cest, zhoršená paměť a pozornost, záchvaty silných úzkostí, panické ataky, žaludeční potíže, riziko odstartování schizofrenie, možnost snižování zájmu o všechno, co se netýká marihuany (demotivace pro běžný životní styl, zvyšující se sociální izolovanost).²¹

2.4.2 Stimulační drogy

Daleko nejčastěji ze skupiny stimulancií se u nás zneužívá pervitin (metamfetamin). Do této skupiny patří mnoho látek, např. amfetamin, efedrin, fermetrazin a dexfermetrazin a běžný, i když slabší, kofein. Tyto látky zvyšují bdělost a vybičovávají organismus po stránce tělesné i duševní. Někdy bývají zneužívány jako doping. Dodávají člověku energii, zbavují jej únavy, nesmělosti, zábran v komunikaci. Nezřídka vyvolávají halucinace, pocity pronásledování, deprese po odeznění účinku drog.²²

Pervitin (perník, piko, peří, péčko, čeko) má, na rozdíl od kokainu, dlouhý poločas vylučování, účinky pervitinu mohou přetrvávat 8-24 hodin. Droga je u nás dostupná a relativně laciná. Pervitin a kokain patří k nejnebezpečnějším drogám vůbec, rychle vyvolávají závislost a mohou vést k tělesnému chátrání. Pervitin používali za druhé světové války japonsští sebevražední piloti kamikadze. V Japonsku byla také tato droga poprvé syntetizována v roce 1888. Na západ se dostala až v roce 1929. Pervitin se vyráběl a zneužíval u nás už před listopadem 1989, i když v podstatně menším rozsahu. Bezprostřední účinek se může projevit zrychleným a zmateným myšlením, neklidem, zvýšením tepové frekvence, rozšířením zornic, halucinacemi, podrážděností, vzrušením, třesem, podezíravostí, úzkostmi, po doznění účinku drogy nastává útlum, spavost a deprese. Časté bývají pocity pronásledování, někdy halucinace a nesmyslné chování. Pervitin je velmi jedovatá látka pro mozek. Jedovatost drogy zvyšují příměsi, které se používají při výrobě a bývají přítomné v konečném produktu (jód, aceton, fosfor, kyselina fosforečná a další). K rizikům drogy patří častější úrazy a agrese vůči druhým. V léčbě se uplatňují podobné postupy jako při léčení jiných závislostí: posilování motivace, rodinná terapie, víceúrovňová obrana a jiné podobné metody. Často se také používají terapie, rodinná

²¹ PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. Písek : Arkáda, 2007. s. 33. ISBN 978-80-239-9405-6.

²² NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti, jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Praha : Besip, 1997. s. 42.

terapie, odpoutání se od nevhodných známých a vytváření bezpečnější sítě sociálních vztahů. Někdy se doporučuje změna telefonního čísla nebo i změna bydliště. Výsledky léčby u pacientů nebo klientů, kteří setrvávají dostatečně dlouho v léčbě, což není každý, jsou poměrně povzbudivé.²³

Kokain (koks, kokos, káčko, cukr), též benzoylmethylekgomin, je světle bílá mikrokrytalická látka rozšířená především jako droga. Jedná se o rostlinný tropanový alkaloid z jihoamerického keře jménem koka pravá. Závislost na kokainu se u nás dříve vyskytovala vzácně. V současnosti je dostupná, v porovnání s pervitinem, který má podobný účinek, je ale podstatně dražší. Tradičně se považuje za drogu prostitutek. V posledních letech poklesl zájem o kokain v USA a jihoameričtí výrobci této drogy hledají nové trhy v Evropě. Ohromná množství kokainu zabavila policie i u nás. Nejčastější známky jsou rozšířené zornice, výtok z nosu, pocení, chraptavý hlas, větší citlivost na světlo i zvuky, bledost, kolísání nálad, záchvaty vzteku, spánek ve dne a bdění v noci. Kokain patří k nejnebezpečnějším drogám vůbec. Svými účinky má blízko k pervitinu, působí ale kratší dobu. Účinkuje značně intenzivně, nicméně jen krátkodobě (30-60 minut), navozuje silnou euforii, pocit vzrušení, radosti, sebejistoty atd. Zneužíván bývá šňupáním, injekčně a nově kouřením. Anglické slovo „crack“ označuje vysoce koncentrovaný kokain smíchaný s jedlou sodou a vodou. Většinou se kouří a závislost vzniká velmi rychle. Při vysazení se neobjevují tělesné potíže, ale silná touha po droze a nepříjemné duševní stavy (typicky deprese).²⁴

Amfetamin (speed, polský perník, vietnamský perník) je ve světě velmi rozšířený stimulant, u nás kvůli monopolu pervitinu dosti vzácný spíše importovaný. Závislost na amfetaminu byla u nás poprvé popsána v roce 1941. Uživatelé jej v Čechách berou spíše v nouzi, když není „čeko“ (pervitin) a udávají hrubozrnější účinky a zejména „dojezdy“.²⁵

2.4.3 Opiáty

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

²³ NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát drogy*. Praha : Sportpropag, 1997. 134 s.

²⁴ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti, jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Praha : Besip, 1997. s. 44.

²⁵ ČESKO. *Amfetamin* [online]. [cit. 2014-10-24]. Dostupné z WWW: <<http://navykovelatky.cz/stimulacni-drogy/amfetamin/>>.

a Římanů. Opium bylo ze všech dnešních hlavních drog od počátku nejvíce svázáno s obchodem a obchodními stezkami. Evropa poznala opium prostřednictvím vojáků, vracejících se z křížových výprav na rozhraní tisíciletí.²⁶

Opiáty jsou významnou odnoží tlumivých látek. Jsou jak přírodními, tak syntetickými deriváty šťávy z nezralých makovic – přírodního opia. Mezi nejznámější opiáty patří jak heroin, tak buprenorfin, dále kodein, morfin a opium. U nás se léta vyráběl z kodeinu „Braun“. Zneužívá se injekčně a vyvolává silnou závislost s výrazným odvykacím syndromem. Dnes byl do značné míry vytlačen dováženým heroinem. Heroin je nejsilnější látkou této skupiny a v současnosti se prodává v České republice za relativně nízké ceny nebo zpočátku i zadarmo. Cíl obchodníků s drogami je jednoduchý. Droga nejprve vytvoří závislost, pak se ceny zvednou a závislí budou ochotni zaplatit cokoliv. Kromě rychlého rozvoje závislosti s sebou nesou opiáty další velké nebezpečí předávkování. Na opiáty roste tolerance. To znamená, že k dosažení stejného účinku se musí zvyšovat dávka drogy.²⁷

Heroin (hero, háčko, herák) je tvrdá droga s nejvyšším rizikem tělesné závislosti. Heroin se užívá kouřením, šňupáním a nejčastěji nitrožilním užíváním. Heroinová závislost vede k těžkým tělesným abstinčním příznakům – silná touha po droze, nevolnost nebo zvracení, svalové bolesti, slzení nebo výtok z nosu, rozšíření zornic, husí kůže, pocení, průjmy, zívání, rychlý tep, teplota a nespavost. Uživatelé heroinu si rychle zvyšují tělesnou toleranci, potřebují stále vyšší a vyšší dávky a tím také stále více peněz. Uživatelé heroinu podstupují denní riziko závažného tělesného poškození či smrtelného předávkování. Naprostá většina závislých na heroinu přechází dříve či později na injekční užívání, což významně zvyšuje riziko infekce. U závislých na heroinu se často vyskytuje hepatitida C. Závislost na heroinu připraví člověka dříve či později o vše, co mu bylo dříve drahé. Tělesné potíže po vysazení heroinu, i když jsou nepříjemné, neohrožují člověka na životě. Jinými slovy, dá se přestat i bez léků. Je to ale obtížné. Detoxikaci po heroinu usnadňuje duševní podpora a přítomnost sympatizujícího člověka, který nebere drogy, motivace daná

²⁶ ČESKO. *Drogová poradna* [online]. Praha : Sananim, [cit. 2014-10-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.drogovapradna.cz/opiaty.html>>.

²⁷ NEŠPOR, K., CSĚMÝ, L. *Alkohol, drogy a vaše děti, jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Praha : Besip, 1997. s. 43.

předchozí špatnou zkušeností s drogami, nízká nebo žádná dostupnost drog, pohodlí, suché a teplé prostředí.²⁸

Buprenorfin (Subutex) byl objeven v roce 1960, v roce 1978 se začal používat jako lék proti bolesti a později k detoxifikační a substituční léčbě při závislosti na opioidech. Je to polosyntetický derivát jednoho z alkaloidů opia – thebainu. V průběhu let 2002 a 2003 se stal jednou z nejpobulárnějších drog opiátového typu na našem trhu. Buprenorfin je návyková psychotropní látka s podobnými účinky jako heroin, morfin nebo jiná látka ze skupiny opioidů. Jedná se tedy nejen o lék, ale i návykovou látku či drogu, jejíž pravidelné užívání ústí v závislost. Užívání je mnohem méně rizikové, než užívání heroinu. To proto, že se jedná o čistou látku, proto je mnohem menší riziko vzniku komplikací a poškození organismu vlivem příměsí, které bývají v drogách obsažené. Užívání s sebou nese mnohem menší riziko předávkování, protože jeho akutní toxicita je mnohem nižší. Závislost na Subutexu nastupuje mnohem pomaleji a je mírnější.²⁹

Kodein (metylmorfin) je přírodním derivátem opia. Poprvé byl izolován v roce 1832 Pierrem Jeanem Roquetem, jako nečistoty vyskytující se ve várce morfinu. V surovém opiu se tento alkaloid nachází v koncentracích od 0,7 do 2,5 %. Přestože se samostatně vyskytuje v přírodním stavu, většinou se získává z morfinu. Dnes se vyrábí synteticky metylací morfinu. Používá se proti bolesti a proti kašli. Kodein způsobuje euforii, v některých případech značně intenzivní, pocit tepla a spokojenosti. Účinky jsou vlastně podobné jako u jiných opiátů, většinou však mnohem slabší. Mezi malá rizika patří lehké bolesti hlavy a sucho v ústech. V porovnání s jinými opiáty jsou účinky podobné nebo mnohem slabší.³⁰

Morfin byl ze surového opia izolován na počátku 19. století. Jeho možnosti účinně tlumit bolest se hojně využívaly už za americké občanské války. V období 1. světové války se k témuž účelu užíval téměř masově. Nebyl však výrazněji zneužíván (jen některými profesionálními zdravotníky). Morfin je bílý prášek hořké chuti a je užíván injekčně. V tuhé podobě se prodává na černém trhu ve formě lisovaných

²⁸ PRESL, J. *Drogy mýty a realita*. Praha : Medea Kultur, 2007. 26 s.

²⁹ MINAŘÍK, J. *Drogová poradna* [online]. Praha : Sananim, [cit. 2014-10-24]. Dostupné z WWW: <[http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-\(buprenorfin\).html](http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-(buprenorfin).html)>.

³⁰ ČESKO. *Kodein* [online]. 2007 [cit. 2014-10-24]. Dostupné z WWW: <<http://nedroguj.blog.cz/0706/kodein>>.

bílých kostiček nebo cihlíček. Morfin je jedním z hlavních alkaloidů, který obsahuje mák setý. Doprovodnými jevy při aplikaci menší dávky drogy je bolest hlavy, pocení a pocity úzkosti. U závislých osob dochází k poruchám paměti, egocentrismu a změnám pohybových rysů.

Opium patří mezi nejstarší známé drogy. Na rozdíl od jiných drog není v historii popsáno užívání v náboženském kontextu. Vždy bylo užíváno jako lék nebo jako omamná droga – narkotikum. První recepty na léky s obsahem opia jsou zaznamenány v historických spisech ze starého Egypta, staré Číny, opium zmiňuje i Homér ve svém díle *Odyssea* v 9. stol. před Kristem. Opium se buďto kouří z dýmek nebo rovnou aplikuje do žíly. Jeho účinky jsou srovnatelné s heroinem – vyvolává blaženost a apatii, při vysazování naopak velmi intenzivní a nepříjemný abstinenční syndrom. Opiáty v těle vyvolávají útlum nervové soustavy. Vše se zklidňuje – dech, lidský metabolismus. Mnozí tělesně závislí opiátníci již „berou, protože musí“. Neberou, aby jim bylo dobře, ale proto, aby jim nebylo zle.³¹

2.4.4 Halucinogeny

Halucinogeny (psychedelika, delirogeny, fantastika) jsou rozsáhlou skupinou přírodních a syntetických látek, které vyvolávají změnu vnímání od pouhého zostření až po halucinace. Přírodní látky této skupiny mají dlouhou historii užívání při náboženských rituálech. Mnoho látek této skupiny bylo syntetizováno nebo izolováno v tomto století, nejznámější je LSD (1938). Moderní historie je přinejmenším problematická. Zdá se, že je tomu tak hlavně proto, že se z užívání vytratil onen rituální, resp. sakrální kontext. Látky této skupiny jsou v současnosti často užívány při tanečních party, podobně jako extáze. Užívání halucinogenů jako hlavní drogy je spíše výjimečné, většina uživatelů je bere jako zpestření ke své hlavní droze. Poměrně časté je sezonní užívání přírodních látek. Jako příklad mohou posloužit lysohlávky. Jejich sezóna obvykle vrcholí v období září a října.³²

LSD (trip, kyselina, papírek) se u nás jeden čas používalo v rámci výcviku psychologů a psychiatrů. Předpokládalo se, že prožitek halucinací jim lépe pomůže

³¹ MINAŘÍK. J. *Drogová poradna* [online]. Praha : Sananim, [cit. 2014-10-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/opium.html>>.

³² MINAŘÍK. J. *Škola, rodiče, náctiletí* [online]. Praha : Sananim, [cit. 2014-10-28]. Dostupné z WWW: <http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/informace-o-drogach/halucinogeny2.html?section_id=70>.

se vcítit do duševního stavu jejich pacientů. Způsob užívání LSD je ústy – papírek nebo krystal se vsune pod jazyk, kde se rozpustí. Užitek LSD trvá typicky 8-12 hodin. Pozorovatelné projevy jsou zrudnutí v obličeji, zvýšená potřeba kouření, podivné a nesmyslné chování, po odeznění účinku mohou přetrvávat duševní potíže, např. deprese. Jako rizika do budoucna se uvádí vznik psychické závislosti, provokace pro spuštění psychické poruchy (úzkostné stavy, deprese, panické ataky), zvýšená vztahovačnost, narušený vztah k realitě, flashback („flešbek“ čili zpětný záblesk – návrat příznaků intoxikace v době abstinence, někdy vysvětlovaný jako projev špatně integrované psychedelické zkušenosti), riziko sebevražedného chování.³³

Lysohlávka je již po staletí Indiány užívána ke kultovním účelům. Psilocybin je látka obsažená v houbě česky zvané Lysohlávka česká (*Psilocybe Bohemica*). V České republice není jednoduché tento druh houby nalézt, jelikož existují i druhy podobné svým tvarem, ale látku psilocybin neobsahují. Lysohlávka se vyskytuje v lesích, převážně smrkových, na lukách, pastvinách, na okrajích rašelinišť až po horský stupeň. Lysohlávka se zpracovává sušením nebo se její hlavičky nakládají do nálevu. Při konzumaci menšího počtu hlaviček dochází ke stavům euforie, pohody a smíchu. Vyšší dávky způsobují zrakové iluze a deformaci předmětů. Na českém trhu se lysohlávka prakticky nedá pořídit. Okruhy osob, které se orientují na tento typ drogy, považují její užívání za rituál, který se vztahuje k jiným než finančním hodnotám.³⁴

Muchomůrka červená (*amanita muscaria*) je jedovatá houba z čeledi štitovkovitých. Patří k nejznámějším jedovatým houbám, ačkoliv fatální otravy jsou vzácností. Roste nejčastěji v jehličnatých, převážně smrkových lesích, ale i ve smíšených a listnatých lesích. Kromě nepříliš významného obsahu muskarinu obsahuje muscinol, který způsobuje poruchy vědomí a vyvolává halucinace. Muchomůrka červená byla v historii používána k navození stavů opojení nebo halucinací. Bylo však prokázáno, že užívání muchomůrky červené narušuje zdraví a ve vzácných případech vede i ke smrti.³⁵

³³ PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. Písek : Arkáda, 2007. s. 36. ISBN 978-80-239-9405-6.

³⁴ MATOUŠ, J. *Kouzelné houby* [online]. BULLETIN : Národní protidrogové centrály, 1996 [cit. 2014-10-28]. č. 2, s. 17-19. Dostupné z WWW: <policie.cz/soubor/bulletin-npc-2-96.aspx>.

³⁵ ČESKO. *Muchomůrka červená* [online]. [cit. 2014-10-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.infodrogy.estranky.cz/clanky/rostlinne-drogy/muscinol--muchomurka-cervena-.html>>.

2.4.5 Těkavé látky

Těkavé látky (těčko) jsou skupina návykových látek, které se označují jako prchavé látky nebo inhalační drogy. Většinou to jsou kapaliny s relativně nízkým bodem varu, takže se snadno odpařují a i za pokojové teploty vytvářejí dostatečně koncentrované páry, které při nadýchání mají psychotropní účinek. Patří mezi ně některá rozpouštědla, ředidla barev, lepidla apod., ale i plynné látky – např. oxid dusný, známý jako rajský plyn, nebo ether. Vdechování rozpouštědel má svou historii v 50. letech 20. století. Tuto vysoce rizikovou skupinu drog užívali v té době v USA zejména mladí lidé ze sociálně slabých skupin a etnických minorit. Důvodem byla zejména, na rozdíl od alkoholu, finanční dostupnost těchto látek. V Československu byla rozpouštědla v 80. letech pravděpodobně nejrozšířenější drogou.³⁶

Způsob užívání těkavých látek je čicháním, vdechováním výparů pod dekou a navlékáním igelitových sáčků na hlavu. Jako vnitřní požitek se často uvádí chvilková euforie, psychický útlum, změněné vnímání barev a zvuků hraničící s halucinacemi, obluzenost, zasněnost a spavost.

Problémy působené touto skupinou jsou typické pro děti a mladší dospívající. Dlouhodobé užívání může vést k poškození mozku. Největším rizikem je předávkování. K smrti může dojít srdečním selháním, aspirací zvratků, udušením, poškozením jater nebo úrazem pod vlivem drogy.³⁷

Toluen je bezbarvá kapalina, která se získává z ropy, lehkého oleje nebo koksových plynů. Toluen je organické rozpouštědlo, které hrubě poškozuje dýchací cesty. Ohrožuje nejmladší část rizikové populace a způsobuje bolesti hlavy, poruchy spánku a soustředění, zhoršování paměti, otupělost – to všechno jsou příznaky již vznikajícího poškození mozku při čichání toluenu. Čichání toluenu vede postupně k celkové deprivaci organismu. Čičači těkavých látek (toluen) podstupují extrémně vysoké riziko smrtelného předávkování.³⁸

³⁶ ČESKO. *Těkavé látky* [online]. Praha : Prev-Centrum, [cit. 2014-10-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/Tekave-latky>>.

³⁷ NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát drogy*. Praha : Sportpropag, 1997. s. 95.

³⁸ PRESL, J. *Drogy mýty a realita*. Praha : Medea Kultur, 2007. 26 s.

Čichání toluenu se u nás ve větší míře objevilo v 80. letech 20. století u vojáků základní vojenské služby. Nebylo to nijak prezentováno, neboť se jednalo o dobu socialismu, ve které jako by žádné problémy neexistovaly.

2.4.6 Tlumivé látky

Tyto léky mívají podobné účinky jako alkohol. Farmaceutický průmysl vyprodukoval nepřehledné množství těchto léků. Některé se užívají při poruchách spánku, jiné proti bolestem nebo na uklidnění. Bez výjimky mají vedlejší účinky a naprostá většina z nich může vyvolat návyk. K nejnebezpečnějším z nich patří ty, které obsahují barbituráty. Při intoxikaci nastává zpomalená řeč, postižený působí dojem opilosti, aniž je cítit z dechu alkohol, bývají poruchy myšlení, orientace i úsudku, ospalost. Při dlouhodobém užívání se mohou objevit problémy krevního oběhu, zpomalenost, nechutenství, poruchy výživy, případně i pocity pronásledování. Drogy této třídy vyvolávají duševní i tělesnou závislost. Při vysazení vysokých dávek nastává odvykací syndrom ohrožující na životě. Působí nepříznivě na paměť. Léčba odvykacích syndromů po vysokých dávkách tlumivých léků vyžaduje spolupráci s lékařem. Mezi nejznámější tlumivé léky patří Diazepam, Neurolept, Lexaurin, Rivotril, Rohypnol, Codein, Subutex a Tramal.³⁹

V současnosti se již objevují lidé závislí na poměrně novém druhu hypnotik (léky na spaní), které původně farmaceutické firmy představovaly jako léky nenávykové. Jedná se např. o Stilnox a Hypnogen. Nadužívání těchto léků může vést ke vzniku psychické a fyzické závislosti, existuje u nich možnost předávkování s bezvědomím, potažmo i úmrtím.⁴⁰

Každý člověk si musí uvědomit, že dlouhodobé užívání jakýchkoliv léků může vyvolat jejich závislost. Léky většině lidí pomáhají, ale už si neuvědomují, že také mohou organismu škodit. Dávkování by ve většině případů měl určovat a kontrolovat lékař. Především by měl být vybudovaný centralizovaný systém, který by monitoroval léky, které konkrétní člověk bere. Pak by nedocházelo k situacím, že ani lékař přesně neví, co pacient užívá a v jaké míře. V důsledku toho dochází k nakupování léků za účelem výroby drog.

³⁹ NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát drogy*. Praha : Sportpropag, 1997. s. 93.

⁴⁰ PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. Písek : Arkáda, 2007. s. 38. ISBN 978-80-239-9405-6.

2.4.7 Nové syntetické drogy (NSD)

Pojem nové syntetické drogy je označením pro širokou skupinu látek, se kterými se sporadicky setkáváme na drogové scéně. Důvodem, proč se s těmito látkami v poslední době častěji setkáváme, je zejména snaha ilegálních výrobců obejít stávající legislativu a vyrobit psychoaktivní látku, která dosud nefiguruje na seznamu ilegálních substancí. Dalším a bezpochyby neméně důležitým faktorem rostoucí popularity NSD, je ochota mladých lidí vyhledávat a zažívat stále nové zážitky popř. psychedelické zkušenosti. Nebezpečnost uvedených látek je různá, některé mohou způsobit i úmrtí. Mezi nové syntetické drog se řadí zejména látky odvozené od fenyletylaminu a tryptaminu. Řada z nich je distribuována v tabletové formě a vydávána za drogu extázi nebo za „něco, co má podobné účinky“. V některých případech se jedná o halucinogenní látky, které jsou vydávány za LSD.⁴¹

Fenyletylamin je přírodní látka, nacházející se v řadě rostlin, jedná se o látku vlastní i lidskému organismu. Sama o sobě není psychotropně aktivní. Do skupiny fenyletylaminů je řazeno přes 200 nejrůznějších látek, z nichž většina má vliv na psychické funkce člověka. Jedná se o látky se stimulačními účinky, entaktogenními účinky i účinky halucinogenními.⁴²

Tryptamin je látkou, od které je opět odvozeno mnoho dalších psychoaktivních substancí. Většina tryptaminů má halucinogenní účinky.⁴³

⁴¹ ČESKO. *Nové syntetické drogy* [online]. Praha: Prev-Centrum, [cit. 2014-11-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/Nove-Synteticke-Drogy>>.

⁴² ČESKO. *Nové syntetické drogy* [online]. Praha: Prev-Centrum, [cit. 2014-11-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/Nove-Synteticke-Drogy>>.

⁴³ ČESKO. *Nové syntetické drogy* [online]. Praha: Prev-Centrum, [cit. 2014-11-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/Nove-Synteticke-Drogy>>.

3 Terapeutické komunity

Terapeutické komunity pro závislé na návykových látkách, které vznikaly po druhé světové válce v USA, vycházely patrně více ze zkušeností „anonymních alkoholiků“, než z britských TK pro duševně nemocné. I tak mají s klasickými terapeutickými komunitami některé společné rysy, jako je aktivní podíl pacientů na léčení, vytvoření dobré komunikace na všech úrovních, podíl na rozhodování, kolektivnost a využívání sociálního učení, při kterém dostává člen komunity bezprostřední zpětnou informaci o tom, jak působí jeho chování na druhé. Terapeutické komunity pro závislosti mají ovšem i specifika, k nimž patří vnitřní diferenciací (ti, kdo jsou v komunitě déle a osvědčili se, získávají výhody, ale zvyšují se i nároky na ně). V terapeutických komunitách pro závislé bývají také jasná a důrazně prosazovaná pravidla, jejichž porušení může vést k předčasnému ukončení léčby.⁴⁴

Terapeutická komunita může především nabídnout bezpečné prostředí, tj. prostředí, kde se drogy nevyskytují, kde nebude člověk vystaven fyzickému ani psychickému nátlaku, diskriminaci, prostředí, kde co člověk řekne a udělá, nebude zneužito v něčí prospěch. V tomto prostředí může skrze skupinu poznat sám sebe, vyrovnat se sám se sebou a především přijmout sama sebe. Skupina je člověku „zrcadlem“, kde dostává zpětné vazby, jak jeho chování na ostatní působí. Terapeutická komunita nabízí, že se člověk naučí přijímat odpovědnost nejen za svá rozhodnutí, ale i za ostatní klienty v domě. Také nabízí prostor pro hledání náplně volného času. Zkrátka člověk bude mít čas i prostor pro učení se životu, kde nejen že drogy již nemají své místo, ale které člověka zároveň budou bavit a uspokojovat. Terapeutická komunita tedy nabízí prostor pro osobní růst.⁴⁵

Pobyt v terapeutické komunitě není procházka růžovým sadem. Pevně nastavená pravidla jsou nuceni dodržovat všichni klienti a režim každého dne je rozplánován na minuty. Ne všichni tento tlak ustojí. Když se klient rozhodne pro odchod z komunity, bývá to buď na počátku léčby, nebo před jejím dokončením. Z důvodu tvrdých pravidel léčby je také koordinován příjem nových klientů do terapeutických komunit.

⁴⁴ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislosti*. Praha : Portál, 2000. s. 93. ISBN 80-7178-432-X.

⁴⁵ PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. 57 s. ISBN 978-80-87041-28-4.

Noví klienti přichází do komunity jednotlivě, aby se lépe sžili s ostatními, lépe snášeli odloučení od blízkých a zvykli si na nový režim. Klienti, kteří se již nějakou dobu úspěšně léčí, jsou novým klientům nápomocni.

3.1 Terapeutické komunity pro dospělé

Léčebná zařízení typu terapeutické komunity mají vysoce strukturovaný a intenzivní program s přesným časovým rozvrhem celého dne. Terapeutické komunity vycházejí z předpokladu, že klienti přicházející do tohoto typu léčby potřebují kompletně změnit představu o sobě a zásadně změnit vlastní životní styl. Předpokladem k uskutečnění těchto změn je abstinence od drog/alkoholu, jež se v terapeutické komunitě důsledně vyžadují. V terapeutické komunitě si klienti sami obstarávají nejen veškeré provozní věci, tj. zajištění jídla pro celou komunitu, provoz a úklid celého domu, starost o hospodářská zvířata atd., ale také některé části terapeutického programu. Základním cílem léčby v terapeutické komunitě je zapojení klienta do podmínek běžného života. Program komunity je zaměřen na skupinovou terapii s důrazem na vnímání vlastních pocitů a emocí a dosažení osobního zrání skrze jejich vyjádření. Nedílnou součástí programu jsou pravidelné pracovní a sportovní zátěžové akce. Léčba v terapeutické komunitě není pro každého, někteří klienti ji považují za velmi posilující a uzdravující, ale pro jiné je příliš náročná a nevládnutelná. Délka léčebného programu v komunitě bývá většinou 9-15 měsíců. Maximální počet klientů bývá 20. Někteří členové terapeutického týmu jsou z řad bývalých uživatelů drog a úspěšných absolventů léčby v terapeutické komunitě. Takovouto skupinou je například Terapeutická komunita Němčice, Nová Ves, Fides – Bílá Voda, Sejrek, Podcestný Mlýn aj.⁴⁶

Terapeutická komunita Němčice (TKN)

Byla prvním zařízením občanského sdružení SANANIM, ale především byla vůbec první komunitou pro drogově závislé, která v České republice vznikla. V lednu 1991 přijala Terapeutická komunita Němčice do léčby první klienty. Terapeutická komunita pro léčbu drogově závislých sídlila v prostorách části němčického zámku od roku 1990 do roku 2014. Nyní má TKN sídlo v obci Heřmaň.

⁴⁶ PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. 57 s. ISBN 978-80-87041-28-4.

V síti terapeutických komunit má nezastupitelné místo, protože se zaměřuje na starší klienty s velmi dlouhou kariérou pravidelného užívání drog, které ostatní léčebny často odmítají. Na zájemce o léčbu klade minimální vstupní požadavky a je tak určena těm skutečně nejpotřebnějším. Mnozí klienti mají duální psychiatrické diagnózy, jsou i víc poškozeni somaticky (hepatitidy B, C) a téměř polovina z nich absolvovala v minulosti výkon trestu odnětí svobody. Závažná trestná činnost nejen jako pachatelů, ale také v roli svědků či obětí je u nich častá a v jejich anamnéze se běžně objevuje rovněž zneužívání, násilí a jiné traumatizace (od dětství až do závěru drogové kariéry).⁴⁷

Dle získaných informací absolvovalo léčbu v Terapeutické komunitě Němčice (dále jen TKN) od jejího založení přes šest set klientů, z nichž šedesát jedna procent léčbu řádně dokončilo a většina z nich dnes abstinguje. Komunita má relativně dobrou úspěšnost. „Asi polovina klientů, co projde léčbou, funguje v dalším životě, chová se odpovědně, platí dluhy a tak dále“. Sananim – denní stacionář samozřejmě klienty po léčbě dlouhodobě sleduje a je s nimi v kontaktu, terapeutická komunita je něco jako rodina, takže se klienti i vracejí na návštěvu a podobně. Komunita velmi dobře vycházela s obcí i místními obyvateli. Podíleli se například na úklidu návsi, na oplátku mohli využívat společenské prostory obce. Klienti chodili vybírat brambory, přehazovat obilí, ale i uklízet les, sázet stromky a sušit seno. Co si sami vypěstovali, prakticky nemuseli kupovat (brambory, maso, zelenina, ovoce). Drogově závislí chovali drobná hospodářská zvířata (slepice, kachny, krůty, prasata, ovce). V roce 2005 se v TKN natáčel celovečerní hraný debut zkušeného dokumentaristy Roberta Sedláčka „Pravidla lži“, který vešel do kin 30. listopadu 2006. Film byl natočen podle osudů skutečných lidí, kteří absolvovali léčbu v TKN. Film se v Němčicích „narodil“ jen za tři miliony korun, a to během 19 natáčecích dnů. Dle mého názoru by měli tento film shlédnout v rámci školních preventivních programů všichni studenti. Skutečné příběhy lidí jsou nejlepší prevencí ostatních.

Terapeutická komunita Němčice zajišťuje dlouhodobou pobytovou léčbu a sociální rehabilitaci občanům České republiky, kteří nejsou schopni vlastními silami zvládnout závažné důsledky dlouhodobé kariéry užívání nealkoholových drog. Hlavním posláním je uzdravit lidi ze závislosti, a to zejména prostřednictvím osobního růstu,

⁴⁷ MAXOVÁ, V. *Výroční zpráva 2013*. Praha : Sananim, 2014.

přijímání osobní odpovědnosti a cestou změny životního stylu. TKN je určena dospělým klientům s diagnostikovanou závislostí na nelegálních drogách. V TKN prosperují klienti relativně starší, než do jiných terapeutických komunit běžně nastupují, s kariérou užívání drog přesahující 10 let a tomu odpovídajícími specifickými potřebami a problémy v oblasti tělesné, duševní i sociální. Do programu se standardně přijímají klienti od 23 let, u nich je léčba v komunitě indikována. V TKN nejsou výjimkou klienti starší 40 let s velmi dlouhou drogovou kariérou. Do TK klienti nastupují dobrovolně. Před nástupem musí klienti absolvovat detoxifikaci. Hlavním cílem je pomoci klientům připravit se k plnohodnotnému a uspokojivému zapojení se do běžného života ve společnosti a podle individuálních potřeb dosáhnout zlepšení stavu v oblasti tělesné, duševní a sociální. Základním prostředkem léčby je samotný život v terapeutické komunitě, který nabízí otevřenou komunikaci mezi klienty a personálem, spoluúčast klientů na rozhodovacích procesech v komunitě a společenství, které přirozeně vede ke změně škodlivých vzorců chování. Dalšími prostředky léčby jsou: skupinová psychoterapie, pracovní terapie, režim, relaxace, individuální poradenství, rodinné poradenství, trénink odpovědnosti a sociálních dovedností, zátěžové programy, sociální práce, prevence relapsu, vzdělávání, psychiatrická péče, sport a volnočasové aktivity. Doba léčby je 10-15 měsíců. Je rozdělena do 4 fází, které respektují klientův růst a míru jeho vlastní změny. Kapacita TKN je 20 klientů. Terapeutická komunita Němčice poskytuje léčbu také jako alternativu trestu.⁴⁸

Tabulka 2: Přehled od roku 2009 do roku 2013 v TKN⁴⁹

	2009	2010	2011	2012	2013
Počet klientů	38	46	44	45	38
Počet lůžkodnů	5 645	5 902	5 532	4 883	4 872
Průměrná doba léčby (ve dnech)	227	214	168	173	160
Průměrná doba úspěšnosti ukončení (ve dnech)	379	327	296	343	303
Počet klientů, kteří léčbu úspěšně ukončili	7	17	9	11	5
Počet klientů, kteří v léčbě pokračují	17	16	17	12	13

⁴⁸ ČESKO. SANANIM. *Terapeutická komunita Němčice* [online]. Praha, 2007 [cit. 2014-11-03]. Dostupné z WWW: <[http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-nemcice-\(tkn\).html](http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-nemcice-(tkn).html)>.

⁴⁹ MAXOVÁ, V. *Výroční zpráva 2013*. Praha : Sananim, 2014.

Terapeutická komunita Němčice se přestěhovala koncem března 2014 do nového objektu v Heřmani. Slavnostní otevření komunity se uskutečnilo 17. září 2014 a zúčastnili se ho samozřejmě i sponzoři Sananimu. Bylo několik důvodů, proč se TKN přestěhovala. Především prostor v Němčicích byl malý, komunita tam neměla pozemky, na kterých by mohli hospodařit, chovat více dobytka a pěstovat ve větší míře zemědělské plodiny, zeleninu a ovoce pro vlastní potřebu. Statek v Heřmani byl kompletně zrekonstruován, aby vyhovoval potřebám provozu terapeutické komunity.

3.1.1 Výzkum v terapeutické komunitě Němčice

Dotazníkovou metodou byli osloveni členové terapeutické komunity Němčice prostřednictvím jejich hlavního terapeuta. Dotazník byl vyplněn anonymně 13 klienty s cílem chránit jejich identitu. Dotazník byl předložen a následně vyhodnocen v březnu roku 2014. Každý odstavec uvádí otázku, která byla respondentům položena v dotazníku, včetně vlastního komentáře a následného grafického znázornění (viz Příloha č. I) výsledků výzkumu.

Otázka č. 1: Vaše pohlaví?

Prvním kritériem v dotazníkové metodě bylo pohlaví oslovených respondentů. Z grafu (viz Příloha č. I) vyplývá, že mužská populace (77%) je ohroženější vznikem drogové závislosti než ženy (23%).

Otázka č. 2: Váš věk?

Z hlediska věku vyplývá z uvedeného grafu (viz Příloha č. I), že nejohroženější skupinou respondentů jsou dospělí ve věku 30 – 40 let. Tato věková hranice je způsobena v TKN tím, že se zde léčí dlouhodobě drogově závislí.

Otázka č. 3: Vaše dosažené vzdělání?

Poměr mezi respondenty se základním vzděláním (46%) a středoškolským vzděláním s maturitou (39%) je poměrně vyrovnaný. Malou část tvoří středoškoláci s nedokončeným vzděláním (15%). Vůbec se zde nevyskytují vysokoškoláci a respondenti s vyšším odborným vzděláním (viz Příloha č. I).

Otázka č. 4: Jak dlouho jste užíval/a nelegální drogy?

Z grafu (viz Příloha č. I) vyplývá, že se zde léčí dlouhodobě drogově závislí. Největší počet je zde lidí závislých 18 let, 15 let a 13 let. Všichni jsou ale závislí více než 10 let.

Otázka č. 5: Jak dlouho teď abstinujete?

Doba abstinence je závislá na době strávené v terapeutické komunitě. Většina absolvuje léčbu více než půl roku (viz Příloha č. I).

Otázka č. 6: Je nějaký člověk, který Vás motivuje, nebo kvůli kterému jste teď tady?

Motivace pro léčbu je pro klienty velmi důležitá, jak vyplývá z vyhodnocení výsledků dotazníku (viz Příloha č. I). U matek léčených v TKN jsou to především jejich děti. Převážná většina má osobu, která ho motivuje k úspěšnému ukončení léčby a následné abstinenci.

Otázka č. 7: Proč jste drogy začal/a užívat?

Motivace k užívání drog je především nízké sebevědomí, touha po začlenění se do nějaké skupiny lidí, je to ale také únik od každodenních povinností, nevydařené vztahy atd. Toto vyplývá z nejčastější odpovědi, kterou byla „chtěl/a jsem to vyzkoušet“ u 53% klientů (viz Příloha č. I) v TK Němčice.

Otázka č. 8: Jaké drogy jste užíval/a?

Z hlediska finanční dostupnosti a rozvětvené distribuční sítě je nejrozšířenější drogou pervitin (18%) ze skupiny stimulačních drog, na stejné úrovni jsou u respondentů TK Němčice drogy konopné (18%) v kombinaci s alkoholem a léky (viz Příloha č. I).

Otázka č. 9: Kde došlo k Vašemu prvnímu setkání s drogami?

Doba strávená s kamarády na různých akcích je největší příležitostí kde se s drogami setkat a vyzkoušet jejich účinnost. A proto na tuto otázku odpovědělo nejvíce respondentů, že jsou to právě kamarádi (50%), kde dojde k prvnímu setkání s drogou (viz Příloha č. I).

Otázka č. 10: Jaká by dle Vás měla být prevence proti užívání drog?

Prevence by podle respondentů měla být tato: mluvit o tom v rodině a ve školách, mít hodně zájmů, sportovat, více pořadů v televizi o drogách, dobrá výchova dětí v rodině, žádná prevence neexistuje, najít příčinu a zbavit se jí, přednášky (prezentace) na základní a střední škole, příběhy trosek a osvěta.

Otázka č. 11: Jak si myslíte, že by měli být lidé potrestáni za užívání drog?

Samotní respondenti na otázku trestu ohledně užívání drog až na jednoho odpověděli, že nijak (92%), neboť podle nich je dostatečným trestem následek braní drog. Drogová závislost je ve většině případů spojena s drobnou kriminální činností a to především s krádežemi zboží a peněz. Závislostí ztrácí člověk zábrany a pro další dávku drogy je ochoten udělat cokoliv. Proto většina dlouhodobě drogově závislých nemá čistý trestní rejstřík (viz Příloha č. I).

Otázka č. 12: Jste závislý/á na cigaretách?

Sto procentní závislost na cigaretách jde v přímé souvislosti s léčbou. Je to jediná povolená dostupná droga, kterou lze při léčbě drogově závislých tolerovat, proto ji všichni využívají (viz Příloha č. I).

Otázka č. 13: Měl by se každý závislý povinně léčit?

V České republice není zákon, který by ukládal povinnost narkomanům se léčit. Léčba závislosti na nelegálních drogách je dobrovolná. Respondenti ve většině případů odmítli povinnost se léčit (viz Příloha č. I).

Otázka č. 14: Z čeho by se léčba závislosti měla platit?

Financování protidrogové prevence pochází z několika zdrojů. V první řadě je kapitolou státního rozpočtu, ze které se prostředky distribuují prostřednictvím dotací (grantů) Úřadu vlády České republiky, resp. jejího výboru pro koordinaci drogové politiky a vybraných zainteresovaných rezortů: školství, zdravotnictví, práce a sociálních věcí.

Dotace je možné získat i od různých nadací, eventuálně od dalších sponzorů z velkých společností a podniků. Respondenti zde z jedné třetiny uvádějí jako zdroj příjmů pro léčbu závislosti i vlastní peněžní prostředky (viz Příloha č. I).

Otázka č. 15: Jaký byl Váš důvod užívání drog?

Respondenti jako nejčastější důvod užívání drog uvedli: bavilo mě to, chtěl/a jsem někam patřit a mít svůj svět, nenudit se a užívat si noční život, únik z reality, necítit se sám, časově a fyzicky náročné zaměstnání, mít na co svěst své neúspěchy, zpočátku dobrodružství a zábava, rozvinutá závislost a nedostatečná informovanost, zábava a zvědavost.

Otázka č. 16: Kde jste bral/a peníze na drogy?

Jak již bylo zmíněno v bodu 11, respondenti získávají finanční prostředky na drogy nelegální činností (41%) a to z důvodu potřeby stálého a ve většině případů i většího množství drog (viz Příloha č. I).

3.1.2 Zhodnocení hypotéz I.

Před zahájením výzkumu byly stanoveny tři hypotézy:

- **H1:** Lidé, kteří se rozhodnou léčit, jsou dlouhodobí uživatelé drog a jejich věk se při nastoupení léčby pohybuje okolo třiceti let, jsou to lidé převážně se základním vzděláním.
- **H2:** Domnívám se, že si narkomani obstarávají peníze na drogy jednak od rodičů, ale také nelegální činností.
- **H3:** Drogová prevence je nedostatečná a málo účinná a důvodem užívání drog je nezáměr rodičů a okolí, nuda, zvědavost a touha někam patřit.

Tyto hypotézy se na základě dotazníkového šetření mohly buďto potvrdit nebo vyvrátit. V následující části jsou hypotézy vyhodnoceny:

- **H1:** Tato hypotéza byla přímo potvrzena na základě otázek č. 2, 3 a 4. Všichni, kteří se rozhodli léčit, byli závislí více než 10 let. Věk respondentů se z 69% pohybuje mezi 30-40 lety. Otázkou č. 3 bylo potvrzeno, že v TKN se léčí 46% respondentů se základním vzděláním.

- **H2:** Tato hypotéza se částečně potvrdila otázkou č. 16, ze které vyplynulo, že si narkomani drogy obstarávají především nelegální činnostmi z 41%. Dalším příjmem na drogy byly příjmy z brigád a z práce, oproti mé hypotéze, že získávají finanční prostředky od rodičů.
- **H3:** Potvrzena byla i poslední hypotéza. Otázka č. 10 ukazuje na to, jaká by měla být dle respondentů prevence proti užívání drog. Jako nejčastější prevence byla uvedena mluvit o tom v rodině a ve škole, vyplnit volný čas sportem a zájmovými koníčky. Důvod užívání byl dle otázky č. 15 zcela potvrzen.

3.2 Terapeutické komunity pro mladistvé a mladé dospělé

Tyto komunity jsou určeny pro mladší klienty, tj. zpravidla od 15 do 25 let. Léčebný program bývá kratší než v jiných terapeutických komunitách, a to kolem 6 měsíců, větší důraz se klade na spolupráci s rodinou klienta. Léčí se zde muži a ženy společně. Takovou komunitou u nás je např. Terapeutická komunita Karlov nebo Terapeutická komunita White Light I.⁵⁰

Terapeutická komunita Karlov (TKK)

Tato komunita je určena pro mladistvé, mladé dospělé a pro matky s dětmi. Svoji činnost zahájila v roce 1998. První matky s dětmi byly přijaty od roku 2001. V současné době nabízí 12 míst pro mladistvé, 9 míst pro matky + 10 míst pro děti.

Mladiství klienti. Do léčby přicházejí často přímo z výchovných ústavů a přinášejí si s sebou řadu negativních návyků, které se snaží vnést do života komunity. Jejich motivace léčit se je obvykle nižší než u starších klientů nebo matek. V řadě případů pocházejí z neúplných rodin nebo z rodin ohrožených sociálně-patologickým chováním jednoho z rodičů, nejčastěji závislostí na alkoholu, a to spolupráci s rodinou značně problematizuje. Většinou jsou závislí na pervitinu, ale nebezpečně experimentují i s jinými drogami a kombinují je podle toho, jak jsou dostupné; při intoxikaci se chovají značně rizikově. Mladiství a mladí dospělí klienti jsou přijímáni pouze prostřednictvím Kontaktního centra Sananim v Praze. Základní podmínky pro přijetí jsou věk 16 – 25 let, dobrovolnost vstupu, přijetí řádu, režimu a pravidel v komunitě

⁵⁰ PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. 57 s. ISBN 978-80-87041-28-4.

a absolvování rezidenční detoxifikace před nástupem léčby. Jejich průměrný věk je 20 let; část je mladší 18 let.

Tabulka 3: Přehled od roku 2009 do roku 2013 v TKK – mladiství⁵¹

Mladiství	2009	2010	2011	2012	2013
Počet mladistvých klientů	40	39	47	52	59
Počet lůžkodnů	3 674	3 709	4 005	3 935	3 910
Průměrná doba léčby (ve dnech)	112	111	104	111	81
Úspěšně ukončili léčbu	13	17	15	19	20
Počet pokračujících klientů	8	5	13	12	12

Základním cílem léčebného programu je integrace a plnohodnotné zapojení klienta do běžného života, kde základním prostředkem dosažení tohoto cíle je abstinence. Mezi specifické cíle patří: konstruktivní zvládnutí období dospívání, vytváření hodnotového systému a změna základních životních postojů (příprava na partnerství), stabilizace vztahů v rodině a porozumění mechanismům fungování rodiny, příprava na profesní život, motivace k dalšímu vzdělávání a získání kvalifikace. Hlavním prostředkem léčby je samotný život v terapeutické komunitě, který nabízí otevřenou komunikaci mezi klienty a personálem, spoluúčast klientů na rozhodovacích procesech v komunitě a společenství, které přirozeně vede ke změně škodlivých vzorců chování. Základní prostředky léčby jsou: skupinová terapie, režim a pravidla, pracovní terapie, výchova a vzdělávání, volnočasové aktivity, sociální služby, individuální psychoterapie, rodinné poradenství a terapie, zdravotní péče a psychická péče.⁵²

Mladiství klienti terapeutických komunit často ani netuší, kam se jako drogově závislí řítí. Nereagují na rodiče, kteří ve většině případů apelují na to, aby se děti léčily, a snaží se je k tomuto kroku nasměrovat. Neboť i zde platí, že léčba drogově závislých, ať již dětí, nebo dospělých, je dobrovolná. Často se jedná o děti z rozvrácených rodin, i když co je dnes rozvrácená rodina, když se většina dětí rodí párům nesezdaným. Léčba v terapeutické komunitě je založena na snaze zapojit mladistvého klienta do běžného života bez drog. Z tabulky č. 3 vyplývá, že každoročně počet mladistvých klientů stoupá a úspěšnost léčby se pohybuje nad 30%. Každý zachráněný mladý život

⁵¹ MAXOVÁ, V. *Výroční zpráva 2013*. Praha : Sananim, 2014.

⁵² ČESKO. SANANIM. *Terapeutická komunita Karlov* [online]. Praha, 2007 [cit. 2014-11-13]. Dostupné z WWW: <[http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-\(tkk\).html](http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-(tkk).html)>.

je pro terapeutické komunity i pro naši společnost veliký úspěch. Čím dříve se člověk závislosti zbaví, tím menší jsou následné výdaje na lékařskou péči v souvislosti se zničeným zdravím.

3.3 Terapeutické komunity pro matky s dětmi

Léčebný program pro těhotné uživatelky drog a matky s dětmi, které se rozhodly pro léčbu a abstinenci od drog, nabízí u nás jediná terapeutická komunita, a to Terapeutická komunita Karlov. Věk matky ani dítěte není rozhodující, délka léčby je zpravidla 10 – 12 měsíců. V této komunitě se zároveň léčí mladí dospělí a mladiství uživatelé drog. Léčba je dále určena matkám se soudně nařízenou léčbou a matkám, jimž bylo dítě na základě předběžného opatření či soudního rozhodnutí odebráno z péče. V těchto případech je nutný souhlas OSPOD (odboru sociálně – právní ochrany dětí) i jiného zákonného zástupce dítěte s pobytem dítěte v zařízení.⁵³

Uživatelky byly nejčastěji závislé na heroinu, subutexu a pervitinu. Do léčby nastupují dobrovolně s motivem k léčbě, dále musí absolvovat detoxifikaci. Uživatelky mají nejčastěji diagnózu „závislost“ (pokročilý až střední stupeň) nebo „škodlivé užívání“. Klientky – matky jsou přijímány pouze prostřednictvím Denního stacionáře Sananim, který vede pořadník nástupu klientek – matek do léčby.

Tabulka 4: Přehled od roku 2009 do roku 2013 v TKK – matky s dětmi⁵⁴

Matky s dětmi	2009	2010	2011	2012	2013
Počet matek	19	23	25	23	26
Počet dětí	522	26	525	25	28
Průměrná doba léčby (ve dnech)	191	211	191	198	132
Průměrná doba úspěšnosti ukončení (ve dnech)	263	290	279	249	253
Počet klientek, které léčbu úspěšně ukončily	6	10	11	11	10
Počet klientů, kteří v léčbě pokračují	7	9	9	8	10

Základním cílem léčebného programu v terapeutické komunitě je integrace a plnohodnotné zapojení klientky – matky do běžného života, kde základním prostředkem dosažení tohoto cíle je abstinence. Mezi specifické cíle patří: vytvoření

⁵³ PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. 28 s. ISBN 978-80-87041-28-4.

⁵⁴ MAXOVÁ, V. *Výroční zpráva 2013*. Praha : Sananim, 2014.

pevného svazku mezi matkou a jejím dítětem, přijetí role matky, výchova k rodičovství, osvojení si základních dovedností v péči o dítě, nalezení a upevnění místa matky v primární rodině či ve zdravém a funkčním partnerském vztahu, získání dovedností potřebných k vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a své dítě po návratu z léčby. Hlavním prostředkem léčby je samotný život v terapeutické komunitě, který nabízí otevřenou komunikaci mezi klienty a personálem, spoluúčast klientů na rozhodovacích procesech v komunitě a společenství, které přirozeně vede ke změně škodlivých vzorců chování. Základní prostředky léčby jsou: skupinová terapie, režim a pravidla, pracovní terapie, výchova a vzdělávání, volnočasové aktivity, sociální služby, individuální psychoterapie, rodinné poradenství a terapie, zdravotní péče a psychiatrická péče. Denní program je rozvržen tak, aby matky měly současně možnost se léčit ze své závislosti a současně se i plnohodnotně starat o své děti. Společný pobyt dítěte s matkou přispívá k upevnění citové vazby matky s dítětem. Matky se účastní skupinové psychoterapie, kde mají prostor řešit problémy spojené s mateřstvím, drogovou minulostí atd. V době, kdy se matka účastní terapie, se o děti stará kvalifikovaná vychovatelka. Starší děti mohou navštěvovat školku v přílehlé obci Čimelice. Kontakt dětí s otcem a širší rodinou je zajištěn návštěvami rodin v terapeutické komunitě, popřípadě krátkodobé pobyty dětí u otců, prarodičů aj. příbuzných.⁵⁵

3.3.1 Drogově závislí jsou již novorozenci

V Kojeneckém ústavu v Plzni v posledních letech přibývá dětí s drogovými abstinenciemi příznaky. Zvyšuje se totiž i počet matek, které jsou na drogách během těhotenství závislé. V plzeňském kojeneckém ústavu, který se nedávno přejmenoval na Dětské centrum, tvořili v loňském a předloňském roce drogově závislí novorozenci třetinu ze všech 162 přijatých miminek. Přitom ještě před lety šlo spíše jen o výjimky. „Tento trend u nás začal zhruba před pěti lety. Dnes už jde o velký problém,“ popsala ředitelka Dětského centra Plzeň Jana Tylková. Podle ní začala rodit generace matek, která měla snadnější přístup k drogám. „Někteří argumentují tím, že naše generace měla alkohol a oni mají drogy a nevidí v tom problém,“ uvedla Tylková. Drogově závislé rodičky podle ní zpravidla nebývají klasickou skupinou sociálně slabých matek se slabším mentálním vývojem, ale většinou jde o ženy se vzděláním, které

⁵⁵ ČESKO. SANANIM. *Terapeutická komunita Karlov* [online]. Praha, 2007 [cit. 2014-11-13]. Dostupné z WWW: <[http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-\(tkk\)/lecba-matek-s-detmi.html](http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-(tkk)/lecba-matek-s-detmi.html)>.

se z nějakých příčin dostanou na šikmou plochu. A některé pak nepohrdnou podanou pomocnou rukou. „My matku podpoříme tak, že ji přijmeme i s dítětem. Žena může odejít na detoxikační léčbu a my se staráme o miminko. Když vydrží ve svém úsilí, tak jí domluvíme komunitní léčbu v jižních Čechách u Karlova, kam odchází s dítětem,“ popsala Tylková. Některé matky se léčí i ambulantně s pomocí neziskových organizací jako je v Plzni Ulice či K-centrum. Léčbu ale potřebují i děti s abstinenčními příznaky. U některých dětí se podle ředitelky centra objevují abstinenční příznaky lehkou formou, kdy je dítě například jen dráždivější. Pak díky ošetrovatelským opatřením, jako je například opakované krmení v klidu, doženou miminka během několika měsíců zdravé děti. „Pak jsou ale ty, které mají výrazné abstinenční příznaky. Takové dítě už musí v porodnici dostávat tlumivé léky. S tím se pokračuje i u nás a my je postupně vysazujeme,“ líčí Tylková. Není to podle ní jakási metadonová léčba, kdy se berou malé dávky drog, ale dítě dostává léky ze skupiny barbiturátů, které mají vysoký tlumicí účinek na centrální nervovou soustavu. K odložení dětí ale nedochází jen v souvislosti s drogovou závislostí jejich matek, ale i v souvislosti se špatnými sociálními podmínkami.⁵⁶

3.4 Křesťanské komunity

U nás jsou to zejména střediska Teen Challenge, což je křesťanská církevní organizace založená Apoštolskou církví. Ta provozuje tzv. rehabilitační střediska, nabízející jednoletý léčebný program pro mladé lidi s problémy se závislostí. Tato střediska poskytují léčbu odděleně pro muže a pro ženy. Pro některé klienty může být křesťansky orientovaný léčebný program velmi posilující v jejich léčbě a změně, pro jiné je naopak nepřijatelný. Proto je dobré zvážit tyto skutečnosti ještě před nástupem do této léčby.⁵⁷

Středisko křesťanské pomoci sídlí v Plzni a poskytuje soubor služeb pro osoby ohrožené sociálním vyloučením a závislostí na návykových látkách, kterým pomáhá překlenout složité životní období a nalézt novou životní cestu. Toto středisko bylo založeno v roce 1991 Diakonií Evangelické církve metodistické s cílem pomáhat lidem v nouzi. Středisko křesťanské pomoci Plzeň provozuje od roku 2005 Terapeutickou

⁵⁶ ŠRÁMKOVÁ, J. *Ještě neumějí ani sedět a už se léčí z drogové závislosti*. Plzeň : Mladá fronta DNES, 2015.

⁵⁷ PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. 28 s. ISBN 978-80-87041-28-4.

komunitu Vršíček pro osoby ve věku 18 – 45 let závislé na návykových látkách. V roce 2008 bylo založeno další středisko Pracovní a sociální agentura. Je určeno pro bývalé klienty Terapeutické komunity Vršíček nebo pro klienty Střediska následné péče – Chráněné bydlení, kteří jsou nezaměstnatelní na běžném trhu práce. V roce 2010 vznikl Dům na půl cesty pro plnoleté osoby opouštějící dětské domovy nebo nápravná zařízení a ústavy pro děti a mládež.⁵⁸

3.5 Výzkum na vesnické a městské škole

Dotazníkovou metodou byli osloveni respondenti z vesnické a městské školy. Dotazník byl vyplněn anonymně padesáti respondenty z vesnické školy a padesáti respondenty z městské školy. Následně bylo vypracováno srovnání těchto dvou škol. Každý odstavec uvádí otázku, která byla respondentům položena v dotazníku, včetně vlastního komentáře.

Otázka č. 1: Vaše pohlaví?

Pohlaví u obou dotázaných škol je vcelku rovnocenné, i když převahu mají ženy (viz Příloha č. II).

Otázka č. 2: Váš věk?

Z grafů vyplývá, že také věk respondentů je totožný na vesnické škole i na městské škole (viz Příloha č. II).

Otázka č. 3: Je podle Vás cigareta droga?

Cigaretu za drogu považuje stejné procento dotázaných dětí a to kolem 70% (viz Příloha č. II).

Otázka č. 4: Kolik Vám bylo let, když jste poprvé kouřil/a cigarety?

Je s podivem, že se vesnické děti setkají s drogou dříve a ve větším počtu (viz Příloha č. II), než z městské školy.

⁵⁸ ČESKO. *Středisko křesťanské pomoci Plzeň* [online]. [cit. 2014-11-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.skp-plzen.cz/>>.

Otázka č. 5: Je podle Vás kouření vodní dýmky neškodné?

Touto otázkou se potvrdilo, že i vodní dýmku děti považuje za drogu a to ve stejném poměru (viz Příloha č. II).

Otázka č. 6: Jak často konzumujete alkohol?

Nikdy nekonsumuje alkohol 52% vesnických dětí, oproti 24% dětí z městských škol, což je v poměru 1:2 v neprospěch městských dětí. Výjimečně alkohol konzumuje 68% městských dětí a 46% vesnických dětí. Z toho vyplývá, že městské děti ve větší míře konzumují alkohol (viz Příloha č. II).

Otázka č. 7: V kolika letech jste požil/a alkohol ve větší míře?

Ve větší míře požívají alkohol v obou případech děti ve věku 14 -16 let, a to ve větší míře děti z městské školy (viz Příloha č. II).

Otázka č. 8: Máte nějaké zkušenosti s drogou?

Větší zkušenosti s drogou mají děti z městské školy a to v poměru 2:1, žádnou zkušenost s drogou nemá cca 90% dětí (viz Příloha č. II), což je výborný výsledek.

Otázka č. 9: Máte nějaké zkušenosti s drogou a za jakých okolností jste zkusil/a poprvé nějakou nelegální drogu?

Z tohoto malého procenta dětí, které se s drogou setkaly, bylo zjištěno, že drogu okusily ve společnosti jiných mladých lidí – na večírku, v klubu a v restauraci. Zde se opět potvrdilo, že se cca 90% dětí s drogou nesetkalo (viz Příloha č. II).

Otázka č. 10: Drogu užívám, protože?

Jiný důvod k užívání drog uvedlo 6% respondentů. Není z toho patrné, jaký jiný důvod k užívání drog měli (viz Příloha č. II).

Otázka č. 11: Jaké pocity Vám droga přinesla a stále přináší?

Stejný výsledek je u vesnické tak městské školy, 4% přináší při užití drogy radost ze života a opět z tohoto grafu vyplývá, že přes 90% mládeže drogy neužívá (viz Příloha č. II).

Otázka č. 12: Kde a kdo Vám nabízel drogu?

U obou škol byli nejčastější odpovědi, že drogu respondentům nikdy a nikdo nenabízel (viz Příloha č. II). Nepatrné procento respondentů odpovědělo, že drogu jim nabízel někdo na diskotéce, na ulici nebo kamarád.

Otázka č. 13: Z jakých zdrojů jste o drogách dostatečně informován/a?

Na městské škole mají podle respondentů největší zásluhu na informovanosti policisté, kteří pro školy pořádají besedy na téma drogy.

Na vesnické škole je největší informovanost o drogách z preventivních programů, které pořádá škola a z předmětu výchova ke zdraví, který se na vesnické škole vyučuje.

U obou škol byla dále uvedena informovanost o drogách od rodičů, z televize, přednášek, internetu, ze školy, z besed, z časopisů a novin (viz Příloha č. II).

3.5.1 Zhodnocení hypotéz II.

Před zahájením výzkumu byly stanoveny tři hypotézy:

- **H1:** Domnívám se, že požití alkoholu ve větší míře a první zkušenost s cigaretou byla ve věku 10-13 let.
- **H2:** I děti školou povinné mají zkušenosti s užitím drog, není rozdíl u dětí z vesnických a městských škol.
- **H3:** Drogová prevence je v současné době ze strany škol dostatečná, rodiče se do drogové prevence nezapojují.

Tyto hypotézy se na základě dotazníkového šetření, mohly buďto potvrdit nebo vyvrátit. V následující části jsou hypotézy vyhodnoceny:

- **H1:** Na základě otázky č. 7 se tato hypotéza se u požití alkoholu nepotvrdila, neboť alkohol ve větší míře požíly děti ve věku 14-16 let. Otázkou č. 4 byla hypotéza potvrzena, děti poprvé kouřily cigarety ve věku 10-13 let.

- **H2:** Tato hypotéza byla potvrzena na základě otázky č. 8. Na vesnické škole má zkušenost s užitím drogy 6% dětí, větší zkušenost s drogou mají děti z městské školy.
- **H3:** Poslední hypotéza byla z části potvrzena a z části vyvrácena na základě výsledku otázky č. 13. Prevence ze strany škol je dostatečná, jelikož respondenti uvedli, že zásluhu na informovanosti mají policisté pořádající besedy a dále preventivní programy na školách. To, že rodiče se do drogové prevence nezapojují, bylo vyvráceno, jelikož respondenti uvedli i informovanost od rodičů, která je podle autorky velice důležitá.

4 Léčba drogově závislých

Léčba drogově závislých je pro ně velký psychický nápor, který ne všichni zvládnou. Režim v léčebnách je daný a povinnost ho dodržovat je nezbytná pro zdárné ukončení léčby. Záleží na člověku samotném, jak velkou má motivaci a vůli vydržet. Z tohoto hlediska jsou na tom lépe ženy s dětmi, nebo muži, kteří mají děti. Touha být „čistý“ a dokázat to nejen sobě, ale i svým nejbližším, je velký motivační činitel. Po určité době léčení dle pevně daných pravidel, je umožněná rodinným příslušníkům návštěva klientů. To je potom vidět na tvářích klientů velká radost a dle jejich názoru je to velká motivace pro úspěšné dokončení léčby.

4.1 Pojem léčba

Pro uživatele nealkoholových drog zajišťují tzv. rezidenční (pobytovou) léčbu zařízení označovaná jako terapeutické komunity. Tyto komunity nabízejí dlouhodobý terapeutický program pomáhající klientovi uskutečnit změny tak, aby mohl žít bez drog.⁵⁹

Terapeutická komunita je jen jednou z možností léčby pro uživatele drog a jistě není vždy vhodná a příjemná pro všechny klienty. Další u nás dostupné formy léčby jsou například ambulantní léčba, intenzivní ambulantní léčba (denní stacionář), léčba v psychiatrické léčebně pro léčbu závislosti nebo na speciálním oddělení nemocnice/psychiatrické léčebny a substituční léčba (pro závislost na opiátech).⁶⁰

4.2 Financování léčby

Praxe je značně různá – jsou terapeutické komunity, kde je léčba zdarma, respektive nemá-li klient legální finanční příjem (sociální dávky, nemocenskou atd.), má léčbu zdarma. V případě, že legální příjem má, platí příspěvek na svoji léčbu a zbylou částku použije na své individuální potřeby. V jiných terapeutických komunitách je stanovena pevná měsíční částka (příspěvek na léčbu), kterou za léčbu musí platit každý klient. Tuto finanční částku zpravidla pokryje životní minimum

⁵⁹ PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. s. 11. ISBN 978-80-87041-28-4.

⁶⁰ PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. s. 11. ISBN 978-80-87041-28-4.

jednotlivce (ale nemusí tomu tak být vždy), takže v tomto případě lze léčbu platit ze sociálních dávek (tedy v případě, že na ně má klient nárok, a to nemusí být vždy). V ostatních případech musí mít klient zajištěno placení léčby z jiných zdrojů, například vlastní úspory nebo léčbu hradí rodina.⁶¹

V některých terapeutických komunitách může být podmínkou nástupu vyřízení sociálních dávek (případně nemocenské nebo jiného legálního příjmu) ještě před nástupem, tak aby si klient byl schopen na léčbu přispívat. Ale jsou také terapeutické komunity, kde před nástupem do léčby jsou na sociální situaci klienta kladeny jen minimální nároky a veškeré sociální dávky si lze vyřizovat až z komunity. Přesto je lepší, je-li to možné, mít zajištěny sociální dávky (nebo jiný legální příjem) ještě před nástupem do komunity, protože nepochybně bude klient potřebovat finanční prostředky také na své osobní potřeby. V každém případě by však neměly být finance hlavní překážkou pro nástup do léčby v terapeutické komunitě.⁶²

Zaměstnanci K-center pomáhají uživatelům drog v rámci předléčebního poradenství, to znamená, že pomáhají uživatelům drog s vyřízením všech sociálních záležitostí (jako je např. občanský průkaz, karta zdravotní pojišťovny, registrace na úřadu práce, sociální dávky, atd.).

4.3 Formy léčby

Mezi formy léčby patří: 1. jednorázová porada, krizová pomoc, krátkodobá léčba; 2. ambulantní léčba; 3. ústavní léčba.

Jednorázová porada, krizová pomoc a krátkodobá léčba, takováto jednoduchá forma pomoci může být vysoce účinná, je-li poskytnuta včas. Důležité bývá pracovat nejen s pacienty, ale i s jedním nebo lépe s oběma rodiči.

Ambulantní léčba je výhodou, že dítě nebo dospívající zůstává ve svém přirozeném prostředí, může dál chodit do školy, učení nebo do práce. To může být ale někdy i nevýhoda, zejména jsou-li vztahy v rodině nebo ve vztahu napjaté pod

⁶¹ PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. s. 21. ISBN 978-80-87041-28-4.

⁶² PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. s. 21. ISBN 978-80-87041-28-4.

únosnou mez. Nebezpečím při ambulantní léčbě je také silná vazba na partu, od které se nedaří odpoutat. Spolupráce s rodinou je při ambulantní léčbě opět velmi důležitá. Pro ambulantní léčbu jsou vhodní klienti s lehčím stupněm závislosti, s minimem somatických a psychických komplikací, vysokou motivací a podporujícím sociálním zázemím. V ambulantní léčbě se používá především individuální terapie (1x-5x týdně dle potřeby) a skupinová terapie (obvykle 1x týdně). Za efektivní ambulantní program se pokládají 3 kontakty klienta s léčebným zařízením během týdne (např. jedna skupina a dva individuální rozhovory) po dobu 6 měsíců. V individuálních i skupinových kontaktech je důležité uplatnit i zdravotní edukaci a zabývat se prevencí relapsu. Abstinence se monitoruje testováním přítomnosti drog v moči. Práce s rodinou klienta (rodinná intervence, rodinná terapie, skupiny s rodinnými příslušníky) a sociální práce jsou v ambulantní léčbě přínosné až nezbytné stejně jako v dalších formách léčby.⁶³

Intenzivní ambulantní léčba je strukturovaný program v rozsahu 20 a více hodin týdně. Nejmenší formou jsou denní stacionáře, v nichž má strukturovaný program obvykle rozsah 40 hodin týdně a trvá 3-4 měsíce. Kapacita je 10-15 klientů. Těžištěm denního programu jsou různé formy skupinových terapií, doplněné terapií individuální. Terapeutické aktivity jsou ve struktuře programu v rovnováze s aktivitami rehabilitačními, edukačními a volnočasovými. Nezbytný je léčebný režim, monitorování abstinence (testy na přítomnost drog v organismu), práce s rodinou a sociální práce, efektivně se uplatňují principy terapeutické komunity. Náročnost denní léčby se pak vyplácí, protože klient se už během léčby učí strukturovat volný čas tak, aby se vyhnul rizikovým situacím, učí se tyto rizikové situace předem rozpoznávat a využívat přiměřených strategií, jak je zvládnout nebo jak se jim vyhnout. Klienti s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, značně nezralí, nemotivovaní či výrazně problémoví z hlediska psychopatologického a psychosociálního se obvykle v denní léčbě neudrží a neobejdou se bez léčby ústavní. U řady klientů se závažnějšími potížemi se však denní program účinně doplňuje s krátkodobou či střednědobou ústavní léčbou. U nás fungují pouze dva denní stacionáře pro léčbu drogově závislých v Praze a v Brně.⁶⁴

⁶³ KALINA, K. *Léčba drogově závislých* [online]. 2000 [cit. 2014-11-23]. Dostupné z WWW: <<http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>>.

⁶⁴ KALINA, K. *Léčba drogově závislých* [online]. 2000 [cit. 2014-11-23]. Dostupné z WWW: <<http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>>.

Ústavní detoxikaci u klientů s nižším stupněm odvykacího syndromu lze pochopitelně provádět i ambulantně při dostatečně častém kontaktu s klientem a případně s využitím cílené farmakoterapie. Převládající formou detoxikace v ČR je několikadenní pobyt (v rozmezí 5-10 dní) na uzavřené detoxifikační jednotce v nemocnici či psychiatrické léčebně. Důležitá je izolace klienta od drogového prostředí a překonání odvykacího syndromu v podpůrné a motivující psychoterapeutické atmosféře. V České republice v současné době provádí ústavní detoxifikaci 10 detoxifikačních jednotek, z toho 4 v Praze. Tento počet je nedostatečný a klient nezřídka musí na detoxifikaci čekat. Během pobytu na detoxifikační jednotce se rovněž méně často, či v menší intenzitě, využívá možností psychoterapeutické práce s klientem v této významné situaci, která může být zlomem v jeho drogové kariéře. Obvykle se počítá s tím, že klient vstupující do detoxifikace je již dostatečně motivován k pokračování v léčbě a zanedbává se příležitost tuto motivaci získat a posílit.⁶⁵

Ústavní léčba. Její výhodou je možnost nepřetržité odborné péče, což je potřebné zejména u těžších tělesných nebo duševních komplikací. Další výhodou je radikální změna prostředí. Ústavní léčba má i své nevýhody. Je náročná finančně (v současnosti hradí pojišťovny). Zorganizovat kvalitní léčebný program vyžaduje kromě dobré vůle i úsilí, kvalifikaci a zkušenost. Uspokojit citové potřeby dítěte či dospívajícího v léčebném programu nemusí být snadné. Ústavní léčba může mít různou formu. Mezi první formu patří krátkodobý pobyt např. deset dní k překonání odvykacích potíží a zlepšení tělesného stavu (tzv. detoxikační pobyty). Mezi druhou formu patří středně dlouhá léčba, která trvá od několika týdnů do několika měsíců. Poslední formou jsou dlouhodobé programy, které mohou trvat rok i déle. K dlouhodobé léčbě jsou určeny některé terapeutické komunity.⁶⁶

4.4 Léčebný postup v terapeutické komunitě Sananim Němčice

Denní režim v TKN je operativně přizpůsobován potřebám klientů, terapeutů a ročnímu období. Základní rozvržení dne je však stejné, s výjimkou dní, kdy jsou klienti mimo komunitu. Alespoň přibližně se Vám pokusím nastínit, jak to v terapeutické komunitě chodí. Jako první každý den vstává tzv. „zvířecí šéf“, který má

⁶⁵ KALINA, K. *Léčba drogově závislých* [online]. 2000 [cit. 2014-11-23]. Dostupné z WWW: <<http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>>.

⁶⁶ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti, jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Praha : Besip, 1997. s. 67.

na starosti především zvířata. Tento „zvířecí šéf“ vstává každý den v 5:00 hod. a má na starosti stravu veškerých domácích zvířat. Jako další vstává tzv. „šéf kuchyně“, který má za úkol přípravu snídaně, oběda a večeře. Tyto hlavní funkce vykonává každý týden někdo jiný, tzn., že klienti se střídají po týdnu. Režim ostatních klientů je následující: v 7:00 hod. budíček, dále následuje rozcvička, která trvá cca 15-30 min. Snídaně se podává v 8:00 hod. a musí být přítomni všichni klienti i terapeuti. Po snídani následuje tzv. „technická skupina“, kde se rozdělí práce jednotlivých klientů na celý den. Pracovní činnost probíhá do oběda. Oběd se podává ve 12:00 hod. a po obědě následuje osobní volno, které trvá cca hodinu. Klienti po osobním volnu vykonávají práci určenou při „technické skupině“. Od 17:00 hod. bývají tzv. „skupiny“, na kterých se klienti svěřují se svými problémy a terapeuti se vyjadřují každý den ke svým klientům. Tato „skupina“ může trvat krátkou dobu, ale může trvat také několik hodin, podle toho, jak závažným tématům se klienti a terapeuti věnují. Večeře se podává v 19:30 hod., následuje osobní volno.

Nemalé obavy ohledně léčby drogově závislých v naší obci měli i obyvatelé obce. Za dvacet let působení terapeutické komunity v Němčicích se žádný závažný delikt, který by způsobili klienti terapeutické komunity, nevyskytl. Ten, kdo posléze zjistí, že léčbu nezvládne nebo nemá dost silnou motivaci ani chuť se opravdu vyléčit, odejde z léčebny i z obce a již se zde neobjeví. Obavy obyvatel vesnic, ve kterých se terapeutické komunity vyskytují, jsou neopodstatněné, ale samozřejmě se vyskytují. Ne jinak tomu bylo i v případě přestěhování terapeutické komunity z Němčic do Heřmaně.

Z vlastního názoru mohu říci, že Terapeutická komunita Sananim přinesla do naší vesnice trochu více kulturního vyžití a také pomoc klientů při zajišťování úklidu v obci. Klienti zajišťovali dále kulturní program při Mikulášské besídce, při dětském dnu, navštěvovali a uklízeli zámeckou kapli atd. Klienti a jejich terapeuti v rámci dobrých vztahů zvali na výroční komunitu, která se konala jedenkrát ročně, nejen představitele obce, ale i ostatní občany (sousedy a lidi, kteří jim nějak v průběhu roku pomáhali s provozem terapeutické komunity v obci).

Z působení terapeutické komunity v naší obci vznikl v roce 2006 celovečerní film Pravidla lži, který popisuje nejen charakter jednotlivých klientů, ale také režim dne

v terapeutické komunitě, jednotlivá terapeutická sezení, zvyklosti při přijímání klientů, ale také provázanost narkomanů z velkých měst a jejich mnohdy i kriminální minulost.

4.5 Rezidenční (pobytová léčba)

Programy rezidenční (pobytové) léčby se mohou lišit v mnoha směrech – celkovou délkou léčby, skladbou programu, věkem klientů, způsobem náhledu na život a užívání drog/alkoholu atd.⁶⁷

Nelze říci, že by jeden typ léčby byl jednoznačně lepší než ostatní. Důležité je, aby byl člověk schopen v léčbě aktivně spolupracovat a udržel se v ní. Ve skutečnosti to, jak se daří lidem po léčbě, příliš nesouvisí s tím, pro jaký typ léčby se rozhodli, ale zda léčbu řádně dokončili.⁶⁸

Rezidenční (pobytové) léčebné programy jsou založeny na úplné abstinenci. To znamená, že směřují klienty k čistotě od všech drog (včetně marihuany) a alkoholu. Pobytovou (rezidenční) léčbu nabízejí v Česku tři druhy programů: terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny.⁶⁹

Podle délky programu lze léčbu rozdělit na krátkodobou (4-8 týdnů), střednědobou (3-6 měsíců) a dlouhodobou (déle než 6 měsíců). Léčba v terapeutické komunitě trvá zhruba 12 měsíců, v případě mladistvých nebo mladých klientů (tj. zpravidla od 15 do 25 let) je délka léčby 6-8 měsíců. Délka lůžkového detoxu, kterému se člověk před nástupem do léčby nevyhne, bývá zpravidla týden až jeden měsíc a záleží na zdravotním stavu každého klienta.⁷⁰

⁶⁷ PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. s. 25. ISBN 978-80-87041-28-4.

⁶⁸ PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. s. 25. ISBN 978-80-87041-28-4.

⁶⁹ PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. s. 25. ISBN 978-80-87041-28-4.

⁷⁰ PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. s. 25. ISBN 978-80-87041-28-4.

4.6 Léčba ve vězení

Pokud se drogově závislý dostal do konfliktu se zákonem a v současné době je ve vazbě nebo ve výkonu trestu, má možnost začít pracovat na zprostředkování své léčby v terapeutické komunitě nebo v psychiatrické léčebně (odkud může přestoupit do terapeutické komunity). Pracovníci speciálních programů drogových služeb docházejí do některých věznic, toho využívají zástupci sdružení SANANIM v Praze nebo Podané ruce v Brně, se kterými má drogově závislý možnost domluvit se na osobní konzultaci nebo na písemném kontaktu a udělat tak potřebné kroky k nástupu na léčbu. Informace o těchto službách může člověk dostat od sociálních pracovníků, vychovatelů nebo psychologů věznic nebo může kontaktovat určité centrum, které léčbu zajišťuje.

V některých věznicích funguje dlouhodobý léčebný program pro drogově závislé, určený pro vězněné uživatele drog, kteří se rozhodnou nastoupit léčbu v rámci výkonu trestu (případně mají nařízen výkon ústavní protitoxikomanické léčby soudem) nebo tzv. bezdrogové zóny – v nich se uplatňuje specifický režim výkonu trestu odnětí svobody s cílem zamezit odsouzeným v kontaktu s drogami. Postupně dochází k rozvoji služeb pro vězněné uživatele drog. V roce 2006 byl zahájen pilotní projekt substituční léčby realizovaný ve věznicích Praha – Pankrác a Příbram.⁷¹

⁷¹ PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. 59 s. ISBN 978-80-87041-28-4.

5 Začlenění vyléčených lidí do společnosti

Podle vyléčené narkomanky Katky bylo začlenění do společnosti zpočátku jednoduché, posléze v některých situacích těžké. Dle Katky: „Jednoduché to bylo z toho důvodu, že když jsem po léčbě odcházela z terapeutické komunity v Němčicích, měla jsem stálou práci, kterou jsem si našla v době léčení a chodila jsem tam i na brigády. S lidmi tam jsem se znala, rozuměli jsme si a já jsem si díky vydělaným finančním prostředkům následně zařídila bydlení. Na druhou stranu bylo začlenění do společnosti těžké, protože lidé mi to neusnadňovali. Má minulost mi byla při každé příležitosti vyčítána (u lékaře, při hledání lepšího zaměstnání, při hledání nových kamarádů). Vyčítali mi, že jako feťák jsem využívala stát k tomu, abych se bezplatně léčila, dále mi vyčítali, že se někteří feťáci přiživují na státu tím, že pobírají invalidní důchody z nemocí, které si způsobili užíváním drog. Začlenit se nebylo vůbec jednoduché, měla jsem obavy, jestli to vůbec ustojím. Ale obstála jsem díky rodině, partnerovi a hlavně nyní kvůli svým dětem.“

5.1 Co bude vyléčený člověk dělat po léčbě

Ukončení léčby v terapeutické komunitě bývá důležitým a intenzivním zážitkem, často je to první věc po velmi dlouhém období užívání drog/alkoholu, kterou člověk skutečně dokončí. Specializovaný doléčovací program pomůže v nelehkém období po ukončení léčby v terapeutické komunitě a bude pro člověka podporou v období krize, či obtížných situacích, které k životu bez drog patří. Pokud člověk využije služeb doléčovacího programu, určitě tím zvýší své šance na dosažení dlouhodobých cílů a k pokračování života bez drog.

Zprostředkování služeb doléčovacích programů bývá součástí léčby v terapeutické komunitě. Kontakty na doléčovací programy, podrobnější informace a podmínky přijetí získá klient od terapeutického týmu komunity. V případě, že bude člověk uvažovat o doléčování v rámci programu chráněného bydlení, je důležité si několik měsíců před plánovaným ukončením léčby v komunitě – a po poradě s terapeutickým týmem podat žádost o přijetí. Následná péče (**doléčování**) po léčbě v terapeutické komunitě je poskytována **doléčovacími programy**, a to formou **ambulantní** pro klienty se zajištěným vlastním bydlením anebo může být součástí

doléčovacího programu **chráněné bydlení**, které nabízí přechodné ubytování v chráněném a podporovaném prostředí, a to zpravidla na 6 měsíců. Součástí služeb doléčovacích programů stále častěji bývají také **chráněné pracovní programy**, které slouží ke zvýšení pracovních dovedností a kvalifikace. Některé doléčovací programy spolupracují se **sociálně-pracovní agenturou**, která pomůže s hledáním práce po léčbě. Léčba je o tom, jak zůstat čistý od drog/alkoholu, o tom, jak se opět naučit zvládat obtížné situace a jak znovu získat kontrolu nad vlastním životem. Život po léčbě nebývá jednoduchý.⁷²

Aby člověk zůstal čistý od drog/alkoholu, měl by se vyhýbat určitým situacím. Především kontaktu s lidmi, kteří aktuálně drogy berou, dále přátel z minulosti a chození na místa, kde se drogy prodávají a berou. Člověk může být v pokušení otestovat si situaci, jestli ji zvládne, je to ale velice nebezpečné, zřídka to vede k nějakému lepšímu pocitu nebo zvýšení sebevědomí a velice často to vede k opětovnému užití drog/alkoholu.

⁷² PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. 59 s. ISBN 978-80-87041-28-4.

6 Drogová prevence

6.1 Vývoj drogové prevence

Před rokem 1989 primární prevence drogových závislostí na školách téměř neexistovala. Tato problematika spadala metodicky hlavně pod speciální zařízení ministerstva zdravotnictví – Ústav zdravotní výchovy, který byl garantem vzdělávání a výchovy v oblastech týkajících se ochrany zdraví a prevence. Problematika závislostí dlouho obsahovala pouze alkohol a tabák. Vycházelo se z dokumentů vlády většinou pod názvem Boj proti negativním jevům mládeže. Lektoři veškerých preventivních aktivit museli být sdruženi v Socialistické akademii. Byli to většinou starší lékaři a jejich působení spočívalo převážně v besedách, které měly charakter zastrašování, zákazů, mentorování apod. Často se jednalo o monotónní čtení přednášky, osvěcenější lékaři nabídli alespoň možnost zodpovězení dotazů, diskuse byla téměř nemožná. Všechny aktivity ve školách byly jednorázové, většinou až ve vyšších ročnících základních škol. Stále se zvyšující problémy s drogami tuto tematiku odtabuizovaly již několik let před rokem 1989. Radek John mohl vydat „Memento“, Zdeněk Zaoral natočil „Pavučinu“ a vyšel překlad knihy „My děti ze stanice ZOO“. To byly první příležitosti pro seznamování veřejnosti s problematikou drog i začátky preventivních aktivit v tehdejší Československu. Po roce 1989 začaly vznikat první samostatné preventivní akce zaměřené na prevenci drogových závislostí. V těchto počátcích se stále ještě jednalo o jednorázové besedy na školách, ovšem v naprosto otevřeném stylu a v interakci se žáky a studenty. Díky různým mezinárodním projektům, které měly za cíl nastartovat preventivní práci v České republice, přibylo odborníků i institucí, které se začaly zabývat primární prevencí teoreticky i prakticky.⁷³

6.2 Jak odhalit užívání drog

To, že dítě nebo dospělý užívá drogy, nemusí být, alespoň zpočátku, vůbec nápadné. Přesto existují signály, které napovídají, že něco nemusí být v pořádku. Důvody potíží mohou být i jiné. Nemusí jít zrovna o drogy. Přesto je dobré o těchto věcech vědět. Zde jsou některé z příznaků, kterých bychom si měli všimnout. Jedná se zejména o problémy ve škole nebo v práci, ztráta původních zájmů, změna

⁷³ KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

přátel a party, změna chování, slabost a spaní přes den, ztráta chuti k jídlu a následné hubnutí, kožní defekty, mizení peněz nebo krádeže v rodině, nález stříkaček nebo jehel a drog, stopy po injekčním vpichu na končetinách.⁷⁴

6.3 Primární prevence

Primární prevence v podobě pouhého odstrašování nebo pouze informování o drogách se jeví jako neúčinná, musí být založena na více faktorech, prevence by neměla být úzce zaměřena jen na drogy, důležité je propojení s prevencí před ostatními rizikovými návyky a chováním. Důležité je posilování sociálních komunikačních dovedností, aktivity zaměřené na sebepoznání, vybudování důvěry a vztahu s dětmi, na které je primární prevence cílena. Poskytované informace o návykových látkách nesmí být jednostranné a zastrašující, ale objektivní, pravdivé.⁷⁵

6.3.1 Obecné charakteristiky primární prevence

Sociální charakter primární prevence se obrací na populaci jako celek nebo na vybrané skupiny uvnitř populace, tzv. cílové skupiny. V tom je rozdíl od prevence sekundární a terciální, které již mají individuální ráz a obracejí se na jednotlivce, který již je v různém stupni užívání návykových látek zasažen. Konečnou cílovou entitou primární prevence je ovšem také jednatel. Primární prevence ovlivňuje tedy názory, postoje a chování jednotlivce prostřednictvím jeho skupiny nebo společenství. Cílové skupiny se vyznačují různou mírou rizika nebo vlivu na riziko.⁷⁶

Cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek, včetně alkoholu a tabáku, nebo ho oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější. Dalším cílem je omezit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, aby se předešlo škodám na tělesném i duševním zdraví. Cílem prevence není tedy předávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale to, aby se cílová populace chovala zdravěji. Základní cíl primární prevence je tedy zaměřen na snižování poptávky po drogách – co největší mírou přispět ke snížení počtu osob zneužívajících návykové látky.⁷⁷

⁷⁴ PRESL, J. *Drogy mýty a realita*. Praha : Medea Kultur, 2007. 26 s.

⁷⁵ ČESKO. Drogová poradna. *Primární prevence* [online]. 2009 [cit. 2014-12-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/primarni-prevence.html>>.

⁷⁶ KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

⁷⁷ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislosti*. Praha : Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X.

Prostředky: k dosažení těchto cílů se používají metody psychologie, pedagogiky, sociologie, veřejné politiky, reklamy, marketingu atd. Jde o metody převážně nelékařské, nemedicínské.⁷⁸

6.3.2 Hlavní cílové oblasti primární prevence

Mezi hlavní cílové oblasti primární prevence patří: formativní věk a formativní prostředí, primární a sekundární cílové skupiny, rodina a škola, intermediátoři, místní společenství a etnické menšiny.

Hlavním těžištěm primární prevence je **formativní věk a formativní prostředí**, tj. věk a prostředí, ve kterém se vytvářejí normy a hodnoty: děti, mládež a jejich nejbližší okolí.⁷⁹

V každém formativním prostředí můžeme najít příslušníky cílových skupin dvojího typu. Jako **primární (konečná) cílová skupina** či populace se označuje ta, jejímuž uživatelskému chování chceme předejít. Obecně řečeno, jsou to osoby ve formativním věku – děti a mladí lidé. **Sekundární (intermediární) cílová skupina** je ta, která má velký a přímý vliv na primární (konečnou) cílovou skupinu. Jsou to například rodiče, učitelé, vychovatelé, policisté a další intermediátoři. Pracujeme s nimi proto, že jejich vliv na děti a mladé lidi hodláme využít a podpořit.⁸⁰

Rodina je nesmírně významným médiem i aktérem primární prevence. Díky svému soukromému charakteru je často zdánlivě skrytá a nedosažitelná. Jednou z cest primárního poselství do rodiny je zaměření prevence na dospělé všude tam, kde se scházejí, zejména v zaměstnání a při zájmové nebo občanské činnosti. Ve všech těchto případech lze počítat s tím, že oslovujeme-li dospělé, oslovujeme rodiče. Další cesta k rodině je prostřednictvím školy. Programy pro školy a trénink pedagogů v oblasti primární prevence patří k nejčastějším aktivitám tohoto druhu u nás. Je nezbytné, aby metodika „učení učitelů“ počítala s tím, že pedagog je potenciálním

⁷⁸ KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

⁷⁹ KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

⁸⁰ KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

nositelem preventivního poselství nejen pro žáky, ale rovněž pro rodiče. Současný trend v České republice – směřovat primární prevenci takřka výhradně do škol – může být pouze prvním krokem této systémové orientace, jinak by se mohl stát jejím zúžením.⁸¹

Jako **intermediátoři** se označují osoby, které jsou schopné mít vliv na druhé, ať už v přímém styku nebo spíše prostřednictvím hromadné komunikace. Jsou to lidé, jejichž vystupování a chování se směřodátné, kteří mohou být vzory, a kterým cílová populace naslouchá a věří. Je důležité tyto osoby najít a získat je pro prevenci. K intermediátorům (pochopitelně kromě rodičů a pedagogů) mohou patřit např. trenéři, skautští vedoucí a vedoucí jiných zájmových aktivit, herci, sportovci, hudebníci, pracovníci médií, spisovatelé, politici, podnikatelé, policisté, soudci, kněží a samozřejmě lékaři. Spornými intermediátory jsou bývalí uživatelé drog („ex-useři“). Mohou být dobrým vzorem pro člověka, který je již sám problémovým uživatelem nebo závislým. Pro nezasaženou populaci však vhodným vzorem nejsou, i když jejich vystoupení může být zajímavé.⁸²

Výrazným trendem posledních let v zahraničí, který se rychle začíná uplatňovat i u nás, je prevence v **místním společenství** obce, města či městské části. Je důležité oslovit: občanská sdružení a iniciativy různého typu, místní politiky, důležité osobnosti, důležité instituce a organizace na daném území.⁸³

Ve většině zemí vidíme **etnické menšiny**, které se zároveň liší sociálním statutem od převládající populace, jako zvláště rizikové skupiny. Riziko se týká šíření drog obecně, tj. aktivity na straně nabídky i poptávky. Není pochyb o tom, že takovou rizikovou skupinu představuje v České republice právě romské etnikum. Zároveň je jasné, že se u nás problém romského etnika značně vyostřuje, kriminalizuje, politizuje, nacionalizuje a vede ke značnému napětí a strachu. Drogová prevence by se této rizikové skupině neměla vyhnout. Pro začátek bude důležité vtáhnout

⁸¹ KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

⁸² KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

⁸³ KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

do drogové prevence jak odborníky na romskou problematiku, tak některé zástupce tohoto etnika.⁸⁴

6.3.3 Formy specifické primární prevence

Preventivní aktivity se dělí do tří základních úrovní. Každá zahrnuje velikost a typ cílové populace. Jedná se o nejvyšší úroveň (makroprostředí), střední úroveň (mezoprostředí) a místní úroveň (mikroprostředí).

Nejvyšší úroveň (makroprostředí) se zaměřuje na velké skupiny. Mají většinou masový charakter. Hlavním cílem je zasáhnout co možná největší skupinu lidí. Z toho však plyne určitá nevýhoda, neboť není možné přizpůsobit obsah pro různé skupiny. Proto se zaměřují na ovlivňování veřejného mínění nebo velkých skupin mladistvých. Jako hlavní prostředek k tomuto účelu slouží různé kampaně. Příkladem může být billboardová reklamní kampaň nazvaná „Drogy ne“. Tyto akce by měly být brány spíše jen jako možnost upozornění na závažnost tématu a vytvářet prostor pro působení v dalších oblastech.⁸⁵

Střední úroveň (mezoprostředí) je zaměřena jen na určitou lokalitu (městské části, menší města, obce) nebo na nějaké skupiny populace jako například děti II. stupně základních škol, zdravotnický personál atd. Na této úrovni již lze připravovat programy související s charakterem sídla a cílovou populací. Pro zajištění efektivity působení na tyto cílové skupiny je však nutné vytvářet dlouhodobé a koncepční programy – zvláště pokud se jedná o programy pro děti a mládež, kde může být jejich postoj a následné chování ještě do jisté míry utvářeno.⁸⁶

Místní úroveň (mikroprostředí) se zaměřuje na cílové skupiny, které jsou přesně definovány, např. žáci 9. tříd základních škol, studenti prvních ročníků středních škol apod. Jednotlivé programy a pořady jsou pro cílové skupiny přesně definovány a mohou být „šity na míru“. Z hlediska specifické prevence považujeme působení na takto definované malé skupiny za nejefektivnější. Mezi formy využívané na této úrovni patří

⁸⁴ KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

⁸⁵ KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

⁸⁶ KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

přednášky a besedy, komponované pořady, „klasické“ peer programy a dále dlouhodobé programy.⁸⁷

6.4 Školní prevence

Škola představuje významnou součást protidrogové prevence. Protidrogová výchova musí být komplexní, systematická a koncepční. Má význam zapojení do prevence včetně zvládnutí pravidel první pomoci nejenom při podezření na ovlivnění drogou, ale i v kombinaci s úrazem.⁸⁸

Školní drogovou prevenci definujeme jako iniciativy, aktivity a strategie určené k tomu, aby se zamezilo negativním následkům spojeným se (zne)užíváním legálních a nelegálních drog. Patří sem jak možná zdravotní poškození, tak i právní, sociální a další důsledky pro uživatele drog a jejich okolí. Cíle těchto aktivit mohou být různé: předejít (prvnímu) užití drogy, zabránit zneužívání drog a závislosti na drogách, snížit míru obtěžování okolí uživatele nebo předcházet problémům, do nichž se uživatel drog může dostat (např. konflikt se zákonem). Podle našeho názoru by se tedy školní prevence měla orientovat především na poskytování informací o účincích drog, právních a společenských následcích či důsledcích jejich (zne)užívání, rozvíjení a posilování schopností studentů činit informovaná a odpovědná rozhodnutí ohledně užívání jakéhokoli typu drog. Neměl by se opomenout ani nácvik schopnosti odmítnout je.⁸⁹

Pro většinu evropských států představuje zneužívání drog a závislost na drogách problém v oblasti veřejného zdraví. Prevence je v řadě zemí zařazena do studijních plánů pro všechny dospívající ve věku 11 až 18 let. V některých státech mají školy zákonnou povinnost provádět specifický program zaměřený na prevenci drog, v dalších zemích se v národním vzdělávacím kurikulu uvádí, že je nutno věnovat pozornost všeobecné podpoře zdraví, a to včetně prevence drog.⁹⁰

Kromě specifického obsahu školního programu prevence drog by se mělo rozlišovat i mezi tím, na jakou cílovou skupinu se zaměřuje. Pro tři různé cílové

⁸⁷ KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

⁸⁸ RICHTER, J. *Likvidační životní styl*. Praha : Media Kultur. 23 s.

⁸⁹ GALLÀ, M., et al. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí – příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha : Sananim, 2007. 150 s. ISBN 978-80-254-1086-8.

⁹⁰ GALLÀ, M., et al. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí – příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha : Sananim, 2007. 150 s. ISBN 978-80-254-1086-8.

skupiny jsou k dispozici přibližně tři typy programů. Prvním programem jsou univerzální programy, které jsou zaměřené na obecnou populaci či její část (studentskou populaci), která není identifikovaná na základě individuálních rizikových faktorů (např. masmediální kampaně a školní programy zaměřené na všechny studenty). Druhým programem jsou selektivní programy zaměřené na specifické skupiny (např. školáky) se zvýšeným rizikem problémů spojených s užíváním drog (např. programy zaměřené na děti alkoholiků nebo vysoce ohroženou mládež z center velkých měst). Posledním programem jsou indikované programy zaměřené na jednotlivce (např. školáky), kteří podle diagnostických kritérií nemají problémy se závislostí, ale vykazují určité charakteristiky problematického užívání (intervence zaměřené na mladé experimentátory s drogami).⁹¹

Návodem k prevenci může být pro rodiče i školy kniha: Alkohol, drogy a vaše děti 2. vydání, kterou napsali Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. a PhDr. Ladislav Csémy.

6.5 Jak předejít drogovým problémům

Drogy nejsou nic tajemného, nemají nad námi žádnou moc - dokud sami nechceme. Existuje řada opatření, kterými lze účinně riziko drogových potíží omezit. Důležité je mluvit s dětmi o drogách, nepodceňovat své děti, pomoci svému dítěti nalézt a udržet sebedůvěru, pomoci dítěti vytvořit si pevný hodnotový systém, být pozitivním příkladem, pomoci dítěti zvládat negativní tlaky ze strany vrstevníků, podporovat všechny pozitivní aktivity svého dítěte a nebát se přiznat si nevědomost.⁹²

Největší prevencí v oblasti drog a jiných návykových látek je příkladná rodina, ve které jsou děti na prvním místě a rodiče jdou příkladem svým dětem. Dobrá komunikace mezi rodiči a dětmi je dle mého názoru hlavní prevencí. Je pravda, že některé děti nejsou ochotny se svým rodičům svěřovat a komunikace s nimi je obtížná. V takovém případě je důležité vědět, jak se dětem přiblížit, mít přehled o tom s kým se děti stýskají a hlavně vyplnit jejich volný čas. Dnes, kdy se komunikace mezi dětmi smrškla na komunikaci přes počítač, je důležité vědět, s kým děti komunikují.

⁹¹ GALLÀ, M., et al. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí – příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha : Sananim, 2007. 150 s. ISBN 978-80-254-1086-8.

⁹² PRESL, J. *Drogy mýty a realita*. Praha : Medea Kultur, 2007. 26 s.

S dětmi je třeba mluvit, mluvit a mluvit. V dnešní hektické době, kdy ráno rodiče odejdou do práce, mnohdy ještě před tím, než jdou děti do školy a vrátí se v lepším případě v pozdních odpoledních hodinách, pracují i o víkendech a díky dostupné technice jsou s prací neustále spjati, je opravdu těžké se dětem plně věnovat. Určitě se to ale vyplatí, je to ku prospěchu rodičů i dětí. Dalším výborným prostředkem v boji s drogami jsou besedy. Dle mého názoru by to ale měly být besedy s vyléčenými narkomany, kteří vědí, o čem mluví. Další dobrý počín je natáčení dokumentárních filmů a filmů s drogovou tematikou. Velice se povedl režisérce Heleně Třeštíkové dokumentární film s názvem „Katka“, který pojednává o jedné z prvních klientek Terapeutické komunity v Němčicích, je to několik let natáčený dokument, který svou opravdovostí zaujme a v případě tohoto dokumentu silně ovlivní každého diváka bez rozdílu věku. Dokument popisuje a vystihuje krutou daň za užívání drog. Dále bych chtěla zmínit film „Pravidla lži“, který je natočen dle skutečných událostí, ve skutečném prostředí Terapeutické komunity v Němčicích, který vystihuje povahu, charakter i příběhy lidí, kteří léčbou prošli. To jsou dle mého názoru dva důležité dokumenty, které by měly shlédnout všechny děti v kritickém věku 13-15 let.

Závěr

Společenské změny po roce 1989 odstartovaly „drogový boom“ v České republice. Byl to důsledek otevření se především západnímu světu, který přinesl jak pozitiva, tak i negativa. Negativa z tohoto hlediska představují snadnější přístup k drogám a s tím spojené problémy. Při soužití s těmito lidmi v jedné vesnici a z ústních pohovorů s terapeutky (v rámci praxe na střední škole a nyní při konzultacích k bakalářské práci) vyplynulo, jak se v průběhu let měnila skladba klientů v závislosti na společenských a sociálních podmínkách drogově závislých. Každodenní osobní setkání s drogově závislými mi umožnilo vnímat změny těchto lidí od počátku léčby do konce, byla jsem svědkem, kdy se z trosk člověka stal po léčbě opět člověk, schopný začlenit se do společnosti.

Řešením drogová problematika se zabývají občanská sdružení a jiné nestátní organizace, která jsou sice podporována prostřednictvím grantů z Evropské unie, ale měl by se v nemalé míře do této problematiky také zapojit stát. Ten se svým postojem k rodině jako takové podepsal na tom, že dnes evidujeme v České republice více než 10% podílu nesezdaných párů s dětmi na celkovém počtu úplných rodin. Rodina – ať už sezdaných nebo nesezdaných párů by měla být prvořadým místem pro drogovou prevenci tím, že děti společně s rodiči vyřeší svůj volný čas různými koníčky a společnými aktivitami, s dětmi mluví a zajímají se o ně po všech stránkách. Systém prevence by se měl nejvíce zaměřovat na děti a mladistvé. Drogová závislost u těchto skupin vzniká rychleji než závislost na alkoholu a má nedozírné následky.

Zneužívání drog je klíčovým tématem v celé Evropské unii i mimo ni, je to celosvětový problém, který je potřeba řešit. Otevřením hranic mezi státy EU nahrává jednoduššímu nelegálnímu dovozu drog. Protidrogová politika EU je zaměřena na zlepšování veřejného zdraví, předcházení lidským nemocem, doplňuje činnost jednotlivých členských států EU a zaměřuje se na snižování škodlivých účinků drog na zdraví včetně preventivních opatření a to je snížení poptávky a nabídky drog.

Drogy jsou nejen pro naši společnost složitý sociální a zdravotní problém, v důsledku užívání drog roste počet lidí nakažených virem HIV. Léčba takto nemocných lidí neúměrně finančně zatěžuje naše zdravotnictví a státní rozpočet.

Míra zneužívání drog v EU v současné době stagnuje, přesto však každoročně dojde k 6 500 – 8 500 úmrtím souvisejícím s drogami.

Občanská sdružení zabývající se touto problematikou musí vynaložit nemalé úsilí při získávání sponzorů, kteří z části financují provoz a činnost terapeutických komunit. Lidé, kteří se léčí v TK jsou převážně dlouhodobí uživatelé drog (jak vyplývá z odpovědi respondentů TKN. Nikdo si v dnešní době nemůže myslet, že se ho drogová problematika netýká.

Seznam použitých zdrojů

Literární zdroje

1. GALLÀ, M., et al. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí – příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha : Sananim, 2007. 150 s. ISBN 978-80-254-1086-8.
2. KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2001. 319 s. ISBN 8086734056.
3. KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
4. MAXOVÁ, V. *Výroční zpráva 2013*. Praha : Sananim, 2014.
5. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislosti*. Praha : Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X.
6. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti, jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Praha : Besip, 1997. 128 s.
7. NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát drogy*. Praha : Sportpropag, 1997. 134 s.
8. PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. Písek : Arkáda, 2007. 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.
9. PRESL, J. *Drogy mýty a realita*. Praha : Medea Kultur, 2007. 26 s.
10. PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠAFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. 59 s. ISBN 978-80-87041-28-4.
11. RICHTER, J. *Likvidační životní styl*. Praha : Media Kultur. 23 s.
12. SKÁLA, J. *Až na dno*. Praha : Avicenum, 1988. 144 s.
13. ŠEDIVÝ, V., VÁLKOVÁ, H. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha : Naše vojsko, 1988.
14. ŠRÁMKOVÁ, J. *Ještě neumějí ani sedět a už se léčí z drogové závislosti*. Plzeň : Mladá fronta DNES, 2015.
15. ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. *Drogy vybrané kapitoly*. Praha, 2005. 115 s.

Elektronické zdroje

1. ČESKO. *O drogách* [online]. Karviná : Občanské sdružení NET, 2003 [cit. 2014-10-15]. Dostupné z WWW: <http://k-centrum.cz/web.org/o_drogach/o_drogach.htm>.
2. ČESKO. *Amfetamin* [online]. [cit. 2014-10-24]. Dostupné z WWW: <<http://navykovelatky.cz/stimulacni-drogy/amfetamin/>>.
3. ČESKO. *Drogová poradna* [online]. Praha : Sananim, [cit. 2014-10-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/opiaty.html>>.
4. ČESKO. Drogová poradna. *Primární prevence* [online]. 2009 [cit. 2014-12-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/primarni-prevence.html>>.
5. ČESKO. *Drogová problematika a bojová umění – členění drog I. část* [online]. Praha : Národní protidrogová centrála, 2007 [cit. 2014-10-16]. Dostupné z WWW: <<http://npdc.blog.cz/0710>>.
6. ČESKO. *Drogy kolem nás* [online]. 2011 [cit. 2014-10-18]. Dostupné z WWW: <<http://drogy1.webnode.cz/pervitin/psychoaktivni-droga-/>>.
7. ČESKO. Drogy. *Historie drog* [online]. [cit. 2014-10-02]. Dostupné z WWW: <<http://drogy1.webnode.cz/historie-drog/>>.
8. ČESKO. *Kodein* [online]. 2007 [cit. 2014-10-24]. Dostupné z WWW: <<http://nedroguj.blog.cz/0706/kodein>>.
9. ČESKO. *Muchomůrka červená* [online]. [cit. 2014-10-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.infodrogy.estranky.cz/clanky/rostlinne-drogy/muscinol--muchomurka-cervena-.html>>.
10. ČESKO. *Nové syntetické drogy* [online]. Praha: Prev-Centrum, [cit. 2014-11-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/Nove-Synteticke-Drogy>>.
11. ČESKO. SANANIM. *Terapeutická komunita Karlov* [online]. Praha, 2007 [cit. 2014-11-13]. Dostupné z WWW: <[http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-\(tkk\).html](http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-(tkk).html)>.
12. ČESKO. SANANIM. *Terapeutická komunita Němčice* [online]. Praha, 2007 [cit. 2014-11-03]. Dostupné z WWW: <[http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-nemcice-\(tkn\).html](http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-nemcice-(tkn).html)>.

13. ČESKO. *Středisko křesťanské pomoci Plzeň* [online]. [cit. 2014-11-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.skp-plzen.cz/>>.
14. ČESKO. *Těkavé látky* [online]. Praha : Prev-Centrum, [cit. 2014-10-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/Tekave-latky>>.
15. FIŠEROVÁ, M. Postgraduální medicína. *Historie drogových závislostí* [online]. Praha : Ústav Farmakologie, 2000 [cit. 2014-10-05]. Dostupné z WWW: <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm>.
16. KALINA, K. *Léčba drogově závislých* [online]. 2000 [cit. 2014-11-23]. Dostupné z WWW: <<http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>>.
17. KVEREK, J. *Drogy mladých – syntetická mládež* [online]. Praha : Národní protidrogová centrála, 2002 [cit. 2014-10-18]. Dostupné z WWW: <http://kverek.webpark.cz/nove_12_02/drogy3.htm>.
18. MATOUŠ, J. *Kouzelné houby* [online]. BULLETIN : Národní protidrogové centrály, 1996 [cit. 2014-10-28]. č. 2, s. 17-19. Dostupné z WWW: <policie.cz/soubor/bulletin-npc-2-96.aspx>.
19. MINAŘÍK, J. *Přehled „tvrdých“ a „měkkých“ drog* [online]. 2008 [cit. 2014-10-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>>.
20. MINAŘÍK, J. *Drogová poradna* [online]. Praha : Sananim, [cit. 2014-10-24]. Dostupné z WWW: <[http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-buprenorfin\).html](http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-buprenorfin).html)>.
21. MINAŘÍK, J. *Škola, rodiče, náctiletí* [online]. Praha : Sananim, [cit. 2014-10-28]. Dostupné z WWW: <http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/informace-o-drogach/halucinogeny2.html?section_id=70>.
22. ZAHRADNÍČEK, J. Lidé a země. *Droga, která si podmanila národy* [online]. 2009 [cit. 2014-10-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.lideazeme.cz/clanek/droga-ktera-si-podmanila-narody>>.

Legislativní dokumenty

1. ČESKO. Zákon č. 1 České národní rady ze dne 16. prosince 1992 Ústava České republiky (ústavní zákon). In *Sbírka zákonů České republiky*. 1993. Dostupné z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-1>>.
2. ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2009. Dostupné z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>>.
3. ČESKO. Zákon č. 141 ze dne 29. listopadu 1961 o trestním řízení soudním (trestní řád). In *Sbírka zákonů České republiky*. 1961. Dostupné z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1961-141>>.
4. ČESKO. Zákon č. 273 ze dne 17. července 2008 o Policii České republiky. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2008. Dostupné z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-273>>.
5. ČESKO. Zákon č. 200 České národní rady ze dne 17. května 1990 o přestupcích. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2008. Dostupné z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1990-200>>.
6. ČESKO. Zákon č. 110 ze dne 24. dubna 1997 o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1997. Dostupné z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-110>>.
7. ČESKO. Zákon č. 379 ze dne 19. srpna 2005 o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2005. Dostupné z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-379>>.

Seznam zkratk

LSD = Diethylamid kyseliny lysergové

MDMA = extáze

NSD = Nové syntetické drogy

OSPOD = Odbor sociálně – právní ochrany dětí

THC = Tetrahydrocannabinol

TK = Terapeutická komunita

TKK = Terapeutická komunita Karlov

TKN = Terapeutická komunita Němčice

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled „tvrdých“ a „měkkých“ drog	20
Tabulka 2: Přehled od roku 2009 do roku 2013 v TKN	34
Tabulka 3: Přehled od roku 2009 do roku 2013 v TKK	40
Tabulka 4: Přehled od roku 2009 do roku 2013 v TKK	41

PŘÍLOHY

Příloha č. I – Vzor a vyhodnocení dotazníku z TK Němčice

Vzor dotazníku

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Bublíková a jsem studentkou Vysoké školy evropských a regionálních studií v Českých Budějovicích, obor Bezpečnostně právní činnost. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který Vám zabere pár minut. Tento dotazník se zabývá Tento průzkum je anonymní a výsledky budou použity jako zdroj informací pro moji bakalářskou práci.

1. Vaše pohlaví?

- a) muž b) žena

2. Váš věk?

- a) 20 – 30 let
b) 30 – 40 let
c) 40 – 60 let

3. Vaše dosažené vzdělání?

- a) základní
b) střední škola bez maturity
c) střední škola s maturitou
d) vyšší odborná škola
e) vysoká škola

4. Jak dlouho jste užíval/a nelegální drogy?

5. Jak dlouho teď abstinujete?

- a) do půl roku b) přes půl roku

6. Je nějaký člověk, který Vás motivuje, nebo kvůli kterému jste teď tady?

- a) ANO b) NE, nepotřebuji nikoho, jsem zde kvůli sobě

7. Proč jste drogy začal/a užívat?

- a) chtěl/a jsem to vyzkoušet
b) kvůli kamarádům
c) jiný důvod

8. Jaké drogy jste užíval/a?

- a) alkohol
b) opiáty
c) stimulační drogy
d) konopné drogy
e) halucinogeny
f) těkavé látky
g) analgetika, sedativa

9. Kde došlo k Vašemu prvnímu setkání s drogami?

- a) u kamarádů
b) v rodině
c) u kolegů
d) na společenských akcích
e) v partě známých
f) jinde

10. Jaká by podle Vás měla být prevence proti užívání drog?

11. Jak si myslíte, že by měli být lidé potrestáni za užívání drog?

- a) veřejně prospěšnou prací
- b) bez prohrěšku
- c) podmínkou
- d) vězením
- e) nijak

12. Jste závislý/á na cigaretách?

- a) ano
- b) ne

13. Měl by se každý závislý povinně léčit?

- a) ano
- b) ne

14. Z čeho by se léčba závislosti měla platit?

- a) ze zdravotního pojištění
- b) z dotačních prostředků sdružení
- c) z vlastních peněžních prostředků

15. Jaký byl Váš důvod užívání drog?

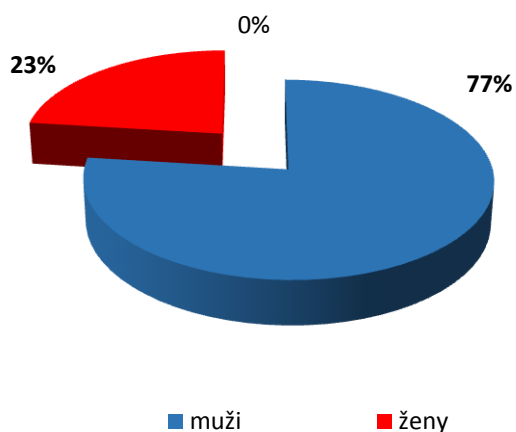
16. Kde jste bral/a peníze na drogy?

- a) u rodičů
- b) z brigády, práce
- c) nelegální činnost
- d) jinde

Vyhodnocení dotazníků z terapeutické komunity Němčice

1. Vaše pohlaví?

Graf 1: Pohlaví respondentů

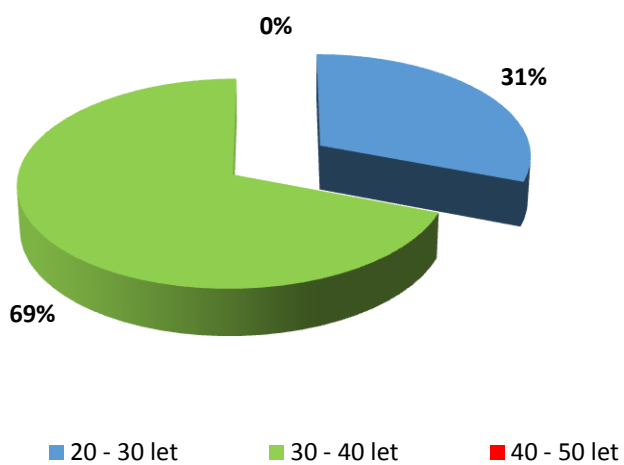


Tab. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet
muži	10
ženy	3

2. Váš věk?

Graf 2: Věk respondentů

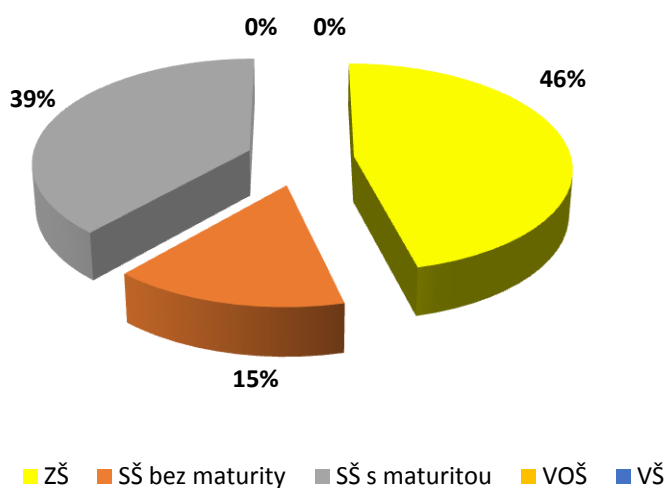


Tab. 2: Věk respondentů

Věk	Počet
20 - 30 let	4
30 - 40 let	9
40 - 50 let	0

3. Vaše dosažené vzdělání?

Graf 3: Dosažené vzdělání

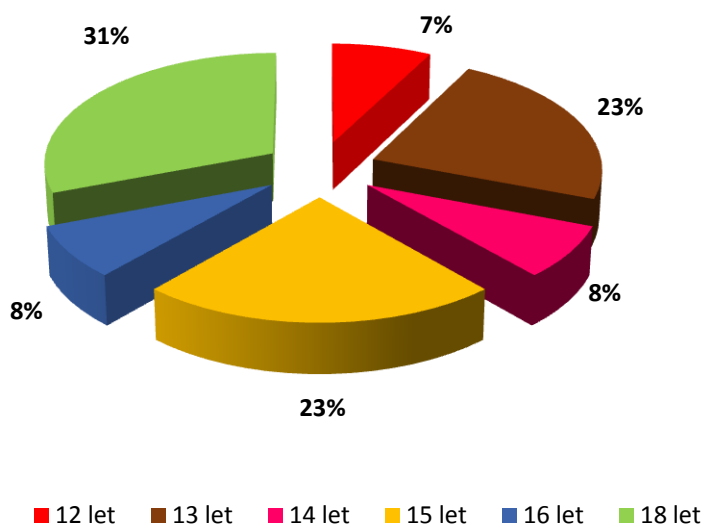


Tab. 3: Dosažené vzdělání

Vzdělání	Počet
ZŠ	6
SŠ bez maturity	2
SŠ s maturitou	5
VOŠ	0
VŠ	0

4. Jak dlouho jste užíval/a nelegální drogy?

Graf 4: Doba užívání

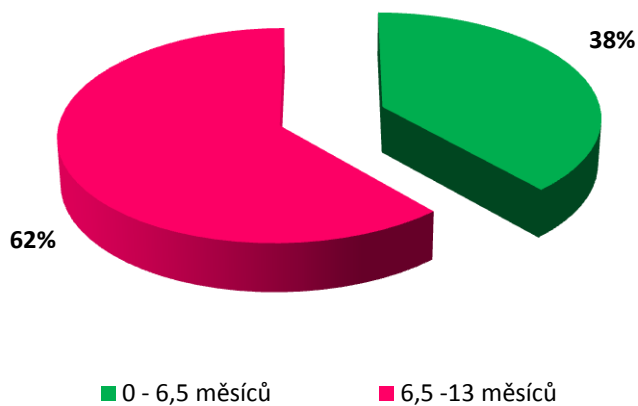


Tab. 4: Doba užívání

Doba užívání	Počet
12 let	1
13 let	3
14 let	1
15 let	3
16 let	1
18 let	4

5. Jak dlouho teď abstinujete?

Graf 5: Doba abstinence

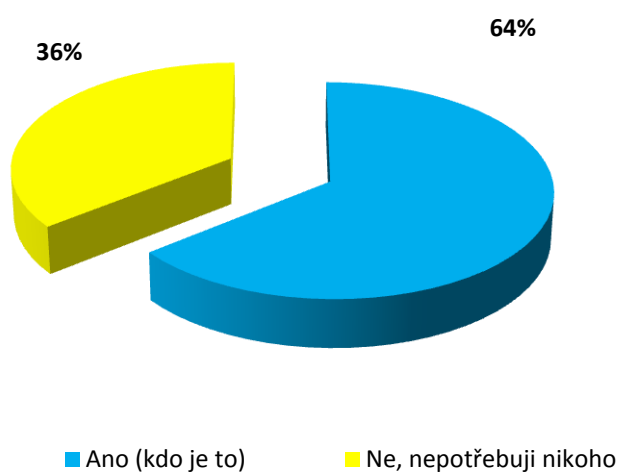


Tab. 5: Doba abstinence

Doba abstinence	Počet
0 - 6,5 měsíců	5
6,5 -13 měsíců	8

6. Je nějaký člověk, který Vás motivuje, nebo kvůli kterému jste teď tady?

Graf 6: Motivace k léčbě

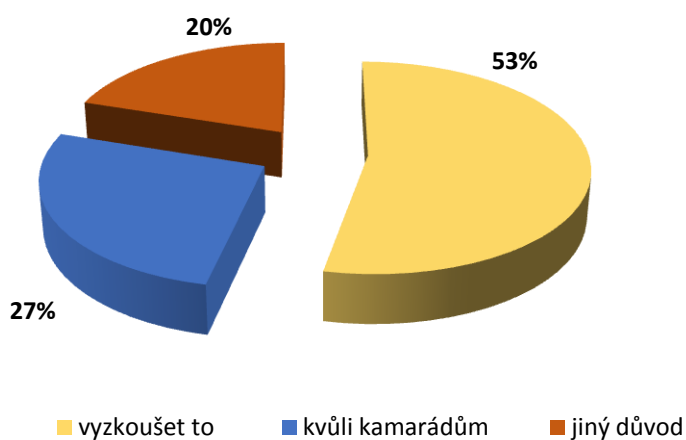


Tab. 6: Motivace k léčbě

Motivace léčby	Počet
Ano (kdo je to)	9
Ne, nepotřebuji nikoho	5

7. Proč jste drogy začal/a užívat?

Graf 7: Důvod užívání

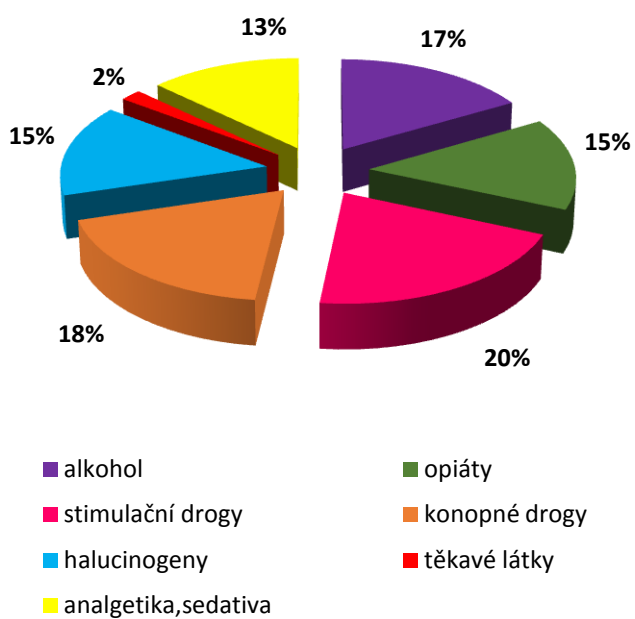


Tab. 7: Důvod užívání

Doba užívání	Počet
vyzkoušet to	8
kvůli kamarádům	4
jiný důvod	3

8. Jaké drogy jste užíval/a?

Graf 8: Užívané drogy

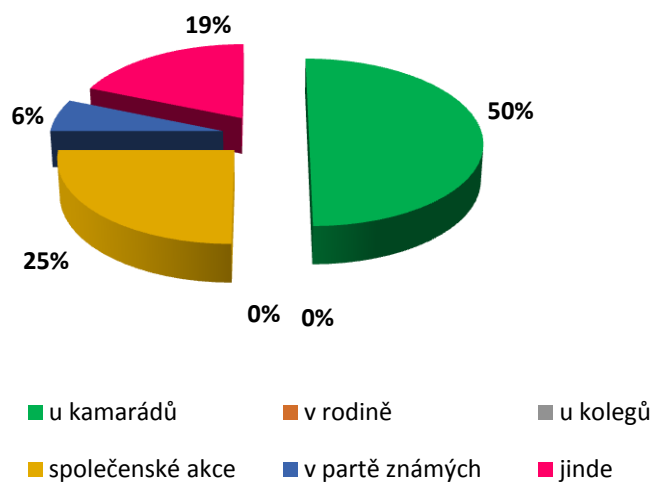


Tab. 8: Užívané drogy

Užívané drogy	Počet
alkohol	9
opiáty	8
stimulační drogy	11
konopné drogy	10
halucinogeny	8
těkavé látky	1
analgetika, sedativa	7

9. Kde došlo k Vašemu prvnímu setkání s drogami?

Graf 9: Setkání s drogou

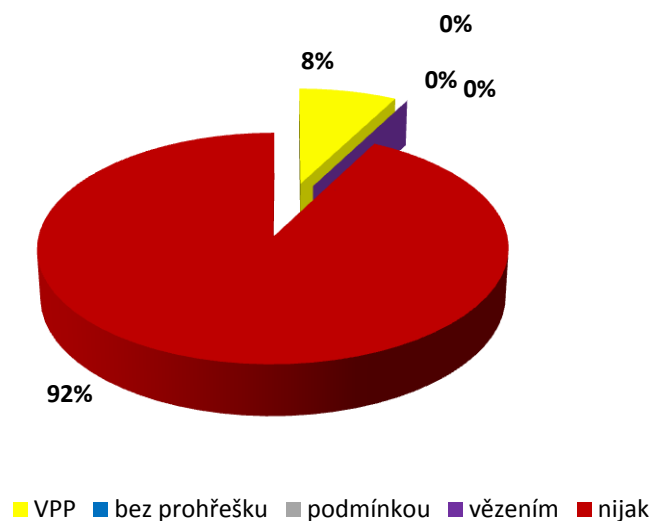


Tab. 9: Setkání s drogou

První setkání	Počet
u kamarádů	8
v rodině	0
u kolegů	0
společenské akce	4
v partě známých	1
jinde	3

11. Jak si myslíte, že by měli být lidé potrestáni za užívání drog?

Graf 10: Potrestání za užívání

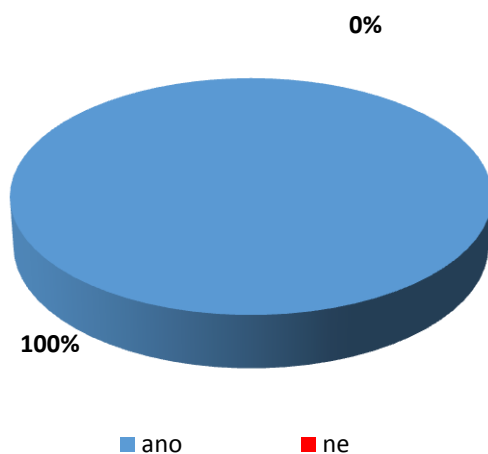


Tab. 10: Potrestání za užívání

Potrestání	Počet
VPP	1
bez prohřešku	0
podmínkou	0
vězením	0
nijak	12

12. Jste závislý/á na cigaretách?

Graf 11: Závislost na cigaretách

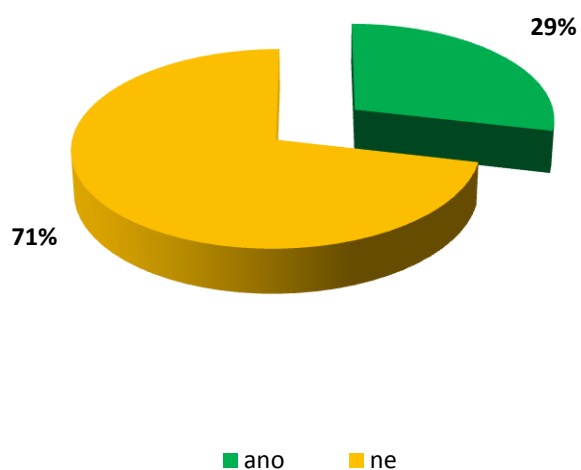


Tab. 11: Závislost na cigaretách

Závislost na cigaretách	Počet
ano	13
ne	0

13. Měl by se každý závislý povinně léčit?

Graf 12: Povinnost léčit se

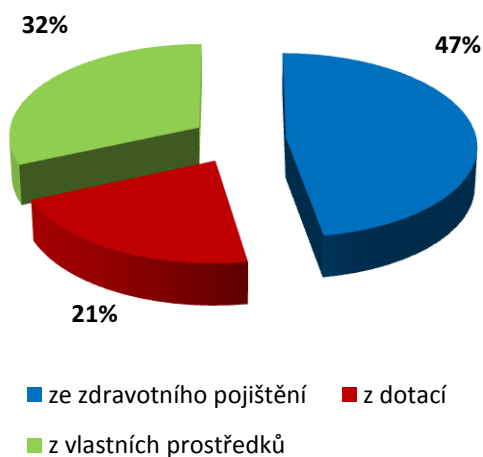


Tab. 12: Povinnost léčit se

Povinnost léčit se	Počet
ano	4
ne	10

14. Z čeho by se léčba závislosti měla platit?

Graf 13: Placení léčby

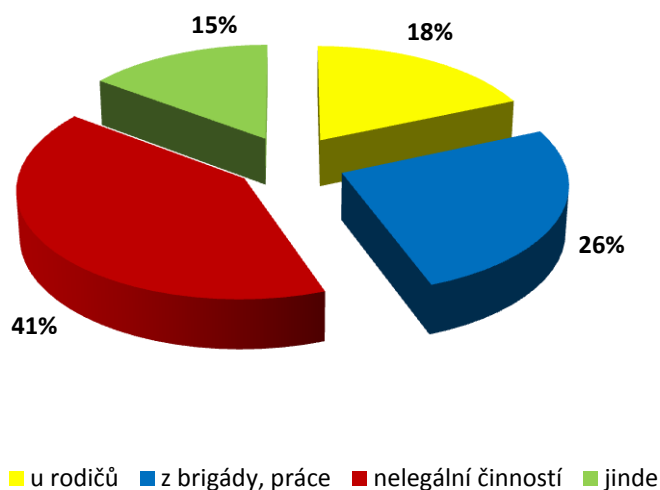


Tab. 13: Placení léčby

Placení léčby	Počet
ze zdravotního pojištění	9
z dotací	4
z vlastních prostředků	6

16. Kde jste bral/a peníze na drogy?

Graf 14: Financování drog



Tab. 14: Financování drog

Financování drog	Počet
u rodičů	5
z brigády, práce	7
nelegální činností	11
jinde	4

Příloha č. II – Vzor dotazníku a následné srovnání vesnické a městské školy

Vzor dotazníku

1. Vaše pohlaví?

- a) muž b) žena

2. Váš věk?

- a) 13 – 14 let
b) 15 – 16 let

3. Je podle Vás cigareta droga?

- a) ano b) ne

4. Kolik Vám bylo let, když jste poprvé kouřil/a cigarety?

- a) 10 – 13 let
b) 14 – 16 let
c) více než 16 let
d) dosud jsem nekouřil/a

5. Je podle Vás kouření vodní dýmky neškodné?

- a) ano b) ne

6. Jak často konzumujete alkohol?

- a) nikdy
b) jen při výjimečných příležitostech
c) 1x – 2x týdně
d) častěji

7. V kolika letech jste požil/a alkohol ve větší míře?

- a) 10 – 13 let
- b) 14 – 16 let
- c) více než 16 let
- d) nemám tuto zkušenost

8. Máte nějaké zkušenosti s drogou?

- a) ano
- b) ne

9. Máte nějaké zkušenosti s drogou a za jakých okolností jste zkusil/a poprvé nějakou nelegální drogu?

- a) na návštěvě
- b) na večírku
- c) v hospodě, restauraci
- d) v klubu, na koncertě, na diskotéce
- e) zkušenost s drogou nemám

10. Drogou užívám, protože:

- a) chci obstát před druhými
- b) často se nudím
- c) hledám zpestření svého života
- d) jiný důvod
- e) drogu neužívám, nikdy jsem neužívala

11. Jaké pocity Vám droga přinesla a stále přináší?

- a) pocit uvolnění
- b) pocit zvýšeného sebevědomí
- c) radost ze života
- d) pocit strachu, deprese a úzkosti
- e) drogu neužívám

12. Kde a kdo Vám nabízel drogu?

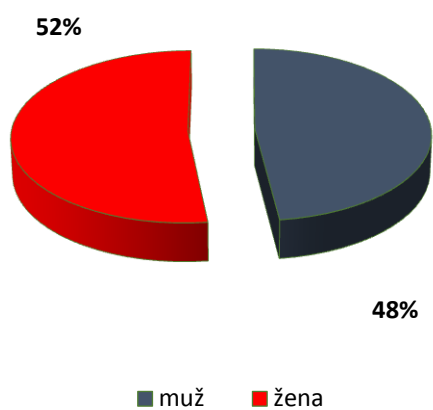
13. Z jakých zdrojů jste o drogách dostatečně informován/a?

Srovnání vesnické a městské školy

1. Vaše pohlaví?

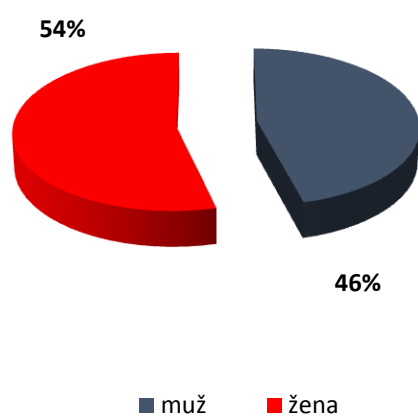
Vesnická škola

Graf 1: Pohlaví respondentů



Městská škola

Graf 2: Pohlaví respondentů



Tab. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet
muž	23
žena	27

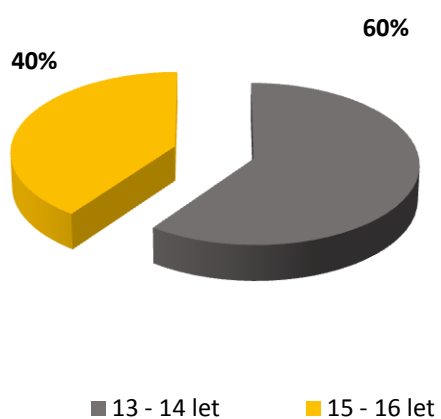
Tab. 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet
muž	24
žena	26

2. Váš věk?

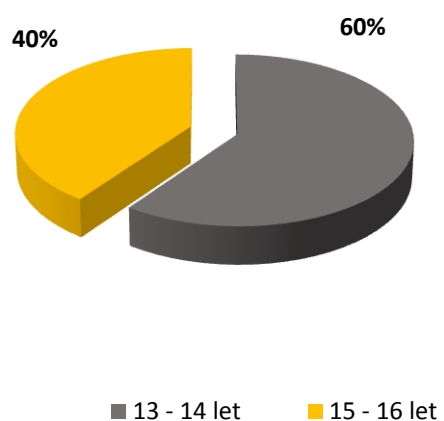
Vesnická škola

Graf 3: Věk respondentů



Městská škola

Graf 4: Věk respondentů



Tab. 3: Věk respondentů

Věk	Počet
13 - 14 let	30
15 - 16 let	20

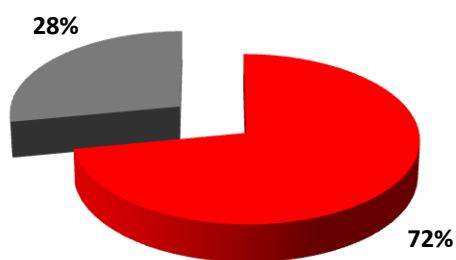
Tab. 4: Věk respondentů

Věk	Počet
13 - 14 let	30
15 - 16 let	20

3. Je podle Vás cigareta droga?

Vesnická škola

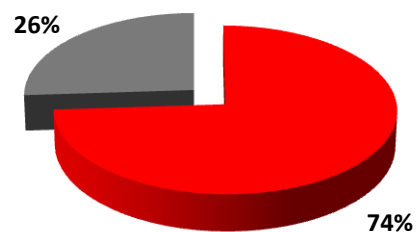
Graf 5: Zda je cigareta droga



■ ano ■ ne

Městská škola

Graf 6: Zda je cigareta droga



■ ano ■ ne

Tab. 5: Zda je cigareta droga

Je cigareta droga	Počet
ano	36
ne	14

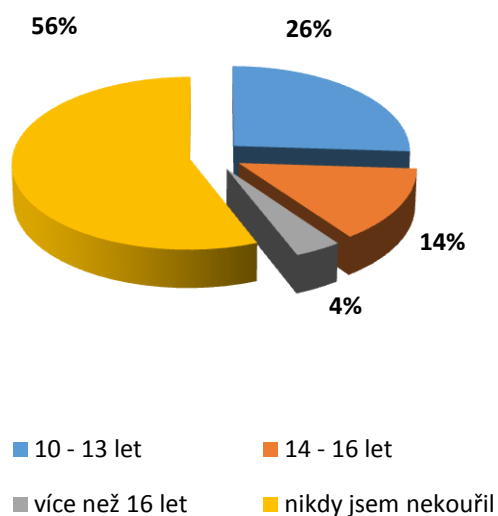
Tab. 6: Zda je cigareta droga

Je cigareta droga	Počet
ano	37
ne	13

4. Kolik Vám bylo let, když jste poprvé kouřil/a cigarety?

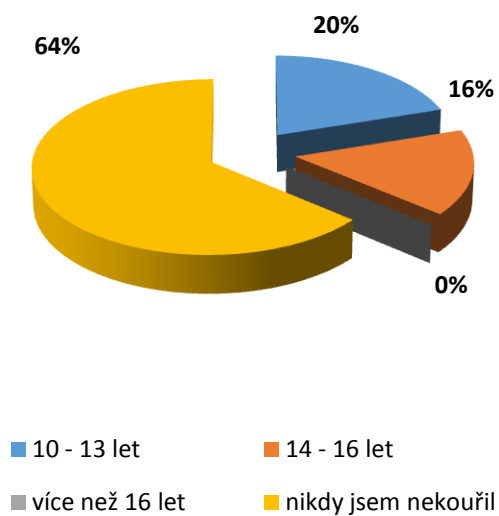
Vesnická škola

Graf 7: První kouření cigarety



Městská škola

Graf 8: První kouření cigarety



Tab. 7: První kouření cigarety

První kouření cigarety	Počet
10 - 13 let	13
14 - 16 let	7
více než 16 let	2
nikdy jsem nekouřil	28

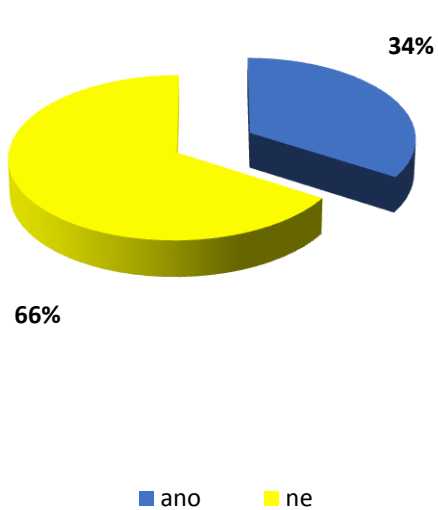
Tab. 8: První kouření cigarety

První kouření cigarety	Počet
10 - 13 let	10
14 - 16 let	8
více než 16 let	0
nikdy jsem nekouřil	32

5. Je podle Vás kouření vodní dýmky neškodné?

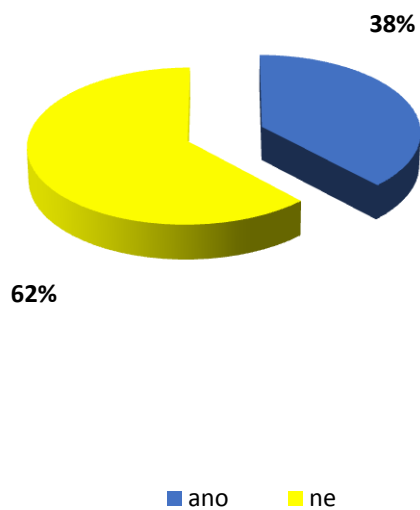
Vesnická škola

Graf 9: Neškodnost vodní dýmky



Městská škola

Graf 10: Neškodnost vodní dýmky



Tab. 9: Neškodnost vodní dýmky

Neškodnost	Počet
ano	17
ne	33

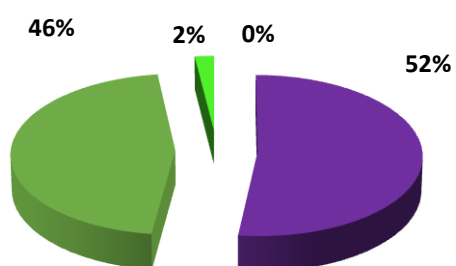
Tab. 10: Neškodnost vodní dýmky

Neškodnost	Počet
ano	19
ne	31

6. Jak často konzumujete alkohol?

Vesnická škola

Graf 11: Konzumace alkoholu



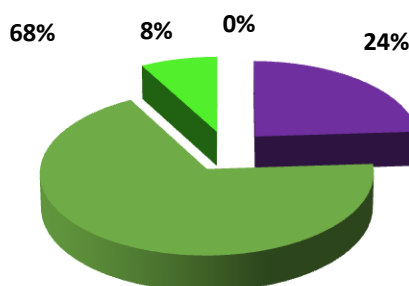
■ nikdy
■ výjimečné situace
■ 1x - 2x týdně
■ častěji

Tab. 11: Konzumace alkoholu

Konzumace alkoholu	Počet
nikdy	26
výjimečné situace	23
1x - 2x týdně	1
častěji	0

Městská škola

Graf 12: Konzumace alkoholu



■ nikdy
■ výjimečné situace
■ 1x - 2x týdně
■ častěji

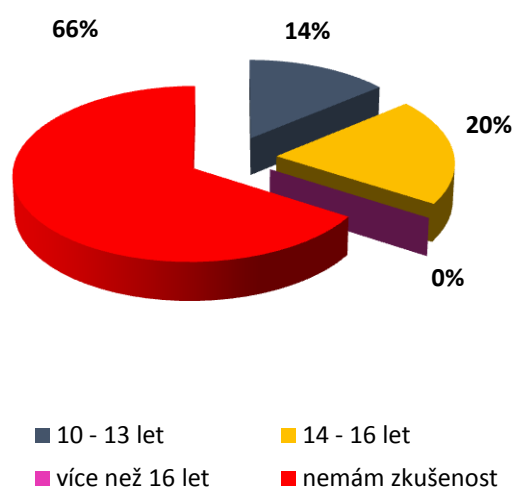
Tab. 12: Konzumace alkoholu

Konzumace alkoholu	Počet
nikdy	12
výjimečné situace	34
1x - 2x týdně	4
častěji	0

7. V kolika letech jste požil/a alkohol ve větší míře?

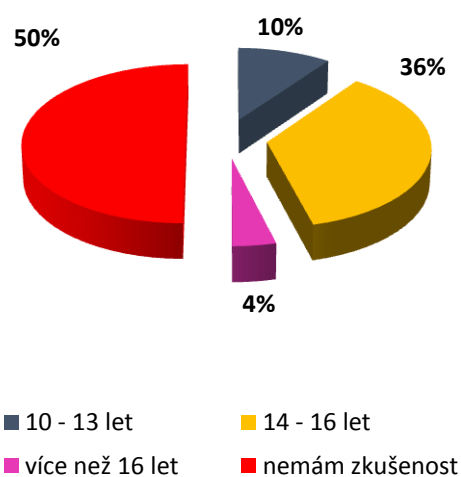
Vesnická škola

Graf 13: Požití alkoholu ve větší míře



Městská škola

Graf 14: Požití alkoholu ve větší míře



Tab. 13: Požití alkoholu ve větší míře

Větší požití alkoholu	Počet
10 - 13 let	7
14 - 16 let	10
více než 16 let	0
nemám zkušenost	33

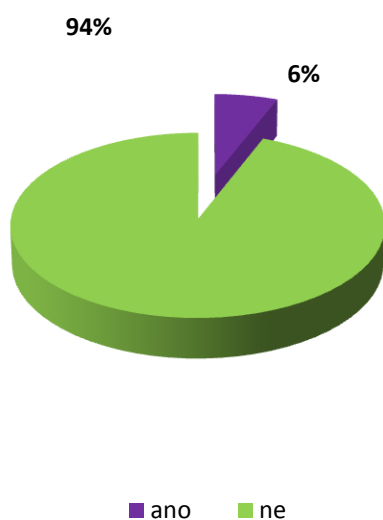
Tab. 14: Požití alkoholu ve větší míře

Větší požití alkoholu	Počet
10 - 13 let	5
14 - 16 let	18
více než 16 let	2
nemám zkušenost	25

8. Máte nějaké zkušenosti s drogou?

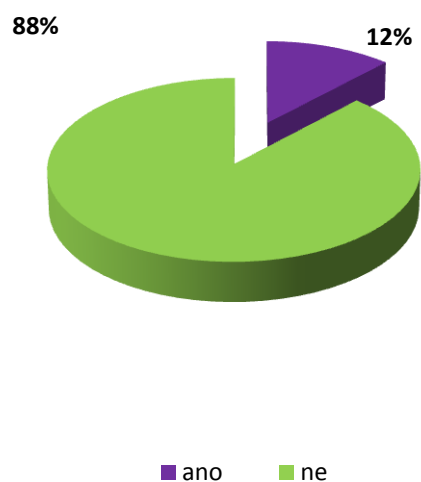
Vesnická škola

Graf 15: Zkušenost s drogou



Městská škola

Graf 16: Zkušenost s drogou



Tab. 15: Zkušenost s drogou

Zkušenost	Počet
ano	3
ne	47

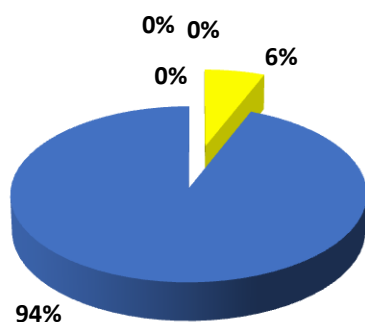
Tab. 16: Zkušenost s drogou

Zkušenost	Počet
ano	6
ne	44

9. Máte nějaké zkušenosti s drogou a za jakých okolností jste zkusil/a poprvé nějakou nelegální drogu?

Vesnická škola

Graf 17: První zkušenost s drogou



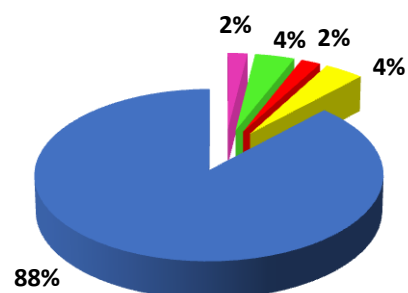
■ na návštěvě ■ na večíрку
■ v hospodě, restauraci ■ klub, koncert, disco
■ zkušenost nemám

Tab. 17: První zkušenost s drogou

Kde byla zkušenost	Počet
na návštěvě	0
na večíрку	0
v hospodě, restauraci	0
klub, koncert, disco	3
zkušenost nemám	47

Městská škola

Graf 18: První zkušenost s drogou



■ na návštěvě ■ na večíрку
■ v hospodě, restauraci ■ klub, koncert, disco
■ zkušenost nemám

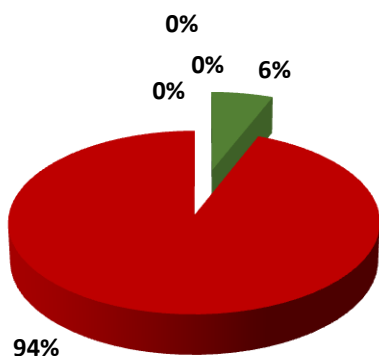
Tab. 18: První zkušenost s drogou

Kde byla zkušenost	Počet
na návštěvě	1
na večíрку	2
v hospodě, restauraci	1
klub, koncert, disco	2
zkušenost nemám	44

10. Drogu užívám, protože?

Vesnická škola

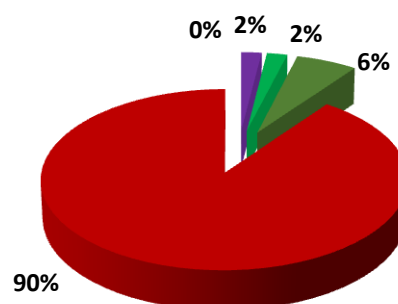
Graf 19: Důvod užívání



■ obstát před ostatními ■ často se nudím
■ zpestření svého života ■ jiný důvod
■ drogu neužívám

Městská škola

Graf 20: Důvod užívání



■ obstát před ostatními ■ často se nudím
■ zpestření svého života ■ jiný důvod
■ drogu neužívám

Tab. 19: Důvod užívání

Důvod užívání drog	Počet
obstát před ostatními	0
často se nudím	0
zpestření svého života	0
jiný důvod	3
drogu neužívám	47

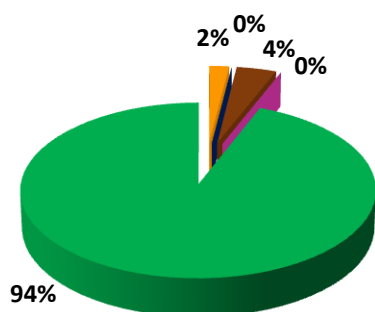
Tab. 20: Důvod užívání

Důvod užívání drog	Počet
obstát před ostatními	0
často se nudím	1
zpestření svého života	1
jiný důvod	3
drogu neužívám	45

11. Jaké pocity Vám droga přinesla a stále přináší?

Vesnická škola

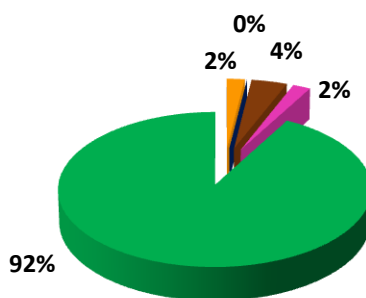
Graf 21: Pocity z užívání drog



■ uvolnění
■ zvýšení sebevědomí
■ radost ze života
■ strach, deprese, úzkost
■ drogu neužívám

Městská škola

Graf 22: Pocity z užívání drog



■ uvolnění
■ zvýšení sebevědomí
■ radost ze života
■ strach, deprese, úzkost
■ drogu neužívám

Tab. 21: Pocity z užívání drog

Pocity z užívání drog	Počet
uvolnění	1
zvýšení sebevědomí	0
radost ze života	2
strach, deprese, úzkost	0
drogu neužívám	47

Tab. 22: Pocity z užívání drog

Pocity z užívání drog	Počet
uvolnění	1
zvýšení sebevědomí	0
radost ze života	2
strach, deprese, úzkost	1
drogu neužívám	46

Příloha č. III - Pravdivý příběh vyléčené narkomanky

Příběh, který Vám převyprávím je skutečný příběh vyléčené narkomanky, která absolvovala před 14 lety roční pobyt v terapeutické komunitě v Němčicích, bydlí nedaleko odtud a byla ochotna se semnou podělit o její zkušenosti jednak z průběhu léčby v Němčicích, a také o poměrech v rodině a době, která předcházela její léčbě. Musím říci, že i po těch 14 letech jsem jí ihned poznala. Je to také tím, že drogy i po vyléčení, nechávají na lidech nerasmazatelné stopy. Přesto jsem moc ráda, že se jí daří dobře, dnes má svou rodinu, dva šikovné chlapce a hodného manžela, práci a je zdravá. A teď už k samotnému příběhu, který se začal odvíjet v raném dětství.

„Byla jsem velice důvěřivé dítě. To se projevilo ve škole asi tak v 9 letech, kdy jsem nebyla dost průbojná ani kamarádká na to, abych se začlenila ve škole do kolektivu. Byl to pro mě zlomový bod, v té době, kdy mě bylo asi 9 let, jsem poznala šikana od dětí. Šikana mě srazila na kolena, tenkrát se o ní nemluvalo, bylo zvykem, že si děti vyřizovaly své problémy samy. Toto mě dostalo do situace, kdy jsem měla rozbourané vztahy a komunikaci s lidmi, nepoznala jsem totiž, kdy mě lidé a hlavně děti zneužívají a kdy mě mají rádi. To mělo za následek, že jsem si s lidmi nerozuměla, tím, že rodiče mé problémy neviděli (matka je spíše nechtěla vidět), začaly problémy v rodině, neshody s rodiči, problémy ve škole atd. Chodila jsem víc za školu, než do školy, lhala jsem, podváděla a utíkala z domova. Doma jsem nebyla pochopena, mé problémy s matkou se vyostřovaly a ani jedna jsme je nechtěly řešit. Začala jsem poznávat lidi z ulice a ve 14 letech jsem vyzkoušela první drogy a různé omamné látky. Na drogy jsem brala peníze tím, že jsem nejprve okrádala vlastní rodinu, vzala jsem matce šperky a některé cenné věci. Ty jsem prodala a za to jsem si patřila drogy. Také jsem kradla v obchodech alkohol a cigarety, neboť jsem na to neměla. Domů jsem přestávala chodit, učiliště jsem ztěžka dodělala. Někdy jsem pracovala, někdy jsem se flákala. Přišla jsem o brigády kvůli nespolehlivosti a krádežím, v té době kolem 14-ti let jsem začala brát tvrdé drogy. Občas jsem si opatřila pervitin, kouřila jsem trávu a kombinovala různé léky a alkohol. Scházela jsem se skupinou podobných lidí, které v té době konopí pěstovali a tak jsme měli i svůj vlastní zdroj. Kromě kokainu jsem vyzkoušela nejspíš všechno. Heroin byl konečná. Toto se táhlo mnoho let zhruba od 16 do 21 let. Byly to monotónní dny. Lidé kolem mě byli pořád stejní, vesměs všichni feťáci nebo distributoři drog. Zkoušela jsem několikrát přestat, ale nešlo to.

Byla jsem obklopena lidmi, kteří brali drogy a neviděli v tom žádný problém. Žila jsem ze dne na den. Domů jsem se vracela jen při nejvyšší nouzi. Rodiče si semnou nevěděli rady, mnohokrát mě doma zamkli, ale za dva dny jsem uměla odemknout dveře a byla jsem zpátky na ulici. Třikrát jsem se předávkovala a byla na pokraji smrti. Bylo to nárazové, většinou to bylo tehdy, když jsem si obstarala drogy od jiného dodavatele, které byli více agresivní. Většina feťáků, kteří se předávkují, neodhadnou, zda je materiál kvalitní nebo zda je více agresivní, než ten, který používaly. Postupně se mi všechno přičilo, rozhodnutí jít se léčit ale vždy s novou dávkou vyprchalo. Zlomový bod byl ten, že jsem potkala svého tátu na ulici, pozdravila jsem ho a on mě nepoznal. Když mu došlo, že jsem jeho dcera tak se rozplakal. To byl největší zlom, tehdy jsem se rozhodla, že se půjdu léčit. Uvědomila jsem si, že pořád patřím do rodiny, ve které jsem vyrůstala a už jsem nechtěla, aby ve mně moje rodina viděla jen feťáčku. První kontakt k léčení byl s K-centrem a streetworkerem. Tam mě díky jejich výborné komunikaci a schopnosti lidí přesvědčit, že za něco stojí, že se dokážou vyléčit, přesvědčili a já se vydala na dlouhou cestu, na které měla být abstinence. Podstoupila jsem detox, který probíhá minimálně týden, a pak jsem nastoupila na půlroční léčbu do psychiatrické léčebny. V psychiatrické léčebně jsem si vyřídila papíry k nástupu do terapeutické komunity v Němčicích, protože jsem věděla, že půlrok v psychiatrické léčebně je málo k tomu, abych se vyléčila. Do terapeutické komunity Němčice jsem nastoupila ve 21 letech z vlastního rozhodnutí a také jak jsem již řekla, kvůli rodině. Léčba probíhala krutě, někdy jsem měla sto chutí utéct. Nejhorší byli terapeutické skupiny, kde se rozebíraly naše problémy do hloubky. Každý by už nejraději o tom období nemluvil, ale bylo to součástí léčby. Nejvíce mě nad vodou držela rodina, neblíží přátelé a také to, že už jsem došla tak daleko a mám kousek k vyléčení. Vztahy v terapeutické komunitě byli pozitivní i negativní, love story i nenávisť. V terapeutické komunitě jsem byla 13 měsíců. Po opuštění terapeutické komunity jsem chodila na doléčovací sezení s terapeutem z terapeutické komunity z Němčic. Nyní abstinuji 14 rokem. Až po léčbě jsem si uvědomila, že jsem nejvíce ublížila sama sobě. Drogami jsem přišla o hodně i fyzicky. Nejvíce důležitá je důvěra a hlavně získat ji zpátky je velice těžké. Těžké byly i začátky po vyléčení, pořád se to s vámi vleče, práci sháníte těžko i navazování nových vztahů bylo složité. Já jsem měla štěstí, že jsem potkala člověka, se kterým je mi dobře, vychováváme naše dva syny, a i když je život těžký přeji si hlavně, abych já nemusela nikdy prožívat s mými syny, to co se mnou prožívali moji rodiče.“