

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta

Katedra andragogiky a managementu vzdělávání

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Závislostní chování, jeho možná rizika a řešení v kontextu sociální andragogiky

Dependent behavior, its possible risks and solutions
in the context of social andragogy

Bc. Veronika Pásková

Vedoucí práce: prof. PhDr. Jaroslav Veteška, Ph.D., MBA

Studijní program: Andragogika a management vzdělávání

Studijní obor: Andragogika a management vzdělávání

2024

Odevzdáním této diplomové práce na téma „Závislostní chování, jeho možná rizika a řešení v kontextu sociální andragogiky“ potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 15. dubna 2024

Mé poděkování patří prof. PhDr. Jaroslavu Veteškovi, Ph.D., MBA za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnoval.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá rolí sociální andragogiky v prevenci a možném řešení rizikového chování se zaměřením na rizikové závislostní chování. Práce poskytuje čtenáři kompaktní náhled do problematiky závislostního chování, jeho rozvoje, komplikací, následků a řešení. Cílem práce je definovat nebezpečnost a škodlivost návykových látek, jejich devastující dopad na zdraví a sociální status jedince s důrazem na roli sociálního andragogiky. Teoretická část práce seznámí s problematikou závislosti jako celku, představí jednotlivé návykové látky dostupné v České republice, rozdělí je do jednotlivých kategorií, a seznámí čtenáře s historií užívání návykových látek. V kontextu sociální andragogiky seznámí s procesy socializace a resocializace, integrace a reintegrace, které hrají v prevenci a řešení závislostního chování významnou roli. Jedním z velice kvalitních prostředků, které napomáhají osobám s projevy závislostního chování s návratem do běžného sociálního prostředí, bývá i andragogická intervence. S jejím významem, cílem a jejím celým procesem bude čtenář seznámen v závěrečné kapitole teoretické části. Teoretická část se mimo jiné zabývá problematikou kriminality a delikvence, která úzce souvisí s tématem problematiky závislostního chování. V rámci této části, se práce věnuje přiblížení základních pojmů, platné legislativě týkající se drogové kriminality a její prevenci. Empirická část je založena na realizaci, analýze, vyhodnocení a interpretaci výsledků kvalitativního výzkumu.

KLÍČOVÁ SLOVA

andragogika, sociální andragogika, prevence, rizikové chování, sociálně nežádoucí jevy, andragogické poradenství, resocializace, závislost, návyková látka

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the role of social andragogy in the prevention and possible solution of risky behavior with focus on risky addictive behavior. The thesis provides the reader with a compact insight into issue of addictive behavior, its development, complications, consequences and solutions. The aim of the work is to define the dangerousness and harmfulness of addictive substances, their devastating impact on the health and social status of an individual with an emphasis on the role of social andragogy. The theoretical part of the work introduces the problem of addiction as a whole, presents individual addictive substances available in the Czech Republic, divides them into individual categories, and introduces the reader to the history of the use of addictive substances. In the context of social andragogy, they will learn about the processes of socialization and resocialization, integration and reiteration, which play an important role in the prevention and solution of addictive behavior. Andragogic intervention is one of the very high-quality means that help people with signs of addictive behavior to return to the normal social environment. The reader will be introduced to its meaning, goal and entire process in the final chapter of the theoretical part. The theoretical part deals, among other things, with the issue of crime and delinquency, which is closely related to the issue of addictive behavior. Within this part, the work is dedicated to the approximation of basic concepts, valid legislation regarding drug crime and its prevention. The empirical part is based on the implementation, analysis, evaluation and interpretation of qualitative research results.

KEYWORDS

andragogy, social andragogy, prevention, risky behavior, socially undesirable phenomena, andragogic counseling, resocialization, addiction, addictive substance

Obsah

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Závislostní chování.....	9
1.1 Definice závislosti.....	9
1.2 Vznik a rozvoj závislosti.....	11
1.3 Znaky závislosti.....	15
1.4 Důsledky drogové závislosti	18
2 Klasifikace a rozdělení návykových látek.....	21
2.1 Historie užívání návykových látek.....	21
2.2 Základní klasifikace návykových látek	24
2.2.1 Syntetické a přírodní drogy	24
2.2.2 Drogy legální a nelegální	25
2.2.3 Klasifikace psychotropních látek dle OSN	26
2.3 Charakteristiky nejčastěji zneužívaných návykových látek.....	27
2.3.1 Halucinogeny – pravé halucinogeny	28
2.3.2 Halucinogeny – halucinogenní houby.....	29
2.3.3 Nepravé halucinogeny.....	30
2.3.4 Stimulanty amfetaminového typu (amfetamin a metamfetamin).....	31
2.3.5 Sedativa, analgetika, narkotika.....	34
3 Kriminalita a delikvence.....	36
3.1 Klasifikace kriminality a delikvence.....	36
3.2 Příčiny vzniku delikventního, kriminálního chování	36
3.3 Osobnostní charakteristika osoby s projevy delikventního, kriminálního chování.....	41
3.4 Trestný čin, drogové trestné činy	43
3.4.1 Dělení trestných činů.....	43
3.4.2 Promlčecí doba.....	45

3.4.3	Záznam trestných činů	45
3.5	Vymezení právní úpravy drogové kriminality	46
3.6	Prevence drogové kriminality	50
4	Sociální andragogika a její role v prevenci a řešení nežádoucího návykového chování	55
4.1	Sociální andragogika	55
4.2	Sociálně-andragogická intervence.....	57
4.3	Socializace.....	62
4.4	Resocializace a reedukace z pohledu andragogiky	63
4.5	Integrace a reintegrace	65
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	67
5	Metodologie výzkumu.....	67
5.1	Vymezení praktické části/cíle výzkumu.....	67
5.2	Metodologie provedeného výzkumu	67
5.3	Metoda sběru dat	68
5.4	Kódování rozhovorů.....	69
5.5	Výzkumný soubor	69
5.6	Interpretace rozhovorů s respondenty	70
5.7	Shrnutí výsledků.....	78
5.8	Diskuze.....	80
	Závěr	82
	Seznam použitých informačních zdrojů	84
	Seznam použitých zkratk.....	88
	Seznam příloh.....	89

Úvod

Návyková látka (droga) je něčím, s čím se během života setkáme téměř každý. Může se jednat o naprosto běžné, nevinné situace, jako je například příležitostná konzumace alkoholických nápojů během rodinné oslavy, užívání medikace předepsané lékařem, která řeší nějaký momentální zdravotní problém, případně užití návykové látky za účelem krátkodobé zábavy s přáteli. Nicméně, i tyto na první pohled nevinné situace se mohou proměnit v závažný problém, který vyústí v závislost a s tím spojené vážné společenské, zdravotní a sociální důsledky.

V naší společnosti počet uživatelů návykových látek stále roste, a společně s tím klesá věková hranice uživatelů návykových látek. Je to především díky zvyšující se snadné dostupnosti některých návykových látek, a také díky zvyšující se společenské toleranci vůči některým návykovým látkám.

Je jasné, že návykové látky nikdy z našich životů zcela nezmizí, nicméně existují účinné nástroje k tomu, jak naši společnost o této problematice informovat, provádět preventivní opatření, a v případě již vzniklé závislosti s ní účinně bojovat a vniklé následky bezpečně řešit. Jedním z takových nástrojů jsou právě poznatky z oblasti sociální andragogiky.

Tato práce čtenáře v pěti kapitolách seznámí se závislostí ve všeobecnosti, jak taková závislost vniká, jak probíhá a důsledky s ní spojené. Rozdělí jednotlivé návykové látky do kategorií, seznámí s jejich základními účinky. Drogová závislost je velmi úzce spojena s kriminalitou a delikventním chováním, seznámíme se tedy také s těmito pojmy. Dále se seznámíme se zákonnou úpravou v ČR týkající se drogové kriminality. V kontextu sociální andragogiky pak práce seznámí s pojmy jako je socializace, resocializace, integrace a reintegrace. Závěrečná kapitola je věnována výsledkům kvalitativního výzkumu, který byl orientován na bývalé uživatele návykových látek.

Hlavní myšlenkou a cílem této diplomové práce bude definovat nebezpečnost a škodlivost návykových látek, jejich devastující dopad na zdraví a sociální status jedince s důrazem na roli sociálního andragogiky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Závislostní chování

Užívání návykových látek si každý rozhoduje sám za sebe. Přesto závislost považujeme za nemoc. Pojem závislost je podle odborníků sice laickým termínem, ale přesto používaným jak laickou, tak odbornou veřejností. Potíže při definování pojmu závislost si uvědomoval již americký psychiatr George Eman Vaillant, který věnoval svou kariéru mapování vývoje (mimo jiného) závislostí. Vaillant již v roce 1982 doporučil, aby se namísto hledání univerzálního termínu pro závislost, uvažovalo o závislosti jako o horách a ročních obdobích, které jsou snadno rozpoznatelné, jakmile je vidíme. (Jedlička, Kořa a Slavík, 2018) „*Na drogovou závislost je třeba pohlížet komplexně, a to ve směru biologickém, psychologickém i sociálním. K závislosti zpravidla dochází, pokud se jedinec s dispozicí k závislosti setká s drogou v různých sociálních situacích a je v něm vyvolána touha a nutkání opakovaně drogu užívat.*“ (Kachlík, 2009, s. 4)

1.1 Definice závislosti

Definic závislostí je celá řada. Většina těchto definic se v mnohém shoduje, nejčastěji se však můžeme setkat s definicí závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a s definicí podle Americké psychiatrické asociace. S těmito definicemi také ve velké většině svých publikací pracuje MUDr. Karel Nešpor, CSc., uznávaný psychiatr a odborník v oblasti závislostí.

Definice podle **10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí** pracuje s pojmem syndrom závislosti. Tento syndrom je označením pro skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních jevů. Osoba, která spadá do této skupiny upřednostňuje užívání látky před čímkoliv, co pro něj bylo dříve důležité. Důležitá a signifikantní je pro tento syndrom touha užívat psychoaktivní látky, látky obsahující alkohol, nebo látky tabákové povahy. Touha je často tak silná, že danou osobu naprosto přemáhá. To, zda je osoba závislá, či nikoliv, lze stanovit až s určitým časovým odstupem, a to především pokud v období jednoho roku došlo minimálně ke třem uvedeným příznakům: (Nešpor, 2018)

- Touha dosahuje velmi silné intenzity, dochází k naléhavému vnitřnímu pocitu látku užívat.

- Dochází k tělesným příznakům odvykacího stavu. Dotyčný zvýšeně užívá návykové látky, aby těmto nepříjemným příznakům zabránil. Nezřídka uživatel sahá i po látkách jiných, než byly látky původní. Důležitým se pro něj stává, že navozují stejný, nebo podobný stav.
- Vznik vysoké tolerance vůči účinkům užívané látky – uživatel je nucen užívat čím dál tím vyšší dávky, aby navodil původní stav a účinky (typické pro uživatele opiátů a alkoholu).
- Dochází k zanedbávání původních zájmů uživatele. Užívané látky se stávají středobodem jeho žití. Čas vynaložený k užívání, a následnému zotavování po užití látky pokrývá většinu jeho možností.
- Uživatel v užívání pokračuje i přes zcela zjevné škodlivé účinky, jak tělesného, tak psychického charakteru.

Syndrom závislosti je typický jak pro konkrétní látku, tak pro třídu látek. (Nešpor, 2018)

Definice závislosti podle **Americké psychiatrické asociace** nám říká, že pro stanovení diagnózy závislosti je důležité, aby uživatel návykové látky vykazoval alespoň tři nebo více příznaků v období jednoho roku.

Jedná se o následující příznaky:

- Tolerance vůči užívané látce strmě narůstá, a spolu s tím spojené dávkování užívané látky.
- Objevují se odvykací příznaky spojené s vysazením užívané látky – abstinenční syndrom.
- Uživatel látku/látky užívá v mnohem větším množství, než byl jeho původní záměr.
- Opakovaná snaha s nadužíváním přestat, případně dochází k opakovaným pokusům o ovládnutí užívání.
- Podstatnou část času tráví užíváním látky, obstaráváním finančních prostředků k získání látky, obstaráváním látky samotné a regenerací po požití látky.
- Sociální a pracovní aktivity jsou velmi omezené, případně nulové, a to především v důsledku užívání látky.

- V nadužívání uživatel pokračuje, a to i navzdory všem sociálním důsledkům, psychickým a fyzickým důsledkům, a to i přes plné uvědomění, že za tyto problémy mohou právě užívané látky. (Nešpor, 2018)

1.2 Vznik a rozvoj závislosti

Vznik závislosti záleží na velkém množství faktorů. Tyto faktory lze označit za charakteru biologického, psychologického, sociálního a charakteru spirituálního.

Biologický charakter předpokládá, a je dán především biologickými vlivy konkrétními pro daného jedince. „*Biologický nebo také biomedicínský model předpokládá, že vznik závislosti je dán především biologickými vlivy, kterým je jedinec vystaven. Jde například o soubor genů, vlivy na dítě během prenatálního vývoje, vlivy v perinatálním a časně postnatálním, ale také o různé nemoci, které jedince během života postihnou.*“ (Křížová, 2021, s. 44) Vlivy působící v prenatálním období a s tím spojené komplikace jsou například: nadměrný stres, který matka během těhotenství prožívá, jakékoliv prodělané onemocnění v těhotenství, nebo pokud je samotná matka uživatelkou návykových látek. Dále sem nepříznivé okolnosti porodu, nadměrný stres při porodu, ale i vliv lékové terapie, která byla v rámci porodu aplikována. (Křížová, 2021)

Psychologický charakter pracuje především s konkrétními znaky osobnosti závislého, s tím, co během svého života od dětství po dospělost uživatel prožil. V podstatě se jedná o teorie, které hledají příčinu závislosti v rysech jeho osobnosti. „*Psychologický model předpokládá vlivy konkrétní struktury a dynamiky osobnosti závislého a pracuje s vlivy různých psychických zážitků z období dětství i dospělosti na vzniku závislosti. V zásadě jde o přístupy, které hledají vliv závislosti ve vnitřních konfliktech, v osobnostních rysech a v teorii učení.*“ (Křížová, 2021, s. 45) Velký význam zde má schopnost zvládnutí sociálních vztahů s ostatními, vztah k sobě samému je velmi narušený, dotýčný velmi obtížně ovládá pocity vůči sobě samému, a to především negativní pocity. Traumata, která uživatel během celého života prožívá, mají také značný podíl na tom, jak se závislost bude vyvíjet. V případě traumatu lze hovořit o traumatech, která jsou prožitá jak v období před začátkem užívání návykových látek (zanedbání péče ze strany rodiče, týrání v rodinném prostředí, šikana ve školním prostředí, sexuální zneužívání), tak i o traumatech prožitých již v období samotného

užívání návykových látek. V případě traumat pak návykové látky uživatelé vyhledávají jako jakousi formu terapie. Pocity, které tyto látky především z počátku užívání navozují pomáhají zapomínat na prožité události. (Křížová, 2021)

Osobnostní charakteristiky závislého nám mohou naznačit jisté predispozice k závislostnímu chování. Jedná se zejména o zvýšenou míru unáhleného jednání, touhy po vzrušení. Tyto vlastnosti vedou k závislostnímu chování především z důvodu, že jsou návykové látky využívány jako prostředek, který přináší pocit sebekontroly – například konzumace alkoholických nápojů konzumentovi dodává sebevědomí. Návykové látky také mají uživateli navodit příjemné stavy, a to především co možná nejjednodušším způsobem, bez větších komplikací. Užívání těchto látek mu pomáhá uvolnit se ve společnosti, zážitky, které prožívá jsou z jeho pohledu mnohem intenzivnější, navazování mezilidských kontaktů pro něj najednou nečiní žádné potíže. (Křížová, 2021)

Sociální charakter pracuje s tím, jaký vliv má na jedince především jeho okolí, a jeho sociální vztahy s okolím. V sociálním charakteru je potřeba zohlednit i demografické údaje o jedinci, kterého se to týká, a to například zda jde o muže, či ženu. Do jaké společenské třídy ho lze zařadit, jeho věk, náboženské vyznání a mnohé další. Všechny tyto údaje je potřeba hodnotit v celkovém kontextu. Velmi významnou roli v sociálním charakteru vzniku závislosti hraje rodinné prostředí. V případě rodinného prostředí lze považovat za rizikové faktory vzniku závislosti: nepřiměřené reakce (biologického rodiče, případně pečující osoby) na chování dítěte, špatně nastavené/komplikované vztahy v rámci celé rodiny, chybějící srdečné a upřímné vztahy mezi dítětem a rodičem, vyjadřování pocitů především v negativním slova smyslu. V souvislosti s rodinnými vztahy a závislostí se lze velmi často setkat s pojmem **kodependence** neboli **spoluzávislost**. (Křížová, 2021) Jedná se o nezdravý vztah mezi rodinou a osobou závislou. Spoluzávislá osoba postupem času ztrácí svojí vlastní identitu, a to v rámci vidiny pomoci osobě závislé. Chování spoluzávislé osoby bohužel spíše nahrává a podporuje další rozvoj závislosti. (Velký lékařský slovník, online, 2023)

Spoluzávislost je typická svým vývojem, který prochází několika fázemi: fází utajování, fází kontroly a fází odmítnutí.

- **Fáze utajování** je typická tím, že se členové rodiny závislého snaží udělat vše proto, aby závislost svého blízkého utajili, odstraňují všechny důkazy, které mohou na závislost upozornit.
- **Fáze kontroly** – rodina se snaží závislost dostat pod kontrolu, závislý je tak pod velmi drobným dohledem rodiny, která kontroluje veškeré jeho aktivity. Rozvázání vztahů je v této fázi pro rodinné příslušníky velmi těžké, rodiny tíží pocit viny z toho, že by měli opustit nemocnou osobu, často se vztahy snaží udržet kvůli dětem.
- **Fáze odmítání** – tato fáze nastává až v delším časovém horizontu. Rodinní příslušníci se snaží závislého přimět k léčbě – nevidí již žádné jiné východisko ze situace. Tato fáze končí buď léčbou závislého, nebo odpoutáním rodiny od závislého. (Spoluzávislost: pomoc pro osoby blízké, online, 2023)

Spirituální charakter pracuje s tím, že závislá osoba pomocí psychoaktivních látek řeší jistou spirituální krizi a pocity prázdnoty, touží po lepším poznání sebe sama. S přijímáním tohoto charakteru se můžeme setkat především v různých podpůrných skupinách typicky u Anonymních alkoholiků. (Křížová, 2021)

Vývoj závislosti prochází hned několika stádii. To, jak dlouho dobu budou jednotlivé fáze trvat, záleží na užívané látce, na fyzických a psychických dispozicích uživatele.

První fázi je fáze počáteční, ve které prvotně závislost vzniká. Tuto fázi lze nazvat také fází experimentu. Uživatel je z užívané látky a účinku které přináší nadšen. Pocity, které během užívání prožívá dosahují vysoké intenzity, noční snění je plné pestrých a barevných snů, celkový postoj k životu nabírá optimističtějšího rázu. V této fázi drogu využívá jako prostředek, díky kterému dosahuje lepšího soustředění, zvyšuje se se schopnost učit se – zlepšování studijních výsledků, život se mu jeví celkově bezstarostně. V této fázi nemusíme uživatele zcela jednoduše rozpoznat, nicméně jisté náznaky zde mohou být, například zvyšující se míra podrážděnosti. Tato fáze se ještě nejvíce jeví příliš problematickým dojmem, a to především proto, že důsledky užívání návykové látky nemají téměř žádné sociální, psychické i fyzické důsledky. Uživatel se spokojí i s minimální dávkou drogy – droga je v tomto případě stále pouze formou úniku z reality, jistý způsob relaxace. (Fischer a Škoda, 2021)

Druhá fáze je fází sociálního užívání, fází varovnou. Projevy závislosti začínají být poměrně patrné, drogy se stávají centrem problémů. Typická pro tuto fázi je myšlenka, že užívání návykových látek má jedinec stále naprosto pod kontrolou. Užívání drogy se ovšem začíná stávat jeho životním stylem, vše ostatní (pracovní, sociální vztahy) začíná přizpůsobovat droze. Z tohoto plyne, že uživatel v této fázi začíná navazovat sociální vztahy především v prostředí uživatelů návykových látek. Dochází ke zhoršení pracovních výkonů, pokud uživatel studuje, tak dochází ke zhoršení studijních výsledků. Dochází k zhoršující se schopnosti vnímání, soustředění se na cíl, dochází k postupnému zhoršení paměťových schopností. Frekventovanější jsou také sociální konflikty, a to jak v rámci rodinného, tak v rámci pracovního a školního prostředí. Výmluvy, omluvy, lhaní není v této fázi také žádnou výjimkou. Objevují se počínající zdravotní problémy, jako narušení fyziologického spánku, nechutenství, stres, depresivní stavy. (Fischer a Škoda, 2021)

V **třetí fázi** uživatel ztrácí veškerou kontrolu nad svojí závislostí a nad užívanou látkou samotnou, je tedy **fází rozhodnou**. Uživatel není schopen běžného fungování bez užití drogy. Užití látky je zcela běžné na denní bázi, pokud látku neužije není prakticky vůbec schopen jakékoliv činnosti. Pocit nutkání a myšlenky na užití drogy je téměř na vrcholu. Se zvyšující se frekvencí užití drogy přichází vyšší finanční zátěž pro uživatele. Postupně svoji závislost nezvládá ufinancovat, díky tomu se začíná uživatel uchýlovat k nejrůznějším kriminálním deliktům jako jsou krádeže, nejrůznější finanční podvody, nebo prostituce. Veškeré problémy, které tato fáze přináší velmi často vedou k ztrátě zaměstnání, a ztrátě všech sociálních kontaktů. V této fázi se můžeme setkat i s rozhodnutím uživatele svoji závislost ukončit, bohužel bez odborné pomoci vzhledem k vytvoření fyzické závislosti toho není v podstatě vůbec samostatně schopen. (Fischer a Škoda, 2021)

Poslední, čtvrtou fází je **fáze konečná – terminální**. Je fází, kdy bohužel dochází k úmrtím spojeným s předávkováním, případně celkovým selháním organismu. Ani vysoká dávka užívané drogy nepřináší kýženou úlevu od tělesné a psychické bolesti. Dochází k projevům abstinčního syndromu. Závislý začíná po požití pociťovat silný pocit viny, tuto vinu se snaží přebít dalším užitím dávky, nicméně ani další dávka nepřináší toužený klid. V této fázi už není prakticky žádná jiná možnost pomoci, nežli pomoc odborníka v dané problematice. (Fischer a Škoda, 2021)

1.3 Znaký závislosti

Jak již bylo zmíněno, závislost se považuje za onemocnění. Je to onemocnění, které je charakteristické určitými znaky, mezi které patří především **bažení** a zhoršená sebekontrola.

„Bažení (craving) je silná a těžko zvladatelná touha po návykové látce nebo hazardu.“
(Nešpor, 2018, s. 12) Je signifikantní několika projevy a to tím, že:

- Tento pocit zle vyvolat jak vnějšími (zevními) podněty, například pokud se závislý nachází v nějakém rizikovém prostředí, spojeném s užíváním konkrétní látky, tak vnitřními podněty, jako je například pocit únavy.
- Díky bažení dochází k značnému zhoršení/ztrátě sebeovládání.
- Rozhodovací schopnosti jsou narušeny.
- Časová odezva organismu se celkově zhoršuje.
- U některých typů závislostí je typickým projevem nadměrné slinění (například závislost na alkoholu).

Bažení všeobecně zhoršuje rozhodovací schopnosti a schopnosti sebekontroly. Díky tomu se bažení stává rizikem z důvodu vyšší pravděpodobnosti návratu k užívání návykové látky pro budoucí abstinující uživatele.

S již zmíněným bažením úzce souvisí **zhoršená sebekontrola**. Jedná se o vzájemný vztah uvedený v následujících příkladech:

- Bažení je vyvoláno nějakým negativním podnětem, tím se zhoršuje sebeovládání.
- Bažení je vyvoláno nějakým negativním podnětem, které se může zdát dočasně zvládnuto, díky tomu dochází k podcenění vlastní sebekontroly.
- Bažení je vyvoláno nějakým negativním podnětem, tato situace se ovšem uživateli podaří dobře zvládnout – do budoucna je taková situace pro něj varováním, vyhýbá se jí, tím se schopnost sebekontroly značně zlepšuje.

Nicméně není úplným pravidlem, že každý uživatel nutně musí trpět zhoršenou sebekontrolou. Proto je potřeba odlišit špatnou sebekontrolu a špatnou sebekontrolu ve vztahu s bažením. (Nešpor, 2018)

Samotná snížená sebekontrola se typicky objevuje v těchto případech:

- Uživatel si obtížně uvědomuje vlastní já a vlastní emoce – východiskem může být využití různých psychoterapií, které pomohou toto vše lépe pochopit.
- Pokud je uživatel z jakéhokoliv důvodu dlouhodobě unaven jak fyzicky, tak psychicky (například vysoké pracovní vytížení).
- Návštěva rizikového prostředí, které má uživatel spojené s užíváním návykové látky – v tomto případě je důležitá změna životního stylu, a i v případě, pokud by se jednalo o změnu zaměstnání. (Nešpor, 2018)

Jedním z dalších projevů závislosti je **odvykací stav**. Tímto pojmem lze označit stav, který je způsoben vysazením užívané návykové látky. Jedná se o stav plný nepříjemných pocitů spíše subjektivní povahy. Typicky se jedná o bažení po droze, dochází také k velmi nepříjemným tělesným projevům, a to především pokud se jedná o fyzickou povahu závislosti. Povaha a délka trvání užívané látky má velký vliv na to, jak vážný odvykací stav bude.

Odvykací stav se může lišit pro jednotlivé druhy užívaných látek. Abychom mohli odvykací syndrom označit za odvykací musí podle druhu užívané látky uživatel pociťovat alespoň příznaky z níže uvedených:

- **Alkohol** – zvýšené pocení, tachykardie, hypertenze, četný výskyt epileptických záchvatů (větší síly), nauzea vedoucí k zvracení, halucinace – nejčastěji přechodného rázu, třes končetin (obvykle prstů), svalová bolest, pocit obdobný počátkům nachlazení, neklid.
- **Opiáty** – nepřírozené slzení, bolestivost svalů až křeče, zvýšené – opakované pocení, tachykardie, hypertenze, nauzea až zvracení, narušený spánek, rozšířené zornice, bolest až křeče břicha, velmi silná touha po opiátu.
- **Kanabinoidy** – úzkostné stavy, třes rukou, nadměrné pocení – u kanabinoidů obvykle tento stav trvá od několika hodin po týden, vzhledem k povaze kanabinoidů nejsou zcela jasně příznaky stanoveny.
- **Sedativa a hypnotika** – tachykardie, nespavost, závažné epileptické záchvaty (GrandMal), třes víček a prstů ruky, halucinace nejčastěji přechodného stavu, zhoršená schopnost udržet správný postoj těla, neklid, nauzea až zvracení, pocit

připomínající počáteční znaky nachlazení, paranoia – uživatel se cítí být někým pronásledován.

- **Stimulancia** – zpomalené reakce, sny nepříjemné povahy (noční můry), neklid, silná touha po užívané látce, insomnie nebo naopak hypersomnie, netečnost, lhostejnost. (Nešpor, 2018)

Nebezpečí odvykacího stavu u rozdílných látek

- **Alkohol** – typicky odvykací stavy jsou provázené epileptickými záchvaty, deliriem. Jedná se o život ohrožující stav.
- **Opiáty** – odvykací stav u opiátu sám ze své podstaty není život ohrožující, ohrožujícím se stává například pokud má uživatel sebevražedné myšlenky.
- **Kanabinoidy** – odvykací stav je obvykle velmi slabý, a není život ohrožující.
- **Sedativa a hypnotika** – jedná se o život ohrožující stav, především v případě užívání vysokých dávek návykové látky. V případě nižších (běžných) dávek se nejedná o život ohrožující stav.
- **Kokain** – odvykací stav jako samostatný činitel není život ohrožující.
- **Stimulancia** – odvykací stav jako samostatný činitel není život ohrožující.
- **Halucinogeny** – odvykací stav v případě halucinogenů zpravidla nevzniká.
- **Tabák** – odvykací stav není život ohrožující, zpravidla vyvolává pouze nepříjemné pocity jako podrážděnost, dochází k poruchám soustředění.
- **Těkavé látky** – odvykací stav není život ohrožující. (Nešpor, 2018)

V předchozím odstavci je zmíněn termín fyzická závislost pojdme si tedy tento termín společně s termínem psychická závislost nastínit:

Fyzická závislost – jedná se o závislost, při které se organismus uživatele plně adaptuje na účinek drogy, a je tedy spojena se zdravotním stavem organismu. Organismus se droze postupně přizpůsobuje, a to až na tkáňové úrovni. To má za následek nejrůznější patologické projevy na tkáních vnitřních orgánů (například játra u nadužívání alkoholu). Pro fyzickou závislost je typické, že má pozdější nástup oproti závislosti psychické. Tělesné projevy závislosti nastávají obvykle v momentě, kdy dochází k vyprchávání účinků užívané látky.

Tyto projevy jsou ve většině případů opačného charakteru, než jaký má droga samotná. (Rejstříkový pojem, online, 2023)

Psychická závislost – vzniká v kratším časovém horizontu oproti závislosti fyzické. Jdu o závislost především na psychoaktivních látkách, nicméně v tomto případě lze hovořit i o závislosti na konkrétní činnosti, nebo objektu. Užívaná látka přináší příjemné pocity, pocity uspokojení. To vede k tomu, že uživatel frekvenci užití látky zvyšuje, aby si tyto příjemné stavy udržel. Pro psychickou závislost je typická touha po užívané látce. Psychická závislost je velmi často příčinou návratu k závislostnímu chování, pokud uživatel tohoto chování v minulosti zanechal. (Rejstříkový pojem, online, 2023)

1.4 Důsledky drogové závislosti

Každé jednání má své následky, toto pravidlo se nevyhýbá ani drogové závislosti. Následků, které drogovou závislost provází je celá řada, a jsou to jak následky přímo působící na psychickou a fyzickou stránku uživatele, tak i následky, které pocítí nejen blízké okolí uživatele, ale i širší společnost.

Zdravotní následky jsou jedním z nejvýraznějších důsledků závislosti. Lze je rozdělit na následky psychické a somatické. Důsledky závislosti na sobě uživatel velmi dlouhou dobu vůbec nepozoruje, nebo si je nepřipouští. K zhoršení zdravotního stavu dochází v delším časovém horizontu a následek dlouhodobého užívání návykových látek přichází pozvolna.

Somatické důsledky závislosti se nejčastěji projevují poruchami spánku, stravovací návyky jsou narušeny (přijímání potravin se stává podřízené přijímání drogy) s tím je spojen razantní úbytek na váze, u žen nezřídka kdy dochází k poruchám menstruačního cyklu (jeho úplnému vymizení). To má za následek problém s početím, či úplnou neplodnost. Péče o hygienu celého těla bývá často zanedbána, to má za následek nejrůznější záněty, nehojící se rány například v důsledku aplikace drogy žilní cestou, závislý mnohdy injekční stříkačky používá opakovaně, nebo se o ně dělí s ostatními, není tedy zachované jakékoliv pravidlo sterility. Péče o dutinu ústní je také na velmi nízké úrovni, dochází až k úplné ztrátě chrupu. Projevují se nejrůznější kardiovaskulární problémy, které končí selháním celého organismu. Velký

problém představují nejrůznější infekční choroby, jakými jsou typicky žloutenky typu C a HIV. (Mahdalíčková, 2014)

Psychické důsledky závislosti lze rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé.

- **Krátkodobé** většinou nastávají jako bezprostřední důsledek užití drogy, řadí se sem například úzkostné poruchy – ty se projevují panickými atakami, pocením, dušností, dochází k částečnému dočasnému odtržení od reality. Psychózy (typické pro psychoaktivní látky) dochází k výskytu bludů, ty mají za následek zkreslené vnímání okolí a vznik halucinací (jak sluchových, tak obrazových). Dochází také k poruchám nálad, které se projevují jako depresivní stavy, neklidem a podrážděností.
- **Dlouhodobé** obvykle představují nějaké skryté psychické poruchy, které se začínají projevovat až v důsledku závislosti. Takovými onemocněními jsou typicky deprese a schizofrenie. (Mahdalíčková, 2014)

Sociální důsledky tvoří značnou část komplikací v životě uživatel drog.

Patří sem:

- **Ztráta zaměstnání**, a to v důsledku zvýšené absence na pracovišti, častých pozdních příhodů, v důsledku zvýšené frekvence konfliktů mezi uživatelem drog a spolupracovníky/nadřízenými pracovníky, frekvence chybovosti v zadaných úkolech se zvyšuje, způsobení škody pod vlivem návykové látky. Závislý, který není schopen vykonávat svojí pracovní pozici se stává pro zaměstnavatele po všech stránkách nespolehlivým pracovníkem, a tak dochází k ukončení pracovního poměru. (Kalina, 2003)
- **Narušení vztahů s rodinou i přáteli** – závislost se bohužel nestává pouze problémem závislého, ale celé jeho rodiny, což má na jejich vzájemné vztahy značný a dlouhodobý dopad. Během vývoje závislosti rodina a přátelství pro závislého ztrácí význam, droga má přednost před jakýmkoliv vztahy. Z počátku se rodina mnohdy ve spolupráci s přáteli snaží závislému pomoci – nabízí například různé alternativy léčby. Pomoc je bohužel uživatelem odmítána, a tak dochází k opakovaným, výrazným konfliktům. Dochází k naprosté ztrátě důvěry ze strany blízkých osob vůči závislému. Narušení vztahů bývá tak významné, že se rodina rozhodne se závislým ukončit veškeré kontakty. (Sociální dopady závislosti, online, 2023)

- **Finanční důsledky** a s tím spojená zadluženost nastávají až zpravidla v konečné fázi závislosti. Nezaměstnanost, či ztráta zaměstnání a s tím spojená ztráta pravidelných stabilních příjmů se začínají naplno projevovat. Situaci se závislý snaží nejprve řešit zástavou nebo prodejem cenných osobních věcí, bankovními i nebankovními půjčkami, které ale mnohdy nesplácí. Droga má před vším přednost, a tak svojí špatnou finanční situaci není schopen adekvátně řešit a pohledávky vůči závislému stále narůstají. Závislý se tak začíná uchýlovat k jiným krajním možnostem získání finančních prostředků, jako jsou krádeže a prostituce. (Kalina, 2003)

2 Klasifikace a rozdělení návykových látek

Návykovou látkou se rozumí jakákoliv chemická látka, které může uživateli způsobit nejrůznější tělesné, duševní a psychické změny, případně změny ve vzorci chování uživatele. Jedná se také o jakoukoliv přírodní látku, nebo látku syntetickou, která má na lidský organismus psychotropní účinky a je schopna v člověku vyvolat formu závislosti.

„Drogy nesporně patří mezi prostředky, které lidem napomáhají vyvolávat si příjemné pocity, stavy povzbuzení, opojení nebo útlumu, a to kdykoliv se jim samotným bude chtít. Z chování původně posuzovaného jako deviantní se stává chování považované za běžné a v podstatě odpovídající normě. Příčiny zneužívání drog a nárůstu kriminality s tím spojené je třeba hledat ve stavu společnosti.“ (Mahdalčíková, 2014, str. 7)

Závislost na návykových látkách patří k člověku po mnoha století, spolu s ním se vyvíjí a spoluexistuje. Od samého počátku kulturní historie je také zaznamenána snaha dostat jak alkoholovou, tak nealkoholovou závislost pod kontrolu. A stejně dlouhou dobu se to daří jen částečně.

Například alkohol je v mnoha zemích ve světě navíc legální drogou. Jeho spotřeba ve světě, stejně jako v ČR neustále roste. Podle negativního účinku při jeho nadměrném požívání na tělesné a duševní zdraví člověka můžeme alkohol zařadit na rozhraní drog s nepříjemným účinkem.

2.1 Historie užívání návykových látek

Známe a používáme mnoho nejrůznějších drog. Některým se vystavujeme zcela běžně na denní bázi, například kávě, tabákovým výrobkům, případně alkoholu, nebo některým lékům. S drogami se setkáváme i v souvislosti s uměním. Je mnoho mistrovských děl inspirovaných právě drogami. Patří sem díla prokletých básníků, účinky opia se nechal inspirovat spisovatel E. A. Poe, který kromě opia měl problém i se závislostí na alkoholu. Charles Baudelaire a Victor Hugo se scházeli v bohémském Pařížském klubu Hashischins (založeno roku 1844), kde se hojně experimentovalo s drogami, především hašišem. (Escotada, 2003)

Pokud hovoříme o historii užívání drog, zdaleka se nejedná pouze o problém dnešní společnosti. Historie jejich užívání sahá již do velmi vzdálené minulosti. V době před naším letopočtem nebyly návykové látky ještě pravděpodobně zneužívány, ale spíše sloužily a byly

využívány v léčitelství, při různých náboženských obřadech a šamanských rituálech. Již egyptské hieroglyfy, objevené archeology se zmiňují o šťávě z makovic – opiu, které staří Egyptané používali k léčbě (tlumení) bolesti. Aztékové a Mayové jedli halucinogenní houby a hojně využívali listů z keře koka. Zaháněli tak hlad a únavu. (Escohotada, 2003)

Jednou z nejstarších známých drog je **konopí** (Cannabis), které provází člověka stejně dlouho jako alkohol. V různých formách se využívá přinejmenším osm tisíc let. Zmínku o konopí můžeme najít například v lékopisu čínského císaře Shen Nunga před 5 tisíci lety, kdy je zmiňováno konopí jako léčebný prostředek na revmatické nemoci nebo malárii. 800 let před Kristem najdeme zmínky o konopí i v indické literatuře, kdy jeho použití popisuje Hérodotos, podle něhož bylo konopí nazýváno pramenem štěstí. Opravdový rozmach marihuany nastal až v novodobé historii ve 20. letech minulého století, kdy bylo konopí konzumováno jako zábavní droga, a u lidí na okraji společnosti – hojně mezi hudebníky a hráči hazardu. (Escohotada, 2003)

Další rostlinou proslavenou v drogové historii je **mák setý** (Papaver somniferum), který obsahuje **opium**, jehož účinky znali již ve staré Číně, odkud se rozšířil do starého Egypta a Řecka. Pro tyto civilizace představoval nepřekonatelné analgetikum. Do Evropy se opium rozšířilo v 19. století, a to zejména do velkých přístavů. Požadavky na kontrolu nad opiem se datují od roku 1909. Opium obsahuje celou řadu alkaloidů, které se podařilo izolovat

Patří k nim především **morfin**, který se stal velmi důležitým pomocníkem při léčbě neutišitelné bolesti. Bohužel na druhé straně je u něj velký potenciál vzniku návyku, který se objevil hlavně po vynálezu injekční stříkačky (spolu s jehlou), kdy se morfinismus stal módní záležitostí v kulturním světě. V čisté podobě tento alkaloid jako první izoloval německý lékárník Friedrich Wilhelm Adam Sertürner v roce 1804, a který mu dal jméno morphium. Název vychází z řecké mytologie, podle boha snů, jež se jmenoval Morpheus.

Morfin byl později zatlačen do pozadí s nástupem **heroinu**, který byl zaveden do praxe roku 1898 a měl znamenité analgetické účinky, a navíc potlačoval kašel. Je též vysoce návykový. Rozšířil se zejména po první světové válce v USA (již od roku 1965 90 % toxikomanů v USA tvoří heroinisté). (Escohotada, 2003)

V roce 1830 byl Francouzem Jeanem-Pierrem Robiquetem izolován **kodein**, též vysoce návykový lék, původně určený na tlumení suchého a dráždivého kašle.

Koka (*Erythroxylum coca*, kokainovník pravý), zázračná rostlina, která se vyskytuje v teplomilných oblastech jižní Ameriky, kde byly její účinky známé již 5 tis let se dostala do Evropy v roce 1531. A to díky Španělským dobyvatelům.

V druhé polovině 19. stol byl z listů koky izolován alkaloid **kokain**. Kokain účinkuje jako silné stimulantium a lokální anestetikum, je též součástí mnoha léků proti vysokým horečkám, astmatu a též se používal v oční chirurgii. S kokainem mimo jiné hojně experimentoval Sigmund Freud. Populárním se stal v první světové válce, a to převážně mezi umělci a intelektuály. (Escohotada, 2003)

V roce 1887 byl syntetizován rumunským chemikem Lazarem Edeleanuem působícím v Německu **amfetamin**, který se objevil na trhu jako lék proti depresi a chorobné spavosti. První známky jeho zneužívání pocházejí z 30. let 20. století.

Nejznámější derivát amfetaminu je **metamfetamin**, známý jako **pervitin**. Pervitin byl prvotně užíván vojáky za druhé světové války, ilegální výroba začala v 60. letech minulého století. Je velmi často využívanou drogou i v Čechách.

Halucinogeny jsou též známy po mnoho let, z počátku jen jako halucinogenní houby.

Významná psychoaktivní látka patřící do halucinogenů je **LSD**, které obsahuje látku lysergamid. LSD byl syntetizován švýcarským vědcem Dr. Albertem Hofmannem (známým jako otec LSD) v Basileji v roce 1938, psychoaktivní účinky drogy však objevil až v roce 1943, když drogu zkoušel sám na sobě. Zájem o LSD byl především z řad armády a psychiatrie. Poslední velká vlna zájmu o LSD se dostavila v 90. letech s nástupem disco kultury. (Escohotada, 2003)

Pokud zde hovoříme o historii drog, nesmíme opomenout také tabák a alkohol.

Tabák (*Nicotiana*) pochází z Ameriky, je z rodu rostlin z čeledi lilkovité. Tabák je ale také pojmenování pro známý produkt z listů této rostliny. V listech je obsažen alkaloid nikotin, kvůli kterému se tabák užívá ve formě cigaret, doutníků, používá se v dýmkách. Do Evropy se tabák dostal až po objevení Ameriky roku 1492 díky anglickému spisovateli, vojáku a cestovateli Siru Walterovi Raleighovi v době vlády anglické královny Alžběty I.

Tamní domorodci ho již však znali po tisíce let. Jedná se o hojně rozšířenou rostlinu, pěstuje se v 117 zemích po celém světě. O rozšíření tabáku v Evropě se zasloužil Jean Nicot (je po něm pojmenován alkaloid nicotin). Kouření má velmi negativní dopad na zdraví, ročně je s ním spojováno více jak 4 mil. předčasných úmrtí, a to především na rakovinu plic a kardiovaskulární nemoci. V mnoha zemích proto dochází k zákazu kouření na veřejných místech nebo v restauracích. (Escohotada, 2003)

Alkohol je také znám lidstvu od pradávna, pěstování vinné révy a výroba vína sahá někdy do roku 6000-4000 př. n. l. do oblasti dnešní Arménie. Pivo se objevilo někdy v roce 3000–2000 př. n. l. v sumersko-mezopotámské civilizaci. Alkohol a jeho důsledky v podobě alkoholizmu a s tím spojených předčasných úmrtí již dnes znají všechny země. Setkáváme se proto s různými, mnohdy přísnými opatřeními, která v jednotlivých zemích alkohol omezují, či dokonce zakazují. (Escohotada, 2003)

2.2 Základní klasifikace návykových látek

Současné známé návykové látky lze rozdělit podle jejich původu, a to na látky uměle vyrobené tzv. syntetické drogy a látky přírodního původu. Podle platné legislativy České republiky lze také návykové látky dělit na látky legální a nelegální, podle účinků na lidskou psychiku pak lze hovořit o látkách stimulačních, tlumivých a halucinogenních (klasifikace dle OSN).

2.2.1 Syntetické a přírodní drogy

Syntetické drogy (legal highs nebo designer drugs) je označením pro širokou skupinu látek. Za syntetické drogy se obecně považují všechny ty, které nepocházejí z přírody. Patří sem Fentanyl (umělý heroin), PCP (phenicyclidin-piperidin, andělský prach), DOB, DOM (extáze).

Přírodní drogy – považujeme za ně různé konopné produkty – marihuana, hašiš. Dále pak opium, koku, psychoaktivní houby a rostliny. Mezi houby patří lysohlávky a některé druhy mochomůrek, paličkovice či kropenatce. Do psychoaktivních rostlin zařazujeme například blín nebo durman. (Escohotada, 2003)

2.2.2 Drogy legální a nelegální

Mezi **legální drogy** zařazujeme látky, se kterými se běžně setkáváme v různých obchodech a můžeme si je volně zakoupit. Patří mezi ně výrobky s obsahem alkoholu, tabákové výrobky, léky, barvy a ředidla. Nebezpečí legálních drog tkví především v jejich snadné dostupnosti – přestože se jistá omezení v naší společnosti nalézt dají, patří sem omezení prodeje takovýchto výrobků do 18 let věku, případně lékařský předpis. I přes označení legální drogy, tedy drogy nějakým způsobem společensky přijímané, neznamená, že jsou méně nebezpečné než drogy nelegální. Právě naopak, mnohdy přinášejí dokonce i vyšší míru úmrtí, než u ostatních psychoaktivních látek. Závislost na nich vzniká úplně stejným způsobem. (Kalina, 2003)

Nelegální drogy jsou takové látky návykového charakteru, které nejsou společensky tolerovatelné a při jejichž uchování, pěstování či distribuci hrozí rozpor se zákonem. Mezi typické příklady nelegálních drog patří marihuana, heroin, pervitin nebo kokain.

Nejčastěji užitou nelegální drogou v ČR jsou konopné látky, které vyzkoušelo alespoň jednou za život až 37 % populace (starších 15 let). Na druhém místě je extáze spolu s lysohlávkami, kdy s nimi má zkušenost 7 % osob starších 15 let. S Pervitinem nebo amfetaminem má zkušenosti 2–7 % s kokainem 4–7 %.

Míra užití nelegálních drog je 2–3krát vyšší mezi muži a mladými lidmi do 34 let. Míra rekreačního užívání klesá s věkem uživatelů, naopak užívání konopí z důvodu samoléčby s věkem roste. Nejvyšší podíl užívání z léčebných důvodů je ve věkových skupinách od 55 let, a zejména pak 65 a více let.

Množství užívaných drog, především konopí je v ČR je dlouhodobě stabilní, stejně tak, jako užívání extáze, pervitinu a lysohlávek. Mírné zvýšení je pozorováno u uživatelů kokainu. (Zpráva o nelegálních drogách v ČR, 2023)

Negativní dopady užívání drog

U lidí užívajících drogy rizikově dochází často ke kumulaci negativních sociálních a ekonomických faktorů – obtížně se uplatňují na trhu práce, mají nedostatečné vztahové zázemí, finanční problémy a problémy s bydlením. Nestabilní bydlení a zadluženost jsou významnou překážkou uzdravení a sociální a ekonomické integrace. Pro osoby užívající

drogy rizikově mohou představovat neřešitelný problém. Lidé užívající drogy rizikově často nedisponují stabilním příjmem, obvykle jsou zaměstnáváni formou krátkodobé brigády, a to buď bez uzavřené pracovní smlouvy, nebo jim práci zprostředkovávají pracovní agentury. Mnoho klientů adiktologických služeb je v evidenci úřadu práce a pobírá sociální podporu v podobě dávek v hmotné nouzi. Nestabilní ubytování nebo bezdomovectví uvádějí tři čtvrtiny osob užívajících drogy rizikově, stejně velký podíl uvádí zadlužení. Aktuálním problémem jsou rostoucí životní náklady v souvislosti s růstem ceny energií a zdražováním potravin. V oblasti bydlení se v některých krajích projevuje dopad migrační vlny související s konfliktem na Ukrajině a bydlení na ubytovnách se stává hůře dostupné. Výdaje českých domácností za nelegální drogy tvoří v posledních letech přibližně 10 mld. Kč ročně (0,5 % všech výdajů domácností), to je 10krát méně než výdaje za alkohol či tabák. (Zpráva o nelegálních drogách v ČR, 2023)

Užívání drog – není v České republice považováno za nelegální, nejedná se o přestupek ani trestný čin. Uživateli může užívání drog přinést právní postih pouze v případech, kdy to zákon zakazuje. Například v zaměstnání, nebo při řízení motorových vozidel. **Držení drog pro vlastní potřebu** – nelegální v České republice je, a to v jakémkoliv množství. Při držení drogy v malém množství se jedná o přestupek, v množství větším, než malém se jedná o trestný čin. (Zpráva o nelegálních drogách v ČR, 2023)

Držení drog pro účely jiného, je bez ohledu na množství drogy vždy trestným činem.

2.2.3 Klasifikace psychotropních látek dle OSN

Klasifikace psychotropních látek OSN je založena na čtyřech seznamech. (Kachlík, 2013)

- **Halucinogeny** (LSD, lysohlávký – halucinogeny pravé, marihuana a hašiš – halucinogeny nepravé. Jsou to látky, které představují vysoké riziko zneužití a vážnou hrozbu pro veřejné zdraví. Mají velmi malou nebo žádnou terapeutickou hodnotu.
- **Stimulanty amfetaminového typu** (amfetamin a metamfetamin) – látky představující riziko zneužití, vytvářejí vážnou hrozbu veřejnému zdraví a mají nízkou nebo malou terapeutickou cenu.
- **Barbituráty** – látky představující riziko zneužívání, vážnou hrozbu veřejnému zdraví, a které mají poměrně malou nebo vysokou terapeutickou cenu.

- **Sedativa, analgetika, narkotika** – látky představující menší riziko zneužití a menší společenskou nebezpečnost. (Kachlík, 2013)

2.3 Charakteristiky nejčastěji zneužívaných návykových látek

Na četnost zneužívání jednotlivých návykových látek má vysoký podíl především jejich dostupnost, finanční náročnost, a také jejich účinek, který uživateli přináší. Než se začneme věnovat jednotlivým návykovým látkám pojďme si základně tyto látky představit podle míry jejich škodlivosti na lidský organismus. Na nejvyšší příčce tohoto přehledu se pohybuje heroin, a to především díky vysoké míře vzniku závislosti, a velmi vysokému riziku úmrtí v důsledku předávkování. Na nejnižší příčce pak nalezneme alkylnitráty, které mají svoje využití především během lékařských výkonů.

1. **Heroin** – polosyntetický opioid, funguje podobně jako morfin, jen je až desetkrát silnější. v ČR okolo 3 tis uživatelů.
2. **Kokain** – (benzoylmethylekgonin) je v ČR poměrně málo rozšířená droga (velká pořizovací cena, ročně jen okolo 30 lidí na léčbě závislosti).
3. **Barbituráty**
4. **Metadon** – syntetický opioid v lékařství používaný jako analgetikum a při léčbě závislosti na narkotikách.
5. **Alkohol** – v ČR je průměr 10 l alkoholu na osobu za rok, denně alkohol pije 10 % obyvatel.
6. **Ketamin** – je používán jak v humánní, tak i veterinární medicíně jako anestetikum.
7. **Benzodiazepiny** – jsou léky, které obecně způsobují zklidnění (Diazepam, Rivotril, Lexaurin) až spánek (Nitrazepam nebo v ČR nelegální Rohypnol) a odstraňují či rozpouštějí úzkost (Xanax, Neurol).
8. **Amfetamin – pervitin** – v ČR více než 33 tis. závislých.
9. **Tabák** – v ČR je závislých na tabákových výrobcích až 24,4 % obyvatel, i přes postupné snižování počtu závislých se tabák ročně podílí až na 18 tis. úmrtí.
10. **Buprenorfin** – syntetický opioid, v ČR dostupný ve formě náplastí (Transtec, Bupretec).
11. **Cannabis** (marihuana) – v ČR 800–900 tis uživatelů (z toho až 250 tis. samoléčba)

12. **Rozpouštědla** – (Trichloretylen) používají se jako inhalační droga způsobující euforii.
13. **4-MTA** – podobné účinky jako extáze (MDMA). Velká nebezpečnost drogy při kombinaci s jinými látkami, především s antidepresivy. Tato kombinace může vést až ke smrti.
14. **LSD** – používá se především jako rekreační droga s psychodelickými účinky.
15. **Metilfenidát** – lék používaný k léčbě ADHD. Je považován za kontroverzní, protože je považován pouze za údajně návykový.
16. **Anabolické steroidy** – časté zneužití ve sportu, jelikož jejich užívání vede k zvětšení svalové hmoty (kulturistika, atletika MMA zápasníci). Při dlouhodobém použití poškozují vnitřní orgány, především játra ledviny a srdce. (Zpráva o nelegálních drogách v České republice, 2023)
17. **GHB – taneční droga** (dance drugs) – bývá často zmiňována v souvislosti se sexuálním zneužitím a znásilněním. Nebezpečná v podání spolu s alkoholem, kdy dochází k zvýrazněnému tlumícímu účinku obou látek. (Gabrhelík, 2010)
18. **Extáze (MDMA)** – uměle připravená droga podobná metamfetaminu. Je také zařazována mezi taneční neboli „párty“ drogy. (Gabrhelík, 2010)
19. **Alkylnitráty (rajský plyn, N2O)** – často se používá v lékařství, především při stomatologických výkonech. Při dlouhodobém užívání droga zhoršuje především schopnost učení a paměť. (Zpráva o nelegálních drogách v České republice, 2023)

2.3.1 Halucinogeny – pravé halucinogeny

LSD (derivát kyseliny lysergové) – je to mírně zásaditá krystalická látka rozpustná ve vodě nebo lihu, patří do alkaloidů.

Účinky LSD jsou těžko předvídatelné, jelikož závisí především na množství užívané látky. I při velmi malém množství drogy (mikrogramy) se účinky dostavují za 30 až 90 minut a mohou trvat 10 až 12 hodin. Po užití se vyskytují pocity chvění, špatně se koordinují pohyby, objevují změny krevního tlaku, vnímání intenzity barev se zvyšuje, mohou se vyskytnout závratě a případně nevolnosti, ve většině případů bez zvracení. Při užití vyšších dávek nastávají extrémní změny nálad od stavů naprosté blaženosti, až po stavy strachu o život,

kdy uživatel není schopen rozeznat, co je realita a co následek účinku drogy. Časté jsou stavy (tzv. bad trip), kdy uživatelé zažívají intenzivní až hororové halucinace, které nemohou ovlivnit vlastní vůli.

Trvale užívané vysoké dávky LSD mohou způsobovat poruchy myšlení, často trvalého charakteru, vztahovačnost, paranoiu, kdy máme pocit neustálého sledování.

LSD se užívá orálně, a to ve formě papírků (tripů) napuštěných LSD, formě želatiny nebo tablety. LSD je bez chuti a zápachu. Běžně užívaná dávka se pohybuje kolem 50–150 µg. Zhruba po hodině od požití se dostaví účinky, po další hodině stav dochází ke svému vrcholu, kde se v závislosti na různých okolnostech může udržet až 4 hodiny. Dalších několik hodin stav slábne a nakonec doznívá.

Na LSD nevzniká závislost a má extrémně nízkou toxicitu.

Doposud nebyl popsán případ předávkování s následkem smrti. (Presl, 2012)

2.3.2 Halucinogeny – halucinogenní houby

Halucinogenní houby jsou především houby z rodu lysohlávek. **Lysohlávky** (Psilocybe – stopkovýtrusné houby) vyskytují se v mnoha druzích – lysohlávka česká (Psilocybe bohemica), lysohlávka kopinatá (Psilocybe semilanceolata), lysohlávka mexická (Psilocybe mexicana) a další. Psychoaktivní látkou v lysohlávkách je psilocybin a psilocin. Po užití se výrazně mění kvalita vědomí, psychika, intenzita a hloubka prožitků. Také dokáží ovlivnit smyslové vnímání, prožívání okolní reality i prožívání sebe sama. Uživatelům lysohlávek hrozí poměrně závažná rizika, mezi která patří různá duševní onemocnění, nevratné poškození jater a ledvin, možné předávkování. Poměrně často se vyskytuje sebevražedné jednání. Potenciálně nebezpečná může být kombinace lysohlávek s alkoholem a léky.

Jako u jiných drog, tak i u lysohlávek je pěstování, přechovávání nebo prodej jiné osobě trestné. Závažnost konání je posuzována dle množství držené látky. V ČR je povoleno držení 40 plodnic. Držení většího množství lysohlávek již může být posuzováno jako trestný čin. Lysohlávky by neměl užívat člověk, který trpí epilepsií, vysokým krevním tlakem, onemocněním srdce nebo psychotickým onemocněním. Lysohlávky dovezl do Evropy v roce 1956 Robert G. Wasson, účinnou látku psilocybin izoloval Albert Hofmann. Psilocybin byl spolu s LSD postaven mimo zákon v roce 1968. (Presl, 2012)

2.3.3 Nepravé halucinogeny

Marihuana je název drogy získané z rostliny konopí (*Cannabis sativa*). Je to konzervovaná léčivá látka, ale též látka psychotropní. Získává se usušením květenství samičích rostlin konopí setého, je to jednoletá dvoupohlavní rostlina. Rostlina konopí, která pochází ze střední nebo jižní Asie, se používá jako droga pro rekreační i entheogenní účely. Účinná látka je THC, která je 4 000 krát účinnější nežli alkohol (delta 9-tetrahydrokanabinol; zkratka THC pochází z anglického názvu tetrahydrocannabinol). Účinky marihuany vždy závisí na množství THC v konopném přípravku. Marihuana se užívá kouřením (cigareta, neboli joint), případně ústy (v pečivu, čaji atd.). V lékařství se využívá v léčbě roztroušené sklerózy, pomáhá zpomalit vývoj zeleného očního zákalu a dokáže účinně potlačit nevolnosti a zvracení u onkologicky léčených pacientů. Po užití se dostávají pocity euforie, mohou být potíže se soustředěním, dochází k změně stavu mysli, zhoršené psychomotorické kontrole a zvýšené chuti k jídlu. Vysoké dávky mohou vyvolat pocit úzkosti, bludy. Při dlouhodobém užívání hrozí riziko psychózy. Nástup účinku drogy se dostaví během několika minut při kouření, pokud drogu přijímáme ústy je nástup pomalejší – až za 90 minut. Účinek trvá od dvou do šesti hodin. (Escohotado, 2003) Předávkování drogou může vyústit v bezvědomí, častěji v hluboký spánek. V souvislosti s předávkováním nebyl zaznamenán žádný případ úmrtí. Předčasné úmrtí hrozí při dlouhodobém používání následkem hypertenze (dle výzkumu dr. Barbary Yankey, která se k této problematice vyjádřila v dokumentu Evropské kardiologické společnosti). (Presl, 2012)

V případě konopí je potřeba zmínit, že jistá míra legalizace v České republice existuje. Za legální jí můžeme označit v případě, že se jedná o lékařský předpis, tedy využití konopí k léčebným účelům. Takové konopí je využíváno především pro diagnózy:

- Chronická bolest, která typicky nelze jiným způsobem utiřit.
- Onkologické diagnózy.
- Léčba revmatologických potíží.
- Neurologické diagnózy jako je Parkinsonova nemoc.
- Nevolnosti, zvracení.
- Stimulace chuti k jídlu u onkologických pacientů.
- Paliativní léčba.

- Ortopedické diagnózy. (Ministerstvo zdravotnictví, online, 2024)

Hašiš (hash, hashish) se vyrábí z konopí (květenství samičích rostlin), přesněji z jeho pryskyřice. Jedná se o lepkavou, viskózní látku. Výroba hašiše vyžaduje preciznost, protože veškeré nedostatky při sušení, nebo lisování se projeví na jeho kvalitě. Nejčistší způsob výroby je oddělení pryskyřice přes jemné síto. Vzniklý prášek se (nazývaný kief) se za pomoci tepla stlačuje do výsledných bloků. Barva hašiše by měla být vždy ve tmavých až zlatavých barvách. Užívá se tak, že se kostička hašiše nahřeje zapalovačem, potřebné množství se nadrolí (většinou méně než 250 miligramů), smíchá se s tabákem a ubalí se joint. Jiný způsob je kouření samotného hašiše ve vodní dýmce. K orálnímu použití je potřeba větší množství (okolo 2 g), jelikož je jeho účinná látka rozpustná v tucích tak se jí nejčastěji třeba s jogurtem, nebo v kávě se smetanou. Po užití hašiše se dostaví nejčastěji euforie, záchvaty smíchu, změna vnímání času. U někoho se vyskytují stavy naprosto odlišné a patří k nim silná úzkost až deprese. (Mioviský, 2008)

Hašiš je v České republice nelegální, a to i v případě, že ho vyrábíte z legálních a registrovaných odrůd konopí.

2.3.4 Stimulanty amfetaminového typu (amfetamin a metamfetamin)

Amfetamin patří spolu s příbuzným **metamfetaminem** mezi stimulační látky zvyšující hladinu neuromediátorů noradrenalinu, serotoninu, a dopaminu v mozku. Tyto látky se nejdříve používaly jako léky. Amfetamin s názvem Benzedrin od r. 1933, metamfetamin s názvem **pervitin** od r. 1938. Dnes se využívá v léčbě poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), při léčbě některých úrazů mozku, narkolepsie a chronického únavového syndromu. Po použití amfetamin vyvolává hyperaktivitu, snižuje chuť k jídlu, vyvolává bolest hlavy, tachykardii, hypertenzi, bušení srdce, může být příčinou nespavosti, zvyšuje ego. Po užití velmi vysokých dávek mohou nastat křeče. Při dlouhodobém užívání vzniká amfetaminová psychóza, mohou být přítomny myšlenky na sebevraždu. (Mioviský, 2008)

Pervitin (N-methyl amfetmin) je sice mnohdy považován za ryze český vynález, ale úplně první pervitin byl vyroben v Japonsku v roce 1887. Vlastní výroba (tehdy legální) začala

v Německu, před osmdesáti šesti lety (v roce 1938), kdy ho v Berlíně začala vyrábět farmaceutická společnost Temmlerovy závody. Hojně se užíval za druhé světové války k udržení bdělosti vojáků. V Japonsku byly vysoké dávky pervitinu podávány sebevražedným pilotům Kamikaze. V 50. letech 20. století byl legálně používán v psychiatrii jako antidepresivum. Za nelegální byl vyhlášen v 70. letech 20. století, kdy došlo k jeho masovému rozšíření a zneužívání. V tehdejší Československu se nelegálně vyráběl již od poloviny 70. let. Dnes se jedná o nejčastěji zneužívanou a nejvíce populární drogu u nás. Jeho popularita je dána jeho poměrně nízkou cenou, dobrou dostupností a poměrně snadnou výrobou, kdy pervitin lze vyrábět v malých domácích varnách. Efedrin, potřebný k jeho výrobě se získává z jiných (v lékárnách dostupných) léků, a i ostatní chemikálie jsou bohužel snadno dostupné. Čistý pervitin má formu mikrokrystalického bílého prášku hořké chuti, bez zápachu. Po užití pervitinu se zrychluje myšlení, zvyšuje se hovornost, uživatel pocítuje neobvyklý příval energie, snadněji navazuje sociální kontakty. Po odeznění účinku (tzn. dojezdu) drogy nastane nepříjemné vyčerpání, dostavuje se agresivní chování, úzkost až paranoia, bývají přítomny myšlenky na sebevraždu. Po delším čase užívání drogy se začnou projevovat nežádoucí účinky drogy, jako je nepřírozené hubnutí (až podvýživa), problematická pleť, úporné bolesti hlavy a viditelná tělesná sešlost. Po dlouhodobém užívání se také přidávají bolesti kloubů, neobvyklá bolest na hrudi, zápach z úst a celková slabost. Postupem času se přidávají i nežádoucí účinky v psychické oblasti, jako jsou podezíravost, halucinace, bizarní chování, stihomam. Dlouhodobé užívání má navíc za následek mnohdy fatální poškození jater a ledvin. Dochází k rozvoji kardiovaskulárních chorob, případně výraznému zhoršení nemocí již existujících. Pervitin se nejčastěji aplikuje injekčně a šňupáním (sniffing). Lze jej užívat i orálně nebo kouřením přes alobal (při kouření vzniká velmi rychlá závislost). Na pervitinu nevzniká závislost fyzická, ale psychická, což uživatelům dává mylný pocit, že jeho dávky mohou svou vůlí řídit. Pervitin je droga vysoce nebezpečná a dlouhodobé užívání nezřídka končí smrtí. (Zeman, 2015)

Metamfetamin je syntetická stimulační droga, známá pod názvem pervitin. Ilegálně se vyrábí z efedrinu. Aplikace a nežádoucí účinky jsou stejné jako u pervitinu. (Zeman, 2015)

Barbituráty (amobarbital, pentobarbital, phenobarbital a secobarbital) jsou deriváty kyseliny barbiturové. Mají tlumící účinek na aktivitu centrálního nervového systému (CNS). V závislosti na podané dávce vedou od sedace po navození spánku, až k úplnému utlumení CNS (celková anestezie). V minulosti byly barbituráty často lékaři předepisovány, nejčastěji jako léky na spaní. Jelikož na barbituráty vzniká velmi brzy silná závislost (psychická i fyzická), tak byly nahrazeny bezpečnějšími benzodiazepiny. Závislost na barbiturátech může snadno vést k smrti předávkováním – příčinou smrti bývá zástava dechu nebo selhání krevního oběhu. (Hynie, 2001)

Nejčastěji se užívají perorálně (ze žaludku se velmi rychle dostávají do krevního oběhu), je zde i možnost intravenózního, případně intramuskulárního podání. Vysazení barbiturátu vyvolá **abstinenční příznaky**, jako je například úzkost, nespavost, pocit vnitřního neklidu, třes, pokles tělesné hmotnosti, v mnoha případech silné deprese.

Časté nežádoucí účinky:

- může dojít k útlumu dýchacího centra,
- často je přítomna zmatenost,
- mohou být poruchy vědomí,
- závislost a silné abstinenční příznaky – například poruchy srdečního rytmu.

Klinické příznaky u akutní otravy:

- útlum CNS, letargie až kóma,
- různá velikost zornic, mióza (zúžení zornice), nystagmus (kmitavý pohyb očních bulbů),
- změna srdeční frekvence – bradykardie (abnormálně pomalá srdeční frekvence – méně než 60 úderů za minutu), rovněž se může vyskytnout tachykardie (zrychlený srdeční tep),
- snížený krevní tlak,
- mělké a pomalé dýchání,
- velmi nízká tělesná teplota,
- snížené reflexy a svalová ochablost.

Barbituráty se velmi často používají k sebevražednému jednání. (Hynie, 2001)

2.3.5 Sedativa, analgetika, narkotika

Sedativa, analgetika, narkotika jsou látky, které představují menší riziko zneužití a menší společenskou nebezpečnost.

Mezi **sedativa** můžeme řadit opiáty, barbituráty, benzodiazepiny, alkohol, některé rekreační drogy jako je ketamin, částečně i marihuanu.

Analgetika – označujeme tak jakákoliv látku ze skupiny léčiv, které se používají k úlevě od bolesti a k dosažení stavu bez bolesti (analgesie). Pojmenování je odvozeno od řeckého an (bez) a algia (bolest). Analgetika účinkují rozdílnými způsoby na periferní a centrální nervový systém. Mezi analgetika patří – paracetamol (acetaminofen), nesteroidní antiflogistika (NSAID, *non-steroidal anti-inflammatory drugs*) jako salicyláty. Paracetamol i nesteroidní antiflogistika jsou volně prodejné léky bez předpisu. Nejběžnějšími zástupci této skupiny léků jsou aspirin, ibuprofen, a naproxen, jež jsou volně prodejné. Dále mezi analgetika patří narkotika jako morfin, syntetická léčiva s narkotickým účinkem jako tramadol a různé jiné.

Narkotika (narkotikum – z řeckého slova narké hluboký spánek, bezvědomí) je souhrnné označení pro psychoaktivní látky, které tlumí nebo blokuje nervovou soustavu, zejména vnímání bolesti. (Kalina, 2003)

Ve výčtu drog musíme též zmínit nejvíce rozšířenou a spolu s tabákem a kofeinem nejvíce dostupnou návykovou látku – alkohol.

Alkohol je v naší společnosti vzhledem k snadné dostupnosti velmi rozšířenou a nejčastěji užívanou drogou. Zároveň je i společensky přijímanou a akceptovanou drogou – alkohol je běžnou součástí neformálních setkání, jako jsou rodinné oslavy, ale i setkání formálních v případě firemních večírků. Užívání alkoholu, a i jeho nadužívání je velmi často prostřednictvím médií (jako jsou filmové snímky, seriály, reklamní propagace) prezentovány jako něco naprosto běžného a standardního. Alkohol je sice drogou dostupnou s jistým věkovým omezením, nicméně i přes toto věkové omezení s konzumací alkoholu mnozí začínají již ve velmi mladém věku. (Fischer a Škoda, 2021)

Hlavní složkou alkoholických nápojů je ethanol, který je vstřebáván do krevního oběhu prostřednictvím tenkého střeva. Alkohol má na většinu uživatelů anxiolytický a tlumivý účinek – dochází ke zlepšení nálady, uživatel pocítuje zvýšení sebevědomí, ztrácí zábrany

– to vše platí pro nižší dávky. S vyšší dávkou přichází porucha koordinace, poruchy vědomí, snižování úsudku, poruchy soustředění. To, jak alkohol na konkrétní osobu bude působit záleží na mnoha faktorech, jako je pohlaví, nebo tělesná hmotnost. (Fischer, 2014)

3 Kriminalita a delikvence

3.1 Klasifikace kriminality a delikvence

Kriminalita a delikvence jsou nesporně jedním z nejzávažnějších projevů rizikového chování. Povaha tohoto problému nutí společnost k hledání co možná nejlepšího řešení problému, které povede jak k ochraně společnosti samotné, ale také které povede k vhodným způsobům zacházení s pachateli.

Fischer (2021, s. 169) říká, že: „*Kriminalitu lze definovat jako výskyt chování*“, a to jak chování násilného, tak i nenásilného, které je pro společnost nebezpečné, nebo nepřijatelné. „*Jedná se o souhrn trestných činů.*“ (Fischer a Škoda, 2021, s. 199), které se v naší společnosti vyskytují.

Delikvenci lze definovat jako činnost vedoucí k porušení norem a zákonů, které společnosti, případně jednotlivci tímto chováním způsobí škodu, a to jak škodu psychickou, fyzickou případně majetkovou. Tento pojem je potřeba chápat v mnohem v širším smyslu než pojem kriminalita. Delikventní chování totiž mnohdy nedosáhne nebezpečné povahy kriminálního chování, tedy nedosáhne míry nebezpečnosti trestného činu – lze sem také zařadit nějakým způsobem nepřijatelné/závadné chování osob, které ještě nejsou vzhledem k věkové hranici trestně odpovědné. I z tohoto důvodu se nejčastěji s pojmem delikvence setkáváme v souvislosti s trestnou činností mládeže. (Fischer a Škoda, 2021)

3.2 Příčiny vzniku delikventního, kriminálního chování

Příčiny vzniku a rozvoje kriminálního a delikventního chování jsou ovlivněny více faktory. Patří sem faktory biologické, sociální a psychologické.

Biologické faktory

„*K biologickým faktorům v první řadě radíme pohlaví. U jedinců mužského pohlaví dochází k poruchám chování, tedy delikvenci a kriminalitě, mnohem častěji, než u žen. Muži se obecně kriminality i delikventního chování dopouštějí mnohem častěji než ženy.*“ (Veteška a Fischer, 2020, s. 30) Je to pravděpodobně díky zvýšenému agresivnímu jednání, které využívají jako jakýsi prostředek sebeuplatnění. Tato zvýšená agresivita je pro muže přirozená, a to především díky hladinám hormonu testosteronu, kterého mají muži vrozeně vyšší hladiny oproti ženám. Testosteron ovlivňuje fungování mozku, psychickou pohodu,

soutěživost, tělesnou stavbu – růst svalů. Možná příčina zvýšené agresivity mužů oproti ženám, může být způsobena i výchovou. Dívky jsou mnohdy mnohem více hlídány a kontrolovány, a to jak v rodinném, tak i školním prostředí. Dívky jsou považovány za křehčí bytosti, je od nich přirozeně očekávána větší míra empatie a poslušnosti. Oproti tomu chlapci mají obvykle volnější výchovu. (Veteška a Fischer, 2020) Dalším biologickým faktorem ovlivňujícím toto chování mohou být nesporně různé tělesné anomálie, kdy tyto anomálie nějakým způsobem ovlivňují zdravotní a psychický stav dotyčného (a to vrozené i získané) – něco čím se dotyčný liší od ostatních. Do těchto rozdílů můžeme zařadit různé formy tělesného postižení, ale i drobné tělesné nedokonalosti jako velký nos, velké uši a podobně. Vzhled člověka je něco, co bohužel současná společnost hodnotí velmi kriticky, a tak se nezdá stává, že se osoby s takovýmito anomáliemi stávají terčem šikany, případně jim hrozí vyloučení ze sociálních skupin. Následkem takového chování vůči dotyčné osobě pak bývá jakási forma vzdoru, neadekvátního chování. Dotyčný vyhledává společnost, ve které je lépe přijímán, což mnohdy vyústí až v kriminální činnost. (Grivna, Scheinost a Zoubková, 2019) Dalším biologickým faktorem bývají dědičné dispozice určitého vzorce chování. Zpravidla se jedná o větší míru impulzivity, kdy dochází ke zvýšené míře podrážděnosti.

Psychologické/psychické faktory

*„K psychologickým faktorům patří úroveň **mentálních schopností**. Vzhledem ke značné genetické podmíněnosti lze tento faktor považovat spíše za vrozený. Mezi delikventní populací dospělých jedinců můžeme samozřejmě nalézt osoby s inteligencí na škále od mentální retardace až po genialitu. Obecně však můžeme konstatovat, že se kriminálního chování dopouštějí jedinci, jejichž rozumové schopnosti jsou obvykle nižší.“* (Veteška a Fischer, 2020, s. 31) Poruchy chování řadíme mezi rizikové chování, nicméně nelze na ně nahlížet pouze z tohoto pohledu. Poruchy chování jsou v určitém věku, především v pubertě/období dospívání zcela běžným problémem, který postupem času zcela vymizí. Abychom tedy poruchy chování mohli zařadit mezi rizikové chování, je potřeba zhodnotit další faktory, které toto ovlivňují. Děti z rodin, které mají disfunkční rodinné zázemí, případně pochází z rodin s nízkým sociálním statutem, či nízkým ekonomickým statutem mají mnohem větší pravděpodobnost vzniku patologického rizikového chování. Abychom tedy odlišili poruchy chování v dospívání od poruch chování, které není pouze dočasnou záležitostí, je potřeba zhodnotit některé projevy chování, které jsou typické pro tento

problém. Mezi tyto projevy patří: násilné chování vůči lidem i zvířatům, rvačky a týrání (a to, jak přímý účastník, iniciátor i pozorovatel), ničení majetku, zvýšená lhavost, agresivita, výbuchy vzteku. Všechny tyto projevy je také potřeba hodnotit z časového hlediska. Abychom mohli jednoznačně určit diagnózu poruchy chování, je potřeba výše zmíněné projevy označit za trvalé, což je možné nejdříve po šesti měsících negativních projevů v chování. (Hutyrová, 2019)

Poruchy osobnosti – osoba trpící poruchou osobnosti je typická svým odlišným chováním oproti lidem v jeho okolí. Mají problémy s vyjádřením svých pocitů, špatně navazují a budují jakékoliv vztahy, mají výrazné problémy v mezilidské komunikaci. Toto vše má výrazně negativní dopad na jejich mezilidské vztahy, které se snaží utvářet. (Poruchy osobnosti základní informace, online, 2023) Pro takového jedince je typický stav celkové nepohody, který výrazně ovlivňuje jeho chování a existenci v soukromém i pracovním životě. Své chování nepovažuje za nenormální – bere ho jako součást svého osobnostního profilu, téměř u něj nefunguje sebereflexe vůči svému chování. (Praško, 2009) Na vzniku poruch osobnosti se především podílejí genetické faktory mnohdy v kombinaci s psychosociálními vlivy. Traumatické zkušenosti především z raného dětství a dospívání, jakými mohou být zkušenosti s násilím ze strany blízké rodiny, sexuální zneužívání, zanedbání péče ze strany rodiny, nejrůznější traumata. Můžeme sem zařadit také na první pohled nepřilíživá výchovná rozhodnutí, jakými jsou příliš přísný režim, přísnější rodič nebo naopak volnější způsob výchovy rodiče. Toto vše v kombinaci s dědičnou dispozicí velmi výrazně podporuje vznik poruchy osobnosti. Pokud tedy vynecháme genetické faktory, můžeme za nejčastějšího viníka považovat rodinné zázemí. Nicméně velký vliv má také školní prostředí, vrstevnické party, ale i nejrůznější média. (Praško, 2009)

Ve spojitosti s kriminálním chováním je potřeba hovořit především o **disociální poruše osobnosti**, jinak známou také jako **antisociální porucha osobnosti**. (Fischer a Škoda, 2021) Pro pachatele trestných činů trpících disociální poruchou osobnosti je typické, že páchají trestnou činnost s myšlenkou, že nemohou být dopadení, a tak své činy páchají opakovaně, toto chování je tedy typické pro recidivisty. Takového pachatele netrápí žádný pocit viny, necítí soucit nad obětí svého činu. Typické je obviňování druhých ze svých neúspěchů. (Gřivna, Scheinost a Zoubková, 2019)

Sociální faktory

„*Nejdůležitějším sociálním faktorem, ve kterém si jedinec utváří způsoby chování, je bezesporu rodina.*“ (Veteška a Fischer, 2020, s. 35) Díky rodině dochází k primární socializaci dítěte, kterou je v pozdějších letech velmi obtížné vymazat. Pokud tedy socializace v této fázi neprobíhá tak, jak by měla, nastává značný problém v pozdějším věku dítěte. Během primární socializace dochází k osvojení morálních hodnot a vlastních zásad. Rodina má v tomto případě funkci jakéhosi zprostředkovatele, který pokládá základ do dalšího sociálního života dítěte. (Zárybnický, 2014) Jedinci vyznačující se delikventním či kriminálním chováním velmi často pocházejí z rozvrácených a neúplných rodin, sociálně slabších rodin, nebo rodin s nízkou vzdělaností. Nezřídka je v těchto rodinách typický výskyt nějakého patologického jevu, jako je například: trestná činnost, alkoholismus, absence pracovních návyků. Není ovšem úplným pravidlem, že se vždy jedná o osoby právě z rodin se zmíněnou patologií. Může se jednat mnohdy o opak, jakým jsou například velmi bohaté rodiny – v takových rodinách se obvykle rodiče soustředí na finanční výdělek, dochází pak k absenci bližšího vztahu s dítětem a nemají přehled o tom, jaký vlastně život jejich děti vedou. Dítě pak hledá východisko ze stereotypu a nudí se. Východisko může bohužel nalézt v páchání kriminální činnosti: tato činnost mu dává jakýsi pocit nedotknutelnosti. (Chromý, 2010)

Dalším sociálním faktorem je nesporně školní prostředí a s tím související vrstevnické party. Školní prostředí je takzvaným sekundárním prvkem socializace. Dítě se ve školním prostředí oproti tomu rodinnému setkává s novým nastavením pravidel a norem, které musí nově respektovat. Problém nastává ve chvíli, kdy se socializace nastavená v rodinném prostředí příliš nesesetkává právě se socializací v prostředí školním. Pokud v rodině panuje například příliš volný styl výchovy, a není tedy zvyklé na prostředí s nastavenými pravidly, stává se školní prostředí něčím, co ho omezuje. (Martínek, 2009)

Problém může být nicméně i opozit volné výchovy, a to příliš přísná výchova. Takový jedinec pak ve škole působí jako téměř dokonalý a vzorný student, a to především před autoritami v podobě vyučujících. Nicméně jakmile tato autorita zmizí, tak svojí výraznou pozici dává spolužákům velmi jasně najevo a uchyluje se tak k různým společensky nepřijatelným formám chování (tamtéž jako výše). To, jak socializace ve školním prostředí

bude probíhat velmi výrazně ovlivňují učitelé – učitel na děti působí jako autorita (Jelínek, 2021). Vliv učitele na žáka je důležité nepodceňovat, vzhledem k tomu, že žáci vnímají jak vhodné, tak nevhodně chování vyučujících. Pokud dochází k nějakému nevhodnému chování ze strany vyučujícího, je přirozené, že žáci ztrácejí zájem o výuku, zhoršuje se jejich soustředěnost a zvědavost vůči probírané látce. Dochází k zvyšování absence žáka, a to jak absence omluvené rodiči, tak i k absenci neomluvené. Zde lze hovořit o záškoláctví. (Martínek, 2009)

Pokud bychom měli více hovořit o vztahu rodinné a školní socializace, je potřeba také nastínit poměrně nový současný problém, a to nedostatečný respekt rodičů vůči vyučujícím. Snížený respekt, nebo úplná absence respektu vůči pedagogickému sboru přenášená na dítě má často za následek problematické chování žáka – pokud má žák nějaký kázeňský problém, nebo špatné studijní výsledky a rodina otevřeně svaluje vinu před dítětem na vyučujícího. (Chromý, 2010)

Dosažená úroveň vzdělání je jedním z dalších významných sociálních faktorů vzniku delikventního a kriminálního chování. Úroveň dosaženého vzdělání totiž velice úzce souvisí s postavením jedince ve společnosti. Je prokázáno, že lidé, kteří se dopouští delikventního, či kriminálního chování ve většině případů dosahují nižšího stupně vzdělání. Typické je pro ně působení spíše v nižších sociálních vrstvách/třídách, a to především v třídě strádající, která je třídou nejnižší postavenou. Tato třída se vyznačuje velmi nízkou životní úrovní. V rámci těchto tříd dochází k minimálním sociálním kontaktům, pohybují se spíše v rodinném kruhu. S nízkou úrovní získaného vzdělání přichází velké množství negativních důsledků. U těchto osob dochází k frekventovanějším změnám zaměstnání, dochází k opakované a dlouhodobé nezaměstnanosti, to má za následek vysoké zastoupení exekucí. Pracovní návyky a dovednosti jsou na nízké úrovni, nebo zcela chybí. Nezaměstnanost pak úzce souvisí s trávením volného času. Takový jedinec má vzhledem k situaci více volného času, který by za normálních okolností trávil pracovními úkony. Tento volný čas mnohdy jedince vede k tomu, že jej tráví nevhodným způsobem, který vede právě k delikventnímu/kriminálnímu chování – toto chování se stává jakýmsi prostředkem naplnění jeho cílů. (Fischer, 2014)

3.3 Osobnostní charakteristika osoby s projevy delikventního, kriminálního chování

Každá osobnost je jedinečná a toto pravidlo se nevyhýbá ani osobám s projevy delikventního/kriminálního chování. Přesto lze u osob s delikventním chováním pozorovat určité typické znaky osobnosti:

- Delikvent dokáže své cíle dobře promýšlet a logicky o nich uvažovat. Problém nastává ve vyhodnocení následků jejich činů. Jejich schopnost připustit si důsledky svého konání jsou na nízké úrovni, mnohdy tyto schopnosti zcela chybí. Jakákoliv forma trestu pro ně nemá žádnou vypovídající hodnotu. Z toho důvodu má jejich jednání opakující se charakter. Opakovaný trest, byť přísnější, ani v tomto případě nemá žádný efekt – delikvent vykazuje znaky lhostejnosti, kriminální činnost se stává jejich životním stylem.
- U takových to osob lze pozorovat **zvýšenou míru impulzivitu**, která vede k extrémním výbuchům agresivity. Objevuje se emoční nestabilita, která působí problémy v rámci navazování sociálních kontaktů.
- Výjimkou není typická **emoční oploštělost**, delikvent se projevuje v citové oblasti spíše chladněji, míra empatie je na nízké úrovni, či zcela chybí. Nízká úroveň empatie je v sociálních vztazích problémem, delikvent není schopen vcítění se do ostatních, k jejich problémům (nehledě na závažnost) se staví naprosto lhostejným a odmítavým způsobem. Emoce bývají spíše negativního charakteru, k okolí se staví nepřátelsky až agresivně (hostilita). Pocit lítosti dokáže pociťovat pouze vůči sobě, pokud nastane nějaký problém v jejich životě, důsledky a příčiny svého konání hledají ve svém okolí, nikoliv u sebe.
- Způsob myšlení je v případě delikventů také odlišný, typická je pro ně **rigidita** a **kognitivní indolence**. Kognitivní indolence je určitá forma nastavení myšlení. Delikvent jedná tou nejjednodušší cestou, jde mu o dosažení cíle co možná tou nejrychlejší a nejsnadnější cestou – jde vlastně o jakousi formu lenosti. Delikvent se projevuje apaticky a lhostejně vůči přítomnému okamžiku. Nejsou schopni, nebo nechtějí uvažovat nad svojí budoucností, jejich vlastní názory se velmi často mění (nemají trvalý charakter), a jsou velmi snadno ovlivnitelné momentální situací

(například jednání v stresové situaci). Řídí se spíše pudové a impulzivně, nedokáže se ve svém chování zcela ovládat, a to především v situacích, které vyžadují nějakou míru zodpovědnosti.

- **Vyšší míra agresivity a bezohlednosti** vůči ostatním je dalším typickým znakem osob vyznačujících se delikventním/kriminálním chováním. V rámci prosazení svých vlastních zájmů dokáže poměrně zdatně předstírat pozitivní emoce a své zájmy prosazují především na škodu ostatních. (Veteška a Fischer, 2020)
- V neposlední řadě je velmi významným ukazatelem jistých predispozic k tomuto chování **zatvrzelost**, často v kombinaci s **emoční nestabilitou**. Takové osoby jsou izolovány od běžného světa, jejich hodnotový systém je zcela odlišně nastaven. Přirozená schopnost a touha sdružovat se a navazovat mezilidské kontakty je pro ně značně vzdálena. Tito jedinci bývají poměrně zranitelní a až chorobně citliví. Pocit neustálého ohrožení je pro ně přirozenou součástí myšlení. Únik z reality formou fantazírování a bájně lhavosti je jakousi obranou reakcí na zátěž, kterou v jeho očích způsobuje okolí delikventa. Takovou obranou reakcí může být také sebepoškozování.
- U delikventních jedinců hraje velkou roli jeho **vlastní ego**, které se pro něj stává centrem jeho zájmů. Reakce jeho okolí pro něj nehraje žádnou roli. Pokud se mu dostane, byť pozitivního hodnocení, tak je k takovému hodnocení zcela apatický, důležité se pro něj stává pouze sebehodnocení a vlastní uspokojení potřeb. V jeho očích je stereotyp běžného člověka nudný, potřebuje tedy častou změnu, zvýšeně touží po nových zážitcích. (Blažek, Škoda a Fischer, 2019)

Příznaky poruchy osobnosti lze snadno zaměnit např. za „problematické“ chování dospívajících, což potvrdí, či vyloučí jen vyšetření u odborníka a stanovení diagnózy. Na rozvoji poruch osobnosti se tak téměř vždy podílí kombinace více faktorů, které je vždy potřeba posuzovat individuálně. Významnou roli hraje také psychická odolnost neboli resilience, velmi podstatné jsou i zkušenosti z mezilidských vztahů. (Blažek, Škoda a Fischer, 2019)

3.4 Trestný čin, drogové trestné činy

Naprostá většina z nás si pod pojmem trestný čin nejspíše představí zločiny jako je krádež či vražda. Nicméně vymezení trestného činu není zdaleka tak jednoduše a úzce vymezeným pojmem.

Za trestný čin označujeme protiprávní skutky, které za trestné označuje primárně zákon. Trestný čin tak nemůže být stanoven kýmkoliv jiným, například tak nemůže stanovit ani policie, či soudce. Trestní zákon konkrétní trestné činy jednoznačně pojmenovává, stanovuje jejich konkrétní znaky, které je nutné splnit pro to, abychom mohli o skutečném trestném činu hovořit. (Dostupný advokát, online, 2024)

Od pojmu trestný čin je potřeba oddělit pojem, který s touto tématikou úzce souvisí. Tím pojmem je: **čin jinak trestný** – pod tímto pojmem je chápán čin, který by za normálních okolností byl činem trestným, nicméně okolnosti z ně něj dělají čin beztrestný – toto platí v případě, že čin byl například spáchán osobou mladistvou nebo osobou rozumově zaostalou. (Dostupný advokát, online, 2024)

Dále je od pojmu trestný čin potřeba oddělit pojem **přestupek**, který je již v této práci zmíněn. Přestupky mohou mít charakter obdobný trestnému činu, nicméně jeho charakter je méně společensky nebezpečný. Rozdíly mezi těmito dvěma skutky jsou obvykle dány zcela jasnou hranicí, například v případě krádeže rozhoduje hodnota odcizené věci a určuje tak, zda se jedná o přestupek, či už o trestný čin. (Dostupný advokát, online, 2024)

3.4.1 Dělení trestných činů

Trestné činy jsou zákonem rozděleny na **přečiny, zločiny a zvláště závažné zločiny**. **Přečiny a zločiny** jsou rozlišovány podle formy zavinění, kterými jsou nedbalost a úmysl, a také je rozhodující délka trestu odnětí svobody. **Přečiny** jsou pak považovány za méně závažné trestné činy. **Zvláště závažný zločin** je charakteristický horní hranicí trestu odnětí svobody, a to v délce nejméně deseti let. **Trestný čin** lze také dělit podle stádia v kterém se nachází, tedy stádium přípravy, pokusu nebo činu dokonání. (Dostupný advokát, online, 2024)

Trestní zákoník nám trestné činy dělí především podle zájmu, který je chráněn. Hovoříme tak o trestných činech:

- Proti životu a zdraví – v tomto případě typicky hovoříme o vraždě nebo ublížení na zdraví.
- Proti svobodě a právům na ochranu osobnosti, soukromí a listovního tajemství – typicky čin loupežného charakteru, pomluva.
- Proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti – do této kategorie spadají činy klasifikované jako znásilnění či zneužití.
- Proti rodině a dětem – například týraní svěřené osoby.
- Majetkové trestné činy – zde řadíme krádež, případně podvody.
- Hospodářské trestné činy – padělání a pozměnění peněz (týká se především bankovek a mincí, v případě platebních karet do této kategorie zle zařadit neoprávněné držení).
- Obecně nebezpečné – ohrožení pod vlivem návykových látek – zde je zařazeno i řízení pod vlivem alkoholických nápojů.
- Proti životnímu prostředí – typicky týraní zvířete/zvířat, neoprávněné nakládání s chráněnou rostlinou nebo zvířetem.
- Trestné činy proti České republice – vlastizrada.
- Proti pořádku ve věcech veřejných – typicky zneužívání pravomocí úřední osoby, do této kategorie zle zařadit i stalking – trestný čin nebezpečného pronásledování.
- Proti branné povinnosti – neplnění odvodové povinnosti ve stavu ohrožení státu nebo válečném stavu.
- Vojenské – typicky neuposlechnutí rozkazu, zběhnutí, odloučení od útvaru z vlastní vůle.
- Proti lidskosti, proti míru a válečné trestné činy – čin z nenávisti zaměřený rasově, nábožensky. (Dostupný advokát, online, 2024)

Z hlediska času lze trestné činy dělit na trestné činy hromadné, trvající a pokračování v trestném činu.

- **Hromadný** – za hromadný trestný čin můžeme čin považovat v případě většího množství jednání, které je typické obdobným charakterem – tedy pachatel se dopouští obdobného trestného činu. Například nelegální látku nestačí vyrobit jednou, ale je potřeba tak učinit opakovaně.

- **Trvající** – za takový je považován trestný čin, který například nevyvolá protiprávní stav, ale protiprávní stav je konáním udržován.
- **Pokračující** – typicky jde o opakování po delší dobu, opakování stále stejné podstaty činu, záměr je totožný s původním. (Dostupný advokát, online, 2024)

3.4.2 Promlčecí doba

V některých případech může docházet i k takzvanému promlčení trestného činu. Jde o případy, kdy čin splňuje všechny předpoklady trestného činu, nicméně v těchto případech nelze tento čin potrestat. K takovému případu dochází, když od spáchání činu uplyne příliš dlouhá doba – v zákoně se můžeme dočíst o promlčení trestné odpovědnosti, který se vztahuje na všechny trestné činy, pokud není v zákoně uvedeno jinak – jako příklad lze uvést genocidu. To proč se k promlčení přistupuje má několik opodstatnění mezi typické příklady lze uvést díky již zmíněné dlouhé uplynuté lhůtě náročnost dokazování takového činu. Nicméně je potřeba mít stále na paměti, že ne každý trestný čin lze takto hodnotit, nelze porovnávat neporovnatelné například krádež a ublížení na zdraví. (Dostupný advokát, online, 2024)

Právě díky tomu, že nelze jednotlivé trestné činy hodnotit stejnou mírou závažnosti se délka promlčecí doby značně liší. Zákon nejčastěji stanovuje promlčecí dobu: deseti, pěti let a tří roků podle míry závažnosti jednotlivých trestných činů. Existují i výjimky, které promlčecí dobu stanovují v mnohem delším horizontu, a to v případě zvláště závažných zločinů. (Dostupný advokát, online, 2024)

3.4.3 Záznam trestných činů

Pro jednotlivé udělené tresty platí, že jsou zaznamenávány, a to jak do soudního spisu, tak do rejstříku trestů. Rejstřík trestů je podřízen Ministerstvu spravedlnosti, je organizačním složkou, která má za úkol vést evidenci osob pravomocně odsouzených. Lze v něm najít přesný datum, kdy byl dotyčný odsouzen, osobní údaje odsouzeného, druh a výměra trestu, údaje o případném výkonu trestu. Je potřeba zmínit, že rejstřík trestů není veřejným, a zákon nám ukládá kdo může požádat o výpis z tohoto rejstříku – typicky osoba, které se výpis týká, policie nebo může o výpis zažádat pro jeho potřeby soud. (Dostupný advokát, online, 2024)

Záznamy v trestním rejstříku jsou skutečností, o které se pravděpodobně málokdo bude chtít zmiňovat. V životě se ale setkáme se situacemi, kdy o tento výpis budeme požádáni – nejčastěji při nástupu do nového zaměstnání. V těchto situacích může být nápomocen fakt, že záznam v rejstříku trestů není trvalou záležitostí. Po určité době může být záznam v rejstříku odstraněn. Opět je ale potřeba brát v potaz závažnost činu díky kterému byl záznam v první řadě učiněn.

- Po 15 letech dochází k odstranění v případě, že byl majiteli záznamu udělen výjimečný trest.
- Po 10 letech od skončení trestu dochází k smazání záznamu trestu, který byl delší než dobu 5 let.
- Po 5 letech od skončení trestu dochází k smazání záznamu trestu, který byl delší než 1 rok.
- Po 3 letech od skončení trestu dochází k smazání záznamu, který nebyl delší než doba trvání jednoho roku.
- Po 1 roce od skončení trestu v případě udělení zákazu pobytu, zákazu vstupu na nejrůznější akce. (Dostupný advokát, online, 2024)

Následně na tyto stanovené skutečnosti/podmínky, pokud osoba, které se vymazání z rejstříku týká, chová spořádaně v souladu se zákonem, může požádat o zahlazení trestu. (Dostupný advokát, online, 2024)

3.5 Vymezení právní úpravy drogové kriminality

Drogová kriminalita je v rámci českého trestního práva dělena na drogovou kriminalitu primární a drogovou kriminalitu sekundární.

Primární drogová kriminalita spočívá v jednání, které porušuje právní předpisy v oblasti výroby, distribuce omamných a psychotropních látek, nakládání a přechovávání psychotropních a omamných látek, a to i pro svou vlastní potřebu. Dále je zde zakotveno podněcování jiné osoby k užívání návykových látek. Nezahrnuje tedy kriminalitu a s tím spojené páchaní trestných činů pod vlivem omamné látky

Primárně drogové trestné činy jsou upraveny v trestním zákoníku v hlavě VII v ustanoveních §283 - §287, které rozeznávají pět základních drogových trestných činů: (Zeman, 2014)

§283 obsahuje část týkající se nedovolené výroby a jiného nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy – tento paragraf postihuje nejrůznější způsoby nakládání s omamnými a psychotropními látkami jako je: neoprávněná výroba, dovoz a vývoz, nabídka a následné zprostředkování omamné látky, také její prodej nebo přechovávání za účelem předání jiné osobě – v takovém případě jsou pachatelé potrestáni odnětím svobody v délce jeden rok až pět let, případně jsou potrestáni peněžitou formou trestu. V případě, že pachatel takového trestného činu dopouští opakovaně, dochází zpravidla ke zpřísnění trestu, a to v délce dvou až deseti let. (Šámal, 2023)

§284 se týká přechovávání omamných a psychotropních látek a jedů – tento paragraf zahrnuje dva významné body. První se týká neoprávněného přechovávání konopí, psychotropních látek obsahujících tetrahydrokanabinol, THC, a to v množství větším než malém, a pro svou vlastní potřebu. V takovém případě bude pachatel potrestán trestem odnětí svobody v délce jednoho roku, nebo propadnutím věci. Pokud má spáchaný čin mnohem větší rozsah může být potrestán v rozsahu šest měsíců až pěti let. V případě značného rozsahu pak v délce dvou až osmi let trvání trestu. Druhý se pak týká přechovávání jiných omamných nebo psychotropních látek pro svou vlastní potřebu, než jsou uvedeny v prvním případě. Trest je pak v délce až dvou let, pokud je čin většího nebo značného rozsahu je trest obdobný prvnímu případu. (Šámal, 2023)

§285 se týká nedovoleného pěstování rostlin, které obsahují omamnou nebo psychotropní látku – toto ustanovení rozlišuje mezi tím, zda se jedná o pěstování konopí, pěstování hub nebo jiných rostlin obsahujících omamné nebo psychotropní látky, a to v množství větším než malém. Případy, kdy je konopí, houby nebo jiné rostliny pěstovány pro vlastní potřebu, a jsou pěstovány v malém množství, nepodléhají trestně-právní regulaci a jsou tak trestány formou přestupku. V případě pěstování konopí v množství větším, než malém je takto spáchaný čin potrestán odnětím svobody v délce trvání až šest měsíců, případně je potrestán peněžitým trestem. Pěstování hub nebo ostatních rostlin v množství větším než malém, a pro vlastní potřebu je pak trestáno odnětím svobody v délce až jednoho roku. Pokud dochází

k páchání činnosti v rozsahu větším nebo značném přestává trestní zákoník dělat rozdíly mezi konopím, houbami, jinými rostlinami tresty jsou pak pro tyto kategorie jednotné, a to pro rozsah větší v délce až tří let pro značný rozsah je pak trest v délce trvání šesti měsíců až pěti let. (Šámal, 2023)

V případě tohoto paragrafu je potřeba zmínit fakt, že našim zákonem je povoleno pěstovat některé druhy rostlin konopí, které jsou označovány jako konopí technické. Takové odrůdy obsahují velmi nízké procento látek tetrakanabinoidů – pro takového odrůdy vzniká pouze oznamovací povinnost v případě, že je tato rostlina pěstována na ploše větší než 100 m². (Šámal, 2023)

§286 se týká výroby a držení předmětů k nepovolené výrobě omamných látek, látek psychotropních a jedů. V tomto případě paragraf pojednává o výrobě nepovolených látek, o přechovávání sloučenin nebo jiných předmětů, které jsou určeny k výrobě omamných látek, o přechovávání nejrůznějších látek, které v sobě již obsahují omamné nebo psychotropní látky – případně jedy. Pojednává také o nepovoleném opatřování sloučenin potřebných k výrobě, a to jak opatřování pro své účely, tak o opatření osobě druhé. V takovém případě je pachatel potrestán trestem odnětí svobody až na pět let, případně trestem peněžitým. I v tomto případě zákon pamatuje na tresty s vyšší sazbou, konkrétně v rozsahu dva až deset let, pakliže je pachatel členem nějaké organizované skupiny, která se dopouští výše zmíněného, pakliže pachatel tento čin páchá ve značném rozsahu, ve větším rozsahu nebo je čin páchán vůči osobě nezletilé. (Šámal, 2023)

§287 se týká šíření toxikomanie, a to ve smyslu svádění jiné osoby k zneužívání návykových látek, nebo pachatel jinou osobu v užívání návykových látek podporuje, či jinak podněcuje k jejich užívání. V takovémto případě bude pachatel potrestán odnětím svobody až na tři léta. Zde se také výše trestu odvíjí od závažnosti – trest může být také přísnější konkrétně ve výši jednoho roku až pěti let v případě, že je pachatel nějaké organizované skupiny, čin byl spáchán vůči nezletilému, nebo byl čin propagován prostřednictvím tisku, rozhlasu, nebo prostřednictvím televizního vysílání. Dále může být udělen trest ve výši dva až osm let, pokud byly výše zmíněné činy spáchány na osobě mladší patnácti let věku. Výjimkou z tohoto paragrafu je alkohol, který je z paragrafu vyňat. (Šámal, 2023)

Sekundární drogová kriminalita se týká především drogově ovlivněnou a ekonomicky motivovanou trestnou činností. Můžeme tedy říct, že tento druh drogové kriminality pracuje především s důvody a souvislostmi, které jsou příčinami toho, co vedlo pachatele k tomu trestný čin spáchat. Abychom o trestném činu mohly hovořit v souvislosti se sekundární drogovou kriminalitou je potřeba situaci hodnotiti mnohem komplexněji a využívat i individuální informace o pachateli takového činu. Primární drogová kriminalita se pochopitelně i díky pevnému ukotvení v zákoně hodnotí mnohem snadněji nežli čin spadající do oblasti sekundární kriminality. (Štefunková, 2019)

Existují však nástroje, které nám usnadňují hodnocení sekundární kriminality. Jedním z nich čtyřstupňový model EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).

EMCDDA je modelem, který vychází z teoretického rámce navrženého Goldsteinem, kterým se původně zabývala vztahem násilí a alkoholu, v souvislosti se zkoumaným problémem nejprve navrhl tři kategorie trestné činnosti, a to sice: Trestná činnosti psychofarmakologicky podmíněná, trestné činnosti ekonomicky motivovaná a systémová trestná činnost. Tyto tři kategorie byly později rozšířeny o kategorii čtvrtou, a to sice trestné činy porušující drogové zákony. (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, online, 2024)

Psychofarmakologické trestné činy v tomto právě spadají do kategorie sekundárních trestných činů. Tyto trestné činy pracují s předpokladem, že trestné činy vedoucí k násilí či agresi jsou páčány pod vlivem návykové látky, a to jak pod akutním, tak chronickým vlivem. Účinky návykové látky jsou pak proječovány stavy strachu, stavy paranoi, výrazným útlumem, prudkými a výraznými změnami nálad, poruchami vědomí a mnohými dalšími. Mezi návykové látky typické pro tyto stavy řadíme především alkohol, stimulační látky, omezeně i některé druhy opiátů. V souvislosti s psychofarmakologickými trestnými činy pak hovoříme především o násilnou trestnou činností, jakou může být: loupež, různé formy ublížení na zdraví, napadení sexuálního charakteru, do této kategorie zle také zařadit trestný čin, při kterém se sám uživatel může stát obětí trestného činu, a to jako následek stavu vyvolávající návykové látky. (Štefunková, 2019)

Další kategorií spadající do sekundární drogové kriminality je ekonomicky motivovaná trestná činnost. Se stále zvyšující potřebou užívání drogy, také přichází zvýšená náročnost na finanční stránku a s tím spojený častý nedostatek financí. Z tohoto důvodu se řada uživatelů návykových látek uchyluje k páčání trestné činnosti, aby svou potřebu užívání drogy ufinancovali. Řadíme sem především majetkovou trestnou činnost, jakou může být krádež, vloupání, loupež. Není výjimkou, že set v rámci ekonomicky motivované trestné činnosti můžeme setkat s pachateli, kteří v rámci získání návykové látky vykrádají lékárenská zařízení, falšují lékařské předpisy. Nezřídka kdy pachatelé takovéto činy páčají organizovaně, tedy dochází ke krádeži zboží, po kterém je momentálně největší poptávka, tak takto kradené zboží jsou pak často vypláceni přímo drogou nikoliv peněženě. S ekonomicky motivovanými trestnými činy se setkáváme spíše u uživatelů návykových látek, který jsou na finanční stránku náročnější. (Štefunková, 2019)

3.6 Prevence drogové kriminality

V této diplomové práci bylo již několikrát poukázáno na fakt, že závislostní chování, jeho vznik a rozvoj je problémem působícím jak na samotného jedince, tak na společnost, a to hned v několika rovinách. Jde především o negativní sociální, zdravotní, trestněprávní a finanční dopady. Bohužel, zcela vymínit drogovou kriminalitu je prakticky nemožné, pokud ale budou preventivní opatření mířena cíleně a dobře mohou nám napomoci toto chování potlačit, a eliminovat.

Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním pro rok 2019–2027 odhaduje současný stav/počet osob, kteří jsou zatíženi rizikem vzniku závislosti přibližně takto:

- až 2 miliony kuřáků, kteří jsou považováni za denní uživatele,
- až 1,6 milionů konzumentů alkoholu, kteří spadají do rizikové skupiny. V tomto případě lze ještě uživatele dělit na denní uživatele, a denní uživatele vysokých dávek,
- až 900 tisíc uživatelů, kteří zneužívají látky spadající do oblasti sedativ a hypnotik,
- až 125 tisíc osob, kteří užívají konopné látky,

- až 45 tisíc osob zneužívajících pervitin a opiové látky, a to především injekčním podáváním. (Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním, online, 2024)

Pomoci lidem, kteří trpí nějakou formou závislost, se dostává v nejrůznějších programech, které pracují především v rovině interdisciplinární a v rovině, která plně respektuje bio-psycho-sociální model vzniku závislosti. Takové služby jsou poskytovány hned v několika oblastech, ve kterých lze velmi dobře uplatnit i odborné poznatky sociální andragogiky: je jimi oblast prevence, oblast včasného zásahu, oblast poradenství, oblast snižování rizik spojených se závislostním chováním, oblast léčby závislosti, oblast sociální rehabilitace a oblast reintegrace osob trpících nějakou formou závislosti. (Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním, online, 2024)

Pojem prevence ve všeobecnosti znamená soustavu nějakých opatření, které mají za úkol zabránit výskytu nějakého nežádoucího fenoménu a snižovat pravděpodobnost vzniku tohoto nežádoucího fenoménu. O prevenci zle nejčastěji slyšet v souvislosti předcházení nemocí, drogových závislostí, zločinnosti, nehodám nejrůznějších typů, ale i třeba v souvislosti s neúspěchy ve škole, konflikty v sociálním prostředí a mnohé další. (Hartl a Hartlová, 2015)

Pro účely této diplomové práce se zaměříme na prevenci v oblasti drogové závislosti a prevenci v oblasti kriminálního chování.

Primární prevence – cílem primární prevence je především odradit nebo alespoň odložit na co možná nejdélší dobu první kontakt s drogou. V rámci primární prevence je kladen důraz na poskytovaná pravdivých informací týkající se drog a všech následků (zdravotní, sociální), které užívání drogy způsobuje. Klade důraz na utváření a upevňování prosociálního chování, podporu protidrogových postojů, osvojování si sociálních dovedností jak v osobní rovině, tak v rovině skupin. (Nešpor a Csémy, 1996)

Primární prevence by měla probíhat na několika úrovních, a to na rodinné úrovni, školní úrovni a také na společenské úrovni. V rámci úrovně rodinné je velmi důležité, dítěti poskytovat naprosto pravdivé informace, hovořit s dětmi o drogové problematice. Dítěti v rámci rozvoje pomáhat, projevovat empatii, naslouchat, věnovat mu dostatek času – smysluplně využívat volný čas dítěte, i společný čas s rodiči, podporovat ho ve

volnočasových aktivitách. Zároveň je důležité dítě učit odpovědnosti za své činy, a za své chování, projevit vůči dítěti důvěru – i důvěra ovšem musí být udržovaná v určité mezi – přílišná důvěra nemusí být vždy tím pravým nástrojem. Primární prevence na **školní úrovni** by měla být naprostou samozřejmostí, základním principem primární prevence ve školním prostředí je výchova žáka k osvojování si sociálního chování, výchova ke zdravému životnímu stylu, zvládání těžkých – zátěžových životních situací. Pokud z jakéhokoli důvodu selže prevence na rodinné úrovni je právě škola právě místem, které do jisté míry přebírá roli rodiny. Aktivity zaměřené na prevenci jsou především součástí výuky základních škol, a mohou mít nejrůznější formu, a to formu přednášek, besed a programů, které mají mnohdy dlouhodobější charakter. (Nešpor a Csémy, 1996)

U preventivních programů je podstatné, aby se s nimi začalo co možná nejdříve. Je důležité, aby byly přizpůsobeny věku účastníků programu, reagovat na aktuální potřeby účastníků, a vybudovat si k účastníkovi nezbytnou důvěru. Ideální je, aby byl takový program realizován na dlouhodobé úrovni, a pro co možná nejmenší skupinu posluchačů – to napomáhá k tomu, že program může být tvořen více interaktivně. Ideální je situace je v případě, že program podporuje aktivní účast samotného posluchače, tedy neposkytovat v rámci programu pouze informace, ale rozvíjet postoje a dovednosti účastníků programu. To vše napomáhá k naplnění cílů preventivních programů, mezi tyto cíle můžeme zařadit pozitivní zvládání vlastních emocí, strachu, stresu, komunikace, také schopnost čelit tlaku. (Nešpor a Csémy, 1996)

Při vedení/utváření/prezentování preventivních programů je potřeba dávat pozor na pasivní vstřebávání informací, také je nutné dávat pozor na to, aby program nebyl založen pouze na odstrašujících/varovných příkladech – toto většinou spíše vyvolává reakce typu: “mě se ale stát nic nemůže“, je to zcela přirozená lidská reakce, nicméně v rámci preventivních programů nenese kýžený efekt. Toto uvedené sice posluchači poskytnou informace, může jistým způsobem zvýšit informovanost posluchačů, ale nedochází k ovlivnění chování a postojů k užívání návykových látek. (Nešpor a Csémy, 1996)

Sekundární prevence nachází své uplatnění v momentě, kdy problém se závislostí již vznikl, kdy je potřeba tento problém blíže specifikovat a uživatele dovést k nějakému druhu léčby. Tedy pomoci najít účinnou cestu ke zvládnutí problému, který nastává u uživatelů,

kteří drogy konzumují pravidelněji, nebo na zcela pravidelné bázi. Najít účinná řešení a prostředky k tomu, aby uživatel přestal drogy vyhledávat a konzumovat, a aby došlo k minimalizaci zdravotních důsledků, které závislost provázejí.

Oblast sekundární prevence je v současné době velmi dobře utvořena systémem odborné pomoci, který velmi dobře cílí na specifické indikátory vzniklého problému. Tím může být například ochota spolupráce ze strany závislého, jeho sociální statut, motivace závislého ke změně, ale také například fáze, ve které se závislost momentálně nachází. (Kalina, 2010)

Terciální prevence velmi úzce navazuje na prevenci sekundární. Hlavním cílem terciální prevence je předcházení zdravotních a sociálních důsledků v souvislosti se závislostním (či jinak rizikovým) chováním. Typické pro terciální prevence je takzvaný přístup Harm Reduction (HR). Jde o přístup/přístupy, které mají co nejvíce snížit/minimalizovat poškození způsobené drogami, a to především u osob u, kterých chybí motivace k tomu, aby zanechali škodlivého užívání drog. Programy Harm Reduction se snaží o omezení, snížení rizik, které vedou k život ohrožujícímu stavu, které vedou k ohrožujícím infekcím nejrůznějšího druhu, k infekcím, které jsou typické pro nitrožilní aplikaci, případně které jsou typické pro nechráněný pohlavní styk – AIDS, Hepatitidy typu B a C. Jedním z nejběžnějších procesů/způsobů využívaných v rámci programu HR patří výměna již využitého injekčního materiálu za nový a sterilní, poskytovaná poradenské činnosti (rady, návody jak drogu bezpečně aplikovat a předcházet tak možným komplikacím), edukační činnost o rizicích užívání drog. (Kalina, 2010)

Současná situace v oblasti prevence je velmi dobře popsána v několika důležitých bodech Národní strategie prevence snižování škod spojených se závislostním chováním:

- Kvalita současných programů především v oblasti primární prevence, realizovaných ve školním prostředí, neustále roste. Nicméně se zde stále vyskytují regionální rozdíly v kvalitě. Z tohoto důvodu je nezbytně nutné, aby MŠMT začalo přistupovat k plné implementaci systémových nástrojů prevence (školní metodici prevence, krajsí školsí koordinátoři prevence, metodici prevence pedagogicko–psychologických poraden...).
- Školská prevence je stále velmi podfinancována, časové dotace určené pro metodiky školní prevence jsou nedostačující.

- Programy dlouhodobého charakteru, které jsou zaměřeny na celou populaci, a programy zaměřeny na specifická prostředí jakými je, prostředí výkonu trestu odnětí svobody a sociálně vyloučené lokality spíše absentují.
- Programy všeobecné, selektivní a indikované prevence, které jsou zaměřeny především na skupiny ohrožené závislostním chováním mají velmi nízkou dostupnost, a jsou spíše podfinancovány. Většina krajů a obcí projevuje spíše nízkou míru podpory.
- Programy prevence, které jsou určeny/zaměřeny na rodiny a občanskou veřejnost spíše absentují.
- Vzdělanost populace v oblasti užívání/zneužívání návykových látek, je na nízké úrovni. Důkazem toho jsou například ne zcela správné informace týkající se držení malých množství drog a s tím spojená údajná beztrestnost, přetrvávající mylné představy o zdravotních benefitech konzumace alkoholu, nebo ne zcela jasné představy o zdravotních dopadech užívání návykových látek nelegální povahy.
- Míra užívání nelegálních i legálních návykových látek mezi dětmi má klesající tendenci – příčiny tohoto trendu však nejsou dostatečně zmapovány, nelze tedy říci jaký podíl na této skutečnosti mají socio–kulturně působící preventivní jevy.
- Včasná diagnostika závislostního chování v souvislosti s alkoholem, tabákem týkající se skupin obyvatel sociálně vyloučených aktivit a skupin osob ohrožených sociálním vyloučením je na velmi nízké úrovni. (Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním, online, 2024)

4 Sociální andragogika a její role v prevenci a řešení nežádoucího návykového chování

Člověk je tvor společensky založený, a aby se ze společnosti ostatních lidí nevyčlenil, nebo se nedostal na její okraj, tak musí dodržovat určitá pravidla. Na tyto pravidla si musí zvykat již od raného dětství prostřednictvím výchovy v rodině a postupně ve škole formou soustavného vzdělávání. Dochází tak k postupnému začleňování do společnosti, ve které plní v různém časovém úseku své sociální role (od batolete po rodiče, kolegu v práci, přítele, rozvíjí sousedské vztahy až po roli starého člověka). Vzdělávání hraje v životě každého člověka velmi výraznou roli – a zde je zvlášť významná role sociální andragogiky, která spolu se zvládnutím komunikace představuje dva nejdůležitější principy v socializaci dospělých lidí. Pokud proces socializace selže, musí nastat jeho restart v podobě **resocializačních procesů**. Za hlavní cíl sociální andragogiky označujeme edukaci, sebevýchovu, rozvíjení a kultivaci osobnosti dospělého jedince, interpersonální vztahy a jejich zvládnutí, maximální snížení sociálního nesouladu mezi jedinci a společností, působení preventivní činností a předcházení složitým životním situacím, nebo tyto situace přímo řešit. (Határ, 2009)

4.1 Sociální andragogika

Sociální andragogika je stále poměrně mladou aplikovanou disciplínou, která vychází především z teoreticko–metodologických poznatků andragogiky, sociální psychologie, sociální pedagogiky a sociální práce.

„Sociální andragogika zkoumá vztah mezi sociálním prostředím, sociální situací jedince a jeho edukačním potenciálem (tj. možnostmi a ochotou dále se vzdělávat). Sociální andragogika se snaží o integraci dospělého jedince do společnosti v průběhu procesu socializace a pomáhá znevýhodněným jedincům prostřednictvím poradenství a vzdělávání řešit krizové a neočekávané životní situace. Klíčovým cílem sociální andragogiky je zlepšovat sociální vztahy, vytvářet adekvátní interpersonální vztahy a napomáhat dospělým při plnění sociálních rolí a respektování sociálních norem.“ (Veteška, 2016, s. 49)

Hlavní podstatou a předmětem zájmu sociální andragogiky jsou tedy vztahy mezi sociálním prostředím – tedy tím, kde uskutečňujeme naše společenské vazby, které ovlivňují naše životní hodnoty, vztahy s ostatními, naše přesvědčení, a výchovu již dospělého člověka. Třídí a uceluje vědomosti oblasti edukace dospělých, jejich výchovy, sebevýchovy, socializace, resocializace, edukace a reedukace a oblast poradenské činnosti pro dospělé. Edukaci pak pro účely sociální andragogiky chápeme jako jeden z nástrojů řešení vzniklých sociálních problémů a sociální pomoci dospělému jedinci. (Szabová-Šírová, 2015)

Sociální andragogika tak nachází své uplatnění především v rámci těchto oblastí:

- Výchovné a vzdělávací činnosti, zaměřené na sociální učení, mezilidské vztahy.
- Sociální pomoci dospělému jedinci.
- Rekvalifikační a poradenské činnosti v rámci činnosti úřadů práce.
- Odborné poradenství sociální péče.
- Podpůrná s vzdělávací činnost v rámci nejrůznějších charitativních organizací.
- Reedukace a resocializace v rámci penitenciární a postpenitenciární péče.
- Sociálně–výchovná činnost v rámci regionů a jejich vyloučených lokalit. (Határ, 2009)

Vzniklé situace a problémy jsou pak řešeny prostřednictvím:

- Utváření optimálních podmínek pro vzdělávání dospělých v rámci nejrůznějších sociálních institucí a zařízení.
- Zkoumání aktuálních otázek problematiky socializace a kultivace osobnosti člověka.
- Pomoci dospělému jedinci během složitých životních situací, a adaptaci na nově vzniklé podmínky, které vyvstanou na základě těchto situací.
- Zkvalitnění péče o seniory, kteří žijí jak ve svém původním domácím prostředí, tak v prostředí zařízení sociálních služeb pro seniory.
- Zkvalitnění edukační péče o seniory.
- Vedení dospělého jedince ke zkvalitnění jeho mezilidských vztahů – pokud v rámci těchto vztahů dojde k nějaké konfliktní situaci pomoci tyto situace kvalitně řešit.
- Zajistit po organizační i metodické stránce, preventivní vzdělávací aktivity pro neklinické i klinické skupiny dospělých jedinců. (Határ, 2009)

Pro sociální andragogiku je typický její interdisciplinární charakter. Vzájemné vztahy mezi sociální andragogikou, sociální pedagogikou, sociální psychologií a sociální prací jsou typické především jejich společným cílem, a to pomoci člověku, tak aby byl schopný kvalitního fungování v rámci mezilidských vztahů, komunikace, vykonávání jednotlivých sociálních rolí, aby byl schopen adaptace na měnící se životní podmínky a přebírání sociální zodpovědnost. Dalším společným znakem jsou cílové skupiny, kterým se věnují v rámci jednotlivců, rodin a komunit. Důležitá je pro všechny zmíněné disciplíny profesionalita a s tím spojená osobnost pracovníků, kteří vykonávají profesní činnosti spojenou s těmito disciplínami. (Szabová-Šírová, 2015)

Přes výše zmíněné lze nalézt několik rozdílných prvků mezi těmito disciplínami. Profesní příprava jednotlivých pracovníků je odlišná, stejně jako formy a metody jejich práce. Postupy, strategie a techniky se teoreticky liší poměrně málo, co je odlišuje jsou konkrétní případy v závislosti na charakteru, jaký má klientům problém. Odlišují se také cílové skupiny z hlediska věku. Věkem jsou podmíněny sociální problémy a jejich charakter. (Szabová-Šírová, 2015) Například objektem sociální pedagogiky jsou především děti a dospívající, objektem sociální andragogiky je to naopak dospělý jedinec.

4.2 Sociálně-andragogická intervence

Cílem andragogické intervence je zmírnění nebo odstranění již vzniklých problémů. Představuje také poskytnutí konkrétní pomoci jedinci, který takovou pomoc potřebuje.

Pokud se chce kdokoliv věnovat jakékoliv poradenské činnosti je nezbytně nutné si vytyčit cílové skupiny, kterým se tato poradenská činnost bude věnovat. Toto platí i pro sociální andragogiku. Z pohledu sociální andragogiky se jedná o dospělého jedince, a to jak o jednotlivce, skupiny, rodiny, pro které poradenská, odborná, sociální činnost bude určena.

V kontextu činnosti s cílovými skupinami dospělých jedinců, je takovýto jedinec v rámci sociálně-edukační práce, tedy poskytování účinné sociální pomoci a realizace této pomoci, označován za sociálního klienta. Takovýto klient se na pomáhající pracovníky obrací v případě, že se v jeho životě vyskytne problém, který z jakéhokoliv důvodu není schopen samostatně řešit, a to ani s pomocí svého nejbližšího okolí. O klientovi jako o sociálně

znevýhodněném klientovi začínáme hovořit tehdy, kdy se zaměříme na negativní následky sociální povahy, které sebou zmíněné problémy přináší. Takové následky jsou obvykle dlouhodobého charakteru, nežádoucí vedou k přímému ohrožení klienta, a to kvůli sociálnímu vyloučení, které sebou problém přináší. Sociálně vyloučeným se jedinec stává v případě, že dochází k nedostatečné účasti jedince (skupiny) na běžném životě společnosti. Z toho také plyne nedostatečný přístup k organizacím, které zprostředkovávají vzdělání, zdravotní péči a ochranu. V praxi toto obvykle znamená nízký ekonomický statut – život v chudobě, chybí účast na trhu práce (s tím související nedostatečný příjem financí), bez přijatelné bytové situace, život v izolaci ve společnosti stejně zasažených osob pohybujících se na okraji naší společnosti. Příčin, proč se jedinec v takové situaci ocitne je celá řada. Mezi nejčastější patří nízký stupeň vzdělání (obvykle základní), nedokončené vzdělání, vysoký věk, nedostatečně osvojené sociální dovednosti, disfunkce rodiny, závislostní chování způsobené užíváním návykových látek, nezaměstnanost, špatné psychické a tělesné zdraví. (Szabová-Šírová, 2015)

Kritéria vymezení cílových skupin sociálně–andragogického poradenství:

1. **Sociálněpatologické jevy** – řadíme mezi ně patologické chování v rámci rodinného prostředí, nezaměstnanost, nízký ekonomický statut, závislostní chování nejrůznějších druhů (nejčastěji na návykových látkách), kriminalitu, suicidální chování, bezdomovectví. Tyto uvedené sociálněpatologické jevy nám pomáhají definovat cílové skupiny sociálně–andragogické práce:
 - Patologické rodiny typické například výskytem domácího násilí, zneužíváním.
 - Lidé s projevy závislostního chování.
 - Pachatelé trestných činů.
 - Lidé bez domova.
 - Lidé, kteří vykonávají prostituci.
2. **Poruchy sociálního fungování dospělých jedinců** – poruchy mezilidských vztahů, problémy spojené s nežádoucím životním stylem, poruchy v komunikaci. Na základě tohoto lze rozlišit dvě cílové skupiny:

- Poruchy spojené se sociální interakcí a sociální rolí – lidé nezaměstnaní, zdravotně znevýhodnění, lidí rozvedení (procházející rozvodovým řízením).
- Poruchy spojené se sociálním chováním a problémovým životním stylem – pachatelé trestné činnosti, osoby s projevy závislostního chování, členové uzavřených náboženských skupin.

3. Poruchy, problémy a nedostatky plynoucí ze sociálních rysů dospělého jedince

– v tomto případě hovoříme o cílových skupinách z širšího hlediska vzhledem k tomu, že zohledňuje nejen příčiny, ale i projevy problémů dospělých jedinců. Mezi základní sociální rysy dospělého jedince řadíme: věk, dosažený stupeň vzdělání, kvalifikaci, ekonomickou situaci, zdravotní stav, sociální statut a mnohé další.

- Zdravotní stav dospělého jedince: fyzické nebo psychické postižení případně jejich kombinace, smyslové postižení, zdravotní stav vyplývající z poúrazového stavu, chronická onemocnění.
- Věk dospělého jedince: mladí dospělí kteří ukončili ústavní péči, jedinci seniorského věku žijící obvykle osaměle, lidé ve velmi vysokém věku.
- Vzdělání a kvalifikace dospělého jedince: lidé s nízkým stupněm dosaženého vzdělání, lidé především dlouhodobě nezaměstnaní, absolventi škol.
- Sociální statut jedince: lidé s nízkým ekonomickým statutem, lidé bez domova.
- Rodinná situace jedince: lidé rozvedení (procházející rozvodovým řízením), oběti trestného činu domácího násilí, rodič samoživitel, rodina jejichž člen je závislý, rodina jejichž člen je psychicky nebo fyzicky nemocný.
- Sociálně-ekonomická situace jedince: dlouhodobě nezaměstnaní, lidé s nízkým ekonomickým statutem, lidé bez domova, osoby propuštěné z výkonu trestu.

(Szabová-Šírová, 2015)

Průběh sociálně–andragogické intervence zpravidla probíhá v takzvaných etapách, kdy rozlišujeme pět etap, které se mohou vzájemně prolínat a mohou probíhat ve stejném časovém období. (Szabová-Šírová, 2015)

Etapa první – etapa sociální evidence – dochází k prvním kontaktům s klientem, seznámení zainteresovaných stran a k formulaci problému, který je potřeba řešit. Dochází

k zhodnocení toho, v jak akutní fázi se problém nachází a také dochází k posouzení toho, zda je problém v kompetenci sociálního andragoga, a zda není potřeba problém posunout k řešení jinému odborníkovi.

Důležité je od klienta zjistit, s jakými očekáváními přichází, zda mají reálné možnosti řešení. V případě že tomu tak není, klientovi jeho reálné možnosti vysvětlit. Případně jej motivovat k tomu, aby v případě řešení vyvíjel i svou vlastní aktivitu a projevoval zájem.

V této etapě dochází k vytvoření důvěry mezi klientem a sociálním andragogem. Pokud se podaří úspěšně atmosféru důvěry navodit, dochází k tomu, že klienti jsou v rozhovorech o svých problémech, a ve sdělování důležitých informací vztahující se k probíranému problému mnohem otevřenější. Takto vytvořená důvěra neznamená nutně důvěru vytvořenou k pracovníkovi, velmi nápomocná v procesu intervence může být i důvěra vytvořená vůči samotnému procesu intervence.

Jednou ze stěžejních procesů první etapy je získávání anamnestických údajů o klientovi. Tato část je vzhledem k velkému množství získávaných a poskytovaných informací poměrně náročná pro obě strany, a to jak bude tato část zvládnuta může mít velký vliv na průběh dalších společných setkávání. Základní údaje poskytuje především samotný klient, některé další údaje je možné získávat prostřednictvím další dokumentace o klientovi, pokud je tedy tato dokumentace k dispozici. Zle využít i výpovědi osob z klientova prostředí (obvykle rodiny), nicméně vzhledem k jisté subjektivitě a emočnímu zainteresování tato metoda nemusí být vždy výhodná. (Szabová-Šírová, 2015)

Etapa druhá – etapa stanovení sociální diagnózy – jde o proces, který je zaměřený na rozpoznání a určení hlavních znaků probíraného problému. Zahrnuje nalezení příčiny/příčin, které klienta do uvedené situace přivedly. Důležité je o příčinách uvažovat v souvislostech, zda v době, kdy problém vznikl nenastaly v klientově sociálním životě nějaké podstatné změny, které mohly situaci negativně ovlivnit. Celý proces je důležitý pro vytvoření plánu celé intervence, k tomu abychom mohli takový plán vytvořit a realizovat je důležité správně identifikovat a popsat vzniklou nežádoucí situaci, zmapovat průběh a příčiny, popsat důsledky, které tato situace klientovy přináší. (Szabová-Šírová, 2015)

Etapa třetí – etapa návrhu řešení a plán terapie – pro to, aby řešení pro klienta bylo co možná nejvhodnější, je důležité zaměřením na okolnosti vzniku klientovy situace. V praxi to znamená, že se pracovník zaměří na možnosti, jak ovlivnit klientovy vnitřní a vnější faktory, které nějakým způsobem ovlivňují klientovu aktuální situaci. Vytvořený plán se tedy bude věnovat jak vnějším faktorům, jako je zásah do sociálního prostředí, ve kterém se klient pohybuje, zahrnuje materiální pomoc, asistence při hledání zaměstnání, finanční pomoc, pomoc se zajištěním ubytování. Dále vnitřním faktorům, jako je zamezení opětovného vzniku problému v budoucnosti, sociálně-edukační činnosti. Návrh řešení problému bude mít ideálně více možných variant, ze kterých si sám klient zvolí tu, která mu nejvíce vyhovuje, a přijme tak zodpovědnost za své rozhodnutí a zodpovědnost za řešení situace. (Szabová-Šírová, 2015)

Etapa čtvrtá – etapa sociální terapie – tato etapa je typická aktivní spoluprací mezi sociálním andragogem a klientem. To, jak společný kontakt bude frekventovaný, stanoví sociální andragog, a to po důkladném zvážení závažnosti klientova problému, vyhodnocení již probíhajících změn v řešení problému a možností klienta. Cíl intervence je ideálně stanoven po společném uvážení pracovníka a klienta. (Szabová-Šírová, 2015)

Etapa pátá – etapa ukončení a ověření výsledků – terapie v ideálním případě končí úplným vyřešením problému, nicméně je možné terapii ukončit za podmínek částečného vyřešení klientova problému. Poměrně velké procento prováděných terapií by mohlo pokračovat v podstatě nepřetržitě, a to vzhledem k tomu že se nezřídka kdy stává, že není vyřešeno vše, co by bylo potřeba řešit. Je tedy ideální, aby si pracovník a klient podmínky ukončení stanovili hned na začátku intervence.

Existují i situace, kdy k ukončení intervence dochází hned po první konzultaci s klientem. Bývá to v případech typických tím, že setkání splnilo účel hned v úvodu, ale také proto, že klient a pracovník nedošli k řešení, které by bylo vyhovující. Frekventovaně dochází k ukončení intervence z důvodu negativního a odmítavého postoje ze strany klienta.

V ideálním případě by měla být intervence ukončena celkovým zhodnocením, tedy zhodnocením průběhu, dosažených výsledků, vzájemné spolupráce s klientem, zda bylo dosaženo stanoveného cíle a přípravou klienta na možné další sociální změny, které mohou nastat. (Szabová-Šírová, 2015)

4.3 Socializace

„Socializace představuje celoživotní důležitý proces, v jehož průběhu se jedinec začleňuje do společnosti a učí se v ní žít. Základem socializace je osvojování vzorců a zvyklostí chování, řeči a komunikace, poznatků o jiných lidech a o světě, hodnotových orientací, postojů, norem, rituálů ale také stereotypů a předsudků. Důležitou součástí socializace jedince je vývoj sociálních kontrol: společnost chrání sama sebe tím, že jedinec si má osvojovat systém norem, společensky závazných hodnot a příkazů, jejichž dodržování od něho společnost očekává. Socializace probíhá od nejranějšího dětství v rodině či náhradním výchovném prostředí, v mateřské škole a v navazujících stupních vzdělávání a později v zaměstnání. Na průběh a kvalitu socializace dále působí i média a různé sociální skupiny, v nichž je jedinec začleněn (širší okruh vrstevníků a kamarádů, činnost v rámci sportovních a volnočasových klubů apod.).“ (Veteška, 2015, str. 22)

Mezi základní prvky socializace patří: (dle Nakonečného, 1995)

- Osvojení základních kulturních návyků (liší se dle kultur, patří sem například zásady slušného chování – poděkování, oslovení, žádost o prosbu).
- Užívání předmětů běžné denní potřeby – užívání věcí, pomůcek a nástrojů přiměřeně k jejich funkci v kontextu osvojování kulturních návyků.
- Osvojení mateřského jazyka a dalších forem sociální komunikace (dobře zvládnuté jazykové a komunikační schopnosti zvyšují možnost dobrého společenského uplatnění a spolu s tím schopnost dobře vycházet s ostatními lidmi).
- Osvojení základních poznatků o společnosti a přírodě.
- Osvojení sociálních rolí přiměřeně k věku a pohlaví jedince.
- Orientace ve společenských normách a hodnotách společnosti.
- Postupný vývoj sebekontroly a volní regulace chování, přechod od přirozeného egoismu dítěte k základům prosociálního chování. (Veteška, 2015)

Téměř každý z nás chce žít v dobře a kvalitně fungující společnosti. Pokud chceme, aby tato společnost opravdu kvalitně fungovala, je nezbytné, aby se jedinci, kteří se z jakéhokoli důvodu dostali do střetu, nebo až na okraj této společnosti, co nejdříve začlenili zpět.

Opětovné začlenění je nutné z několika hledisek:

- **hledisko ekonomické** – výkon trestu je velmi zatěžující pro státní výdaje, ve vězení lidé nebývají většinou ekonomicky aktivní,
- **sociálních hledisko** – sociální začleňování je proces, který zajišťuje osobám sociálně vyloučeným dosáhnout příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se začlenit do ekonomického, sociálního i kulturního života,
- **kulturních a etické hledisko** – prospěšné pro společnost by bylo, kdyby ke konfliktům ve společnosti, a z toho plynoucího resocializačního procesu docházelo co nejméně. (Veteška a Fischer, 2020)

4.4 Resocializace a reedukace z pohledu andragogiky

„V minulosti často využívaný pojem „nápravná výchova“ (correctional education), byl nahrazen spíše pojmy „reedukace“ a „resocializace“. Reedukace v sobě zahrnuje též institucionální opatření nezbytná pro účinnost při požadavku na změnu chování, postojů a hodnot. Oba pojmy se poměrně často vyskytují v oblasti penologie – právní vědy zabývající se výkonem trestu odnětí svobody. Penologie je právní věda zabývající se výkonem trestu odnětí svobody. Penologie zkoumá účinnost různých druhů trestu, podmínky výkonu trestu, praktické otázky vězeňství, možnosti alternativních trestů, prevenci recidivu a podobně a vzdělávání ve vězení (prison education).“ (Veteška a Fischer, 2020, s. 103)

O možnosti převýchovy dospělých hovoříme v rámci resocializace. Resocializace představuje sociologický koncept, zabývající se procesy emoční a mentální převýchovy. Jedinec, který projde těmito procesy, by měl být schopen existence i v jiném, nebo zcela odlišném prostředí, než na který byl zvyklý. Resocializace může být dobrovolná nebo nedobrovolná (nařízená). Dobrovolnou rozumíme vstup do nového statusu, jako je například nově uzavřený sňatek, nástup do práce, vstup do armádních služeb. O nedobrovolné resocializaci hovoříme v případě jedince ve výkonu trestu odnětí svobody. (Veteška, 2016)

Resocializací rozumíme proces, v jehož průběhu dochází u jedince k určitým sociálním změnám, které mají za cíl přizpůsobení se životu ve společnosti, nebo určité komunitě. Jde vlastně o proces transformace identity, ve kterém se učíme zvládat nové role, zatímco se odnaučujeme ty staré. Pokud tedy dojde ke střetu požadavků na role v novém statusu s primární socializací jedince, může to být důvod k zahájení resocializačního procesu. Resocializační proces vyžaduje odnaučení již přijatých norem, našich hodnot a zvyklostí tak,

aby mohly být nahrazeny novými, příhodnými pro novou roli. Resocializace bývá nazývána též socializací dospělých.

Z hlediska pragmatizmu je resocializace metodickým procesem převýchovy objektivní reality. Samotná resocializace tedy nutně nemusí probíhat jen například ve věznici, nebo v nápravných centrech, ale také ve škole, v rámci rodiny, v pracovním kolektivu či komunitě. (Průcha a Veteška, 2014)

Podle Vetešky se resocializací v penitenciárním procesu rozumí: „*Složitý proces nápravy a změny neuspokojivé socializace, která se také nazývá též korektivní socializací či penitenciární resocializací.*“ (Veteška, 2015, s. 233)

Používá se proto, aby se: „*Odlišila od resocializace u jedinců, kteří sice mají problém se socializací, ale ne natolik, aby jejich nedostatečná socializace vyústila v páchaní trestné činnosti.*“ (Fischer a Škoda, 2014, s. 168) Resocializace může být také tomto kontextu definována jako výchovné působení na jedince (příslušníka určité rizikové sociální skupiny, pachatele trestného činu atd.) směřující k jeho opětovnému zařazení do řádného života společnosti. V této souvislosti se někdy můžeme setkat s pojem převýchova. V současnosti se však stále více prosazuje pojem edukace, respektive reedukace, neboť v sobě zahrnuje vedle výchovy i vzdělávání. Edukace a reedukace se při resocializačním procesu navzájem prolínají. „*Reedukací rozumíme snahu pomocí pedagogických metod rozvinout nevyvinuté osobnostní vlastnosti či je pozměnit společensky žádoucím směrem.*“ (Fischer a Škoda, 2014, s. 154) Reedukaci můžeme chápat jako „*převýchovu, tj. určitou snahu změnit postoje a chování osob s nežádoucími způsoby chování a zdeformovanými hodnotami či postoji. Týká se např. jedinců s delikventním a asociálním chováním nebo osob ve výkonu trestu odnětí svobody. Reedukační intervence se uplatňuje v rámci probačního dohledu (probace) zejména u jedinců podmíněně propuštěných z výkonu trestu, na něž jsou zaměřena resocializační opatření.*“ (Průcha a Veteška, 2014, s. 233)

Rychlost a charakter průběhu resocializace závisí v případě delikventních osob na řadě různých faktorů.

Mezi ně patří zejména:

- ochota měnit svou hodnotovou orientaci – ochota k nápravě,

- míra sofistikovanosti potřebná k ochotě podřízovat se sociálním normám, přijímat nové vzory chování a akceptovat nové autority,
- míra adaptačních schopností dané osoby na sociální změnu,
- míra případných přítomných psychopatologických rysů. (Veteška a Fischer, 2020)

Efektivnost andragogické intervence spočívá především v poradenství a odborné péči, odpovídající individuálním dispozicím odsouzeného. (Veteška a Fischer, 2020)

4.5 Integrace a reintegrace

Jedním z úkolů sociální andragogiky je snaha o integraci dospělého jedince zpět do jeho sociální skupiny a do celé společnosti, ze které byl vyčleněn. Snaží se o to prostřednictvím vzdělávání, výchovy a péče o daného jedince. Jedná se o soubor teorií, pravidel a strategií, které jsou zaměřeny na vedení, pomoc a udržení osobnostních vlastností člověka, který se nachází v tíživé životní situaci. Andragogické instrumenty tvoří základ integrace jedince do společnosti – děje se tak v průběhu socializace, kdy pomáhají znevýhodněným jedincům prostřednictvím dalšího vzdělávání a poradenství a sociální rehabilitace řešit krizové a neočekávané životní situace.

Výchovu, vzdělání a poradenství jsou klíčové nástroje při práci s rizikovými jedinci (např. odsouzenými). Významná epistemologická východiska přinesla v několika posledních letech zejména sociální andragogika. (Veteška, 2016)

Reintegrací označujeme proces, během kterého dochází ke zpětnému začlenění jedince, který byl z nějakého důvodu vyloučen z běžného života ve společnosti. Pokud má být proces reintegrace úspěšný, musí vycházet od samotného jedince, je to vlastně postupný proces jeho dozrání v jedince prospěšného společnosti. (Veteška a Fischer, 2020)

Reintegrace je příznivě naplňována zejména, když:

- Jedinci mají příznivé sociální zázemí, mají dobré vztahy s rodinou, případně přáteli.
- Mají získané profesní dovednosti a dokončený určitý stupeň vzdělání.
- Došli k pozitivním změnám ve svém postoji a pohledu směrem ke společnosti.
- Chtějí za pomoci odborníků získat náhled nad svými nedostatky a snaží se tyto nedostatky změnit.

- Jsou schopni do svého života přijmout a zpracovat nové poznatky.

Nejdůležitější věcí v procesu reintegrace jedince zpět do společnosti je z vyjmenovaných faktorů na prvním místě sociální zázemí. Když je člověk podporován rodinou, snáze překoná nepříjemné překážky, které se na jeho cestě mohou vyskytnout. A nemusí jich být málo, jde třeba o schopnost udržet si práci a o zvládnutí negativních reakcí okolí. (Mareš, 2019) Pokud riziková osoba neumí s negativními reakcemi okolí pomocí rodiny a odborníků (zde je např. důležitá a účinná pomoc odborníků z oblasti sociální andragogiky) pracovat, může snadno dojít k recidivě jeho nevhodného chování, které dříve jedinec měl.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodologie výzkumu

5.1 Vymezení praktické části/cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat názory a postoje jedinců s projevy rizikového chování s důrazem na možné následky jejich závislosti spojené s jejich návratem do běžného života.

V rámci výzkumného šetření byly autorkou práce stanoveny dílčí cíle:

- Analyzovat postoj osob s projevy rizikového chování k dostupnosti informací týkající se dotazované oblasti.
- Analyzovat představy osob s projevy rizikového chování o ideální preventivní péči/programu.
- Analyzovat představy osob s rizikovým chováním, o ideální pomoci během návratu do běžného života.

Aby byl stanovený cíl výzkumu naplněn, byly pro výzkum stanoveny tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: **Jak vnímají osoby s rizikovým chováním rozsah následků ve spojitosti s návratem do běžného života?**

Výzkumná otázka č. 2: **Jak vnímají osoby s rizikovým chováním současnou dostupnost informací v oblasti prevence rizikového chování?**

Výzkumná otázka č. 3: **V čem a jak se odlišují představy osob s rizikovým chováním o ideální preventivní péči od současných trendů v této oblasti?**

Výzkumná otázka č. 4: **Jak si představují osoby s rizikovým chováním účinnou pomoc s návratem do běžného sociálního prostředí?**

5.2 Metodologie provedeného výzkumu

Pro tuto diplomovou práci autorka zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s osobami, které vykazují, nebo

v minulosti vykazovali projevy rizikového/závislostního chování. Tato zvolená metoda autorce práce umožnila naplnit výzkumný cíl, jenž byl autorkou pro tuto práci stanoven.

Kvalitativní výzkum – kvalitou lze rozumět určitou hodnotu, nebo souhrn nejrůznějších vlastností, ze kterých se lze dozvědět informace o tom, jaký je předmět/osoba o kterou se zajímáme. Kvalitativní přístup je procesem, který nám umožňuje zkoumaný jev, nebo problém, pozorovat v autentickém prostředí a získat tak souhrnný obraz zkoumaných jevů. Cílem výzkumníka je tedy primárně porozumět zkoumané osobě, chápat její hlediska, jak se na zkoumanou věc zkoumaný dívá a jak ji popisuje. (Hendl, 2016)

Při provedení kvalitativního výzkumu si v první řadě výzkumník zvolí zkoumané téma a stanoví základní výzkumné otázky. Tyto otázky kvalitativní výzkum umožňuje během analýzy a sběru dat různě doplňovat a upravovat. Analýza a sběr dat je prováděn současně, výsledky, které jsou získány průběžně určují směr sběru dalších dat a provádění dalších analýz. (Hendl, 2016)

Pro tento přístup je zásadní jeho jedinečnost, neopakovatelnost, vnitřní i vnější souvislost, průběžné posuzování, dynamičnost, reflexivita.

5.3 Metoda sběru dat

Autorka pro tuto práci zvolila jako metodu sběru dat polostrukturovaný rozhovor, neboli interview. Tato metoda patří mezi jedny z nejvýhodnějších metod získávání kvalitativních dat. Patří mezi nejrozšířenější metody, a to především proto, že dokáže řešit a vyvážit nevýhody nestrukturovaných a plně strukturovaných metod rozhovorů. Při polostrukturovaném rozhovoru si výzkumník specifikuje okruhy otázek, které bude účastníkům výzkumu pokládat. Výhodou je, že pořadí otázek lze měnit – při polostrukturovaném rozhovoru má tedy výzkumník definované jádro rozhovoru a stanovený základ témat a otázek, které jsou nutností v rámci rozhovoru probrat, tím si výzkumník zajistí, že stanovená témata skutečně probrána budou. (Miovský, 2006)

Aby byla správně pochopena podstata odpovědí účastníků výzkumu, je doporučeno klást doplňující otázky, které výzkumníkovi pomohou k lepšímu uchopení probíraného tématu.

5.4 Kódování rozhovorů

Zaznamenané rozhovory byly nejprve autorkou práce přepsány, vytištěny a posléze analyzovány. Takovýto proces je označován za metodu otevřeného kódování. Tato metoda dle Hendla umožňuje autorovi výzkumu lokalizovat výzkumné otázky v rámci psaného textu. Přesněji řečeno v průběhu opakovaného čtení, jsou nalezeny stěžejní části rozhovoru, které jsou vypovídající a obsahují klíčové odpovědi na položené výzkumné otázky (Hendl, 2016). Jako nejvhodnější technika se při analýze textu ukázala metoda kódování v ruce (Šedřová a Švaříček, 2014), kdy byl autorkou vytvořen seznam kódů, které umožnili rozhovory rozčlenit do 6 kategorií, které byly dále analyzovány.

Kategorie vytvořené otevřeným kódováním:

- Setkání s drogou
- Rodinné prostředí
- Léčba
- Důsledky závislosti
- Návrat do běžného života
- Prevence

5.5 Výzkumný soubor

V případě, že je kvalitativní výzkum prováděn metodou rozhovoru, je velmi důležité rozhodnout o skladbě respondentů, se kterými bude rozhovor prováděn. V rámci výzkumu pro účely této diplomové práce byla použita metoda záměrného výběru respondentů, a to technikou účelového výběru, tak aby vybraní respondenti odpovídali zaměření výzkumu této práce. Vybraný vzorek respondentů je typem specifického výběru. Do takového vzorku respondentů byli zařazeni respondenti se stejným problémem, který je v jejich případě závislostní chování. Výsledky tohoto výzkumu jsou reprezentativní pro danou skupinu.

Respondenti tedy byli vybráni na základě předem daných kritérií – u respondenta se v minulosti objevilo rizikové/závislostní chování, toto chování se v rámci přípravy rozhovoru nevyskytuje (je v remisi), respondent je ochoten se výzkumu účastnit.

Vybraní respondenti byli seznámeni s tématem práce, tématem výzkumu a s přibližnou časovou náročností plánovaného rozhovoru. Všichni zúčastnění respondenti byli seznámeni

s naprostou dobrovolností poskytovaného rozhovoru, anonymitou, byli ujištěni, že jejich osobní údaje nebudou v rámci práce nikde zveřejněny. Rozhovor mohl být z jejich strany kdykoliv během jeho trvání ukončen.

Stručný popis respondentů:

- Respondent č. 1 – žena, 33 let, základní vzdělání.
- Respondent č. 2 – muž, 40 let, středoškolské vzdělání.
- Respondent č. 3 – muž, 45 let, základní vzdělání.
- Respondent č. 4 – žena, 22 let, základní vzdělání.

5.6 Interpretace rozhovorů s respondenty

Rozhovory s respondenty na jejich přání probíhaly především v online prostředí. Výjimku tvořila jedna respondentka, se kterou byl vzhledem k její hospitalizaci a přání ve výzkumu i přes probíhající hospitalizaci pokračovat, proveden rozhovor v prostředí kavárny nacházející se v areálu PN Bohnice.

Rozhovory byly realizovány v přibližné délce 30 minut. Z každého rozhovoru byl zaznamenán zvukový záznam, který byl po následném přepisu (převod mluveného slova z rozhovoru do písemné podoby) na přání respondentů smazán.

Respondent č. 1:

Lucie, 33 let, svobodná, 2 děti v péči otce, základní vzdělání, závislost na marihuaně a občasné užívání pervitinu. Lucie pochází z rozvrácené rodiny, matka je dlouhodobý psychiatrický pacient (bipolární afektivní porucha). V současné době dle svých slov drogy neužívá. Je v péči psychiatra, u kterého je v léčbě s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti.

Setkání s drogou

Lucie se s drogou setkala v poměrně mladém věku, a to především díky svému tehdejšímu partnerovi, který byl nejen uživatelem, ale i pěstitelem marihuany. Užívání drogy u ní znamenalo především útěk před každodenním životem. *„Byl to krásný pocit, takový útěk od starostí. Žila jsem s psychicky nemocnou matkou a ve škole byla terčem šikany, byl to pro*

mě únik před realitou. Před drogami jsem se od 14 let sebepoškozovala a měla za sebou dva dlouhodobější pobyty na dětské psychiatrii v Motole.“

Rodinné prostředí

Lucie strávila dětství v neúplné rodině, kdy ani jeden z rodičů o Lucii nejevil příliš velký zájem. *„Otec byl zcela zaneprázdňen svou novou rodinou, matka trpí bipolární poruchou a žije tak nějak ve svém vlastním světě.“* Z této situace vyplynul i její brzký odchod z domova právě k partnerovi, který byl také závislý, a v důsledku své závislosti během jejich vztahu spáchal sebevraždu.

Lucie si poměrně záhy našla nového partnera, který pocházel z problémové rodiny a byl také aktivním uživatelem drog. Velmi brzy se svým tehdejším partnerem otěhotněla, což pro ni bylo vzhledem ke zdraví dítěte, impulzem svoji závislost alespoň částečným způsobem kompenzovat. Byl to také moment, kdy se prvně o její závislosti dozvěděla, a její závislost začala vnímat i její rodina. I když podle slov Lucie si ona myslí, že minimálně její matka o jejím problému nějaké ponětí měla. *„Rodina to vlastně vzala na zřetel až ve chvíli, když jsem byla těhotná a snažila se závislost alespoň omezit, s obavami o osud dítěte. Sama jsem o svém problému matce řekla. Myslím, že o závažnosti situace dávno věděla, jen neměla kapacitu, a možná ani zájem o tom se mnou mluvit.“*

Léčba

Lucie k léčbě nastoupila zcela dobrovolně, a to zhruba před třemi roky. V té době si plně začínala uvědomovat, o co díky závislosti může přijít. *„K léčbě jsem nastoupila dobrovolně (psychiatrická nemocnice Bohnice) poté, když mi partner odmítl vrátit děti a OSPOD (později soud) mu v tom vyhověl.“*

Lucie sama o sobě říká, že se nepovažuje za zcela vyléčenou. Během hospitalizace s diagnózou závislosti jí bylo diagnostikováno několik dalších psychiatrických diagnóz. *„tak mi někdy přijde, že jsem jednu závislost vyměnila za druhou, legální. Bez antidepresiv bych se patrně opět k nějaké droze časem uchýlila, jelikož s tím, co se mi děje v hlavě normálně fungovat neumím.“*

Důsledky závislosti

Závislost Lucii přinesla velké množství negativních důsledků. Během doby, kdy byla závislá se stala matkou dvou dětí, které jsou v důsledku její závislostní historie, a v důsledku dalších psychiatrických diagnóz v péči otce. Její finanční situace se velmi zkomplikovala, aby měla peníze na drogy, brala si větší množství bankovních i nebankovních půjček, které jí přivedly až k exekučnímu řízení.

Návrat do běžného života

Lucie se pomalu vrací do běžného života. Nalezla si práci, díky které se jí daří řádně platit alimenty, a splácet své dluhy. Velký posun vidí také v péči o své dvě děti. *„Děti má v péči bývalý partner, já je mám jednou za 14 dní na víkend. V současné době se již s nimi mohu stýkat bez přítomnosti pracovnice z OSPOD, takže v tom vidím velký posun.“*

Přesto, že se jí pomalu začíná dařit plnit všechny své závazky, stále jí v životě chybí především podpora ze strany rodiny. *„Návrat nebyl a stále není lehký. Po odborné stránce je péče ucházející, bohužel mi velmi chybí i zájem nejbližšího okolí, mé rodiny. Tam se setkávám buď s nezájmem ze strany matky, nebo naopak neustálými výčitkami ze strany babičky, se kterou žiji ve společné domácnosti. Výčitky jsou sice oprávněné, ale dle mého názoru tak trochu nepatřičné ze strany ženy, která sice netrpí žádnou závislostí, ale výchova jejích dětí byla velice zvláštní a k mnohému v životě mojí matky i mém přispěla.“*

Prevence

Lucie uvádí, že současné programy prevence jí připadají spíše nedostačující a uvítala by programy rozsáhlejší, a to jak na základních, tak středních školách. *„Rozsáhlejší informace jsem se dozvěděla vlastně až v psychiatrické léčebně a následně na denním stacionáři.“* Na otázku, zda větší podpora ze strany její rodiny mohla něco v jejím chování ovlivnit odpověděla: *„To netuším, ale kdybych prožívala „normální“ dětství bez přítomnosti několika nevlastních otců a bez pocitu nezájmu ze strany matky, tak to možné je.“*

Respondent č. 2:

Michal, 40 let, středoškolské vzdělání, svobodný a bezdětný, v minulosti uživatel marihuany, pervitinu, občasný uživatel ostatních tvrdých drog. V současné době drogy

neužívá. Michal pochází ze vzdělané, fungující a milující rodiny. I přesto se stal drogově závislým a cesta za vyléčením byla dlouhá a složitá.

Setkání s drogou

Michal je dle svého vyprávění dobrodružné povahy, vždy ho lákalo zažít něco nového, dobrodružného. A tak jeho první setkání proběhlo díky jeho přátelům, a právě z těchto důvodů. „*Chtěl jsem si to vyzkoušet a co nejvíc si to užít. Myslel jsem si, že to bude v pohodě, že si to vyzkouším a kdykoliv přestanu.*“ Michalovi bylo 18 let, když začal s užíváním marihuany a velmi záhy na to s aplikací pervitinu. I přes jeho dobrodružnou povahu a touze po dobrodružství o sobě mluví spíše jako o introvertovi. „*Jsem introvertní povahy a najednou se ze mě stal úplně jiný člověk. Komunikativní, měl jsem plno nápadů, snadno se seznamoval. To ale byly jen začátky, které dlouho netrvaly.*“

Rodinné prostředí

Michal pochází z milující, vzdělané rodiny, a svoje dětství považuje za naprosto šťastné.

Závislost se před rodinou snažil Michal tajit co nejdéle, a to především proto, že se bál, že svoji rodinu zklame, a z tohoto důvodu se své rodiny strasil. Situace ho nakonec donutila rodině o svém problému říci. „*Před rodinou jsem se to snažil dlouhou dobu tajit, měl jsem strach z jejich reakce. Největší strach jsem měl z toho, jak budou zklamání. Nakonec se všem vlastně ulevilo, že je to „venku“. Rodiče samozřejmě tušili, jak se věci mají. Jen si to nechtěli přiznat, ostatně stejně jako já.*“

Rodiče mu i přes jeho obavy byli nakonec velkou podporou, a zpětně situaci hodnotí tak, že se měl rodičům s problémem svěřit o něco dříve.

Léčba

Michal nastoupil k léčbě dobrovolně poté, co ho jeho bývalá partnerka o nástup na léčbu žádala. Rozchod s ní byl nakonec právě posledním impulzem k tomu léčbu nastoupit. „*Rozhodl jsem se sám. Impulsem byly prosby a naléhání mé přítelkyně a následný rozchod s ní.*“

„*Léčil jsem se asi čtyři měsíce v psychiatrické léčebně.*“ Léčbu Michal nehodnotí jako vůbec snadný proces, který by bez podpory své rodiny pravděpodobně nezvládl. I přes úspěšně

zvládnutou léčby si myslí, že jistý problém u něj stále přetrvává. „*Jsem sice již pár let „čistej“, ale ta chuť a nutkání tu stále je. A to za problém považuji. Feťák navždy, tak občas smýšlím, ale věřím, že časem dostanu z hlavy i tyhle myšlenky a budu v pořádku.*“

Důsledky závislosti

Důsledky závislosti vnímá Michal zcela v negativní rovině. „*Časté střídání práce z důvodu vyhazovu, jelikož jsem v době největší závislosti byl schopen bez omluvy i několik dní do práce nepřijít. Dluhy po všech známých, následné exekuce, neschopnost udržení vztahu, velmi sporadické vztahy s rodinou. Hodně mě mrzí třeba nedokončení studií, což bylo pro rodiče velké zklamání.*“

Návrat do běžného života

Michal uvádí, že aby se mohl plně vrátit do běžného života, bylo podle jeho slov potřeba začít on nuly. Zpřetrhal všechny vztahy s přáteli, které během své závislosti utvořil. Získal stabilní práci, s rodinou má báječné vztahy a do budoucna by se rád vrátil k vysokoškolskému studiu, které kvůli drogám nedokončil. Velkou roli hrálo v jeho začlenění do běžného života, i to že docházel k odborníkům, kteří mu s návratem pomohli. „*Měl jsem štěstí na dobré lékaře na psychiatrii a následně i odborníky v terapeutické komunitě a posléze středisku následné péče, kam jsem ještě dost dlouho docházel.*“

Prevence

Michal prevenci považuje spíše za nedostatečnou. „*Nemyslím si, že by byla prevence dostatečná. V případě alkoholu a kouření možná trochu lepší, než u drog, zvláště těch tvrdých, ale dostatečná mi nepřijde. Co si vzpomínám, tak na základní škole proběhla jedna, možná dvě přednášky a něco málo v hodinách občanské výchovy. To je vše, mělo by se o tom mluvit víc a víc mladé lidi varovat.*“

Respondent č. 3:

Ladislav, alkoholik, 45 let, základní vzdělání, pravidelné požívání alkoholu od 15 do 38 let, oba rodiče byli závislí na alkoholu. Vykonává příležitostné práce, bydlí na ubytovně nebo u přátel.

Setkání s drogou

Ladislav se především díky rodičům setkal s alkoholem velmi brzy. Kdy začal s aktivní konzumací si přesně nepamatuje, ale pravděpodobně to bylo kolem 15 let. Jeho postoj k alkoholu byl zpočátku smíšený. *„Alkohol mi zpočátku vůbec nechutnal, bohužel po dosažení stavu opilosti jsem zjistil, že se dostaví pocity, kdy všechny moje problémy ustupují a svět se stává hezčí a snesitelnější.“*

Rodinné prostředí

Oba Ladislavovi rodiče trpěli závislostí na alkoholu. Závislost otce byla o něco výraznější a závažnější, a tato závislost se mu stala osudnou – v důsledku zdravotních komplikací své závislosti podlehl. S matkou již není v žádném kontaktu.

Na otázku, jak Ladislavovi rodiče reagovali, že trpí stejnou závislostí odpověděl: *„Podle mého mínění, jim to bylo naprosto jedno. Oba byli alkoholici.“* To, že má nějaký problém prý rodiče tušili od začátku, ale tím, že zvýšenou konzumaci alkoholu vnímali jako něco normálního, nebyla jejich reakce v podstatě žádná.

Ladislav je dvakrát rozvedený, a je otcem dvou dětí.

Léčba

To že má Ladislav problém si uvědomil po několikáté ztrátě zaměstnání, rozpadech vztahů, a ztráty domova.

K myšlence léčby ho přivedl Ladislava jeho blízký kolega z práce, který měl také osobní zkušenost se závislostí na alkoholu. *„K léčbě jsem se dostal díky svému spolupracovníkovi, bývalému alkoholikovi, se kterým jsem si vytvořil blízký vztah. Bral jsem ho jako otce, kterého jsem v podstatě nikdy neměl i když jsme spolu žili ve stejné domácnosti.“*

Bohužel u Ladislava nelze s jistotou říci, že pro něj byla léčba zcela úspěšná. *„Na léčení jsem byl několikrát a zatím jsem se vždy k alkoholu vrátil. Snažím se o to, aby to bylo menší množství, nepiju každý den a do úplné opilosti.“*

Důsledky závislosti

„Propil jsem doslova celou výplatu, když nezbylo, hostili mě kamarádi, půjčoval jsem si a bohužel bral peníze manželkám na úkor dětí.“

„Rozpadla se mi dvě manželství, mám dluhy a byl jsem ve výkonu trestu pro opakované neplacení alimentů. Mám velký problém udržet si práci, velmi často jsem na dávkách.“

Návrat do běžného života

To, zda se Ladislav vrátil zcela do běžného života i kvůli opakovaným relapsům závislosti nelze říci. V současné době využívá především ambulantní podpory a snaží se svoji závislost dostat pod kontrolu

Prevence

Ladislav ve svém případě považuje závislost především za genetickou zátěž. *„Za hlavní důvod své závislosti považuji genetickou zátěž v rodině, vzhledem k tomu, že alkoholici byli oba rodiče. Podpora z jejich strany nebyla žádná, sami měli se sebou problém, problémy jiných, včetně vlastního dítěte je vůbec nezajímaly.“*

I z toho důvodu je názoru, že v jeho případě by nějaká intenzivnější preventivní opatření neměla smysl. *„Vzhledem k tomu, co jsem měl celé dětství před očima, tak si myslím, že ne.“*

S preventivními programy nemá v podstatě žádnou zkušenost. Nikdy o ně nejevil zájem.

Respondent č. 4:

Nikola, 22 let studující při zaměstnání, závislost na marihuaně, pervitinu, extázi. Pochází z úplné rodiny, rodiče měli mezi sebou problematický stav. Je bezdětná, bydlí u rodičů.

Setkání s drogou

Nikola zažila první setkání s drogou ve školním prostředí. V té době jí bylo necelých 14 let a byla žákyní 8. třídy. *„Nejdřív to byla tráva, alkohol, cigarety později se to dostalo až k pervitinu, občas nějaká extáze v klubu.“*

I pro Nikolu byla droga především únikem od každodenních starostí. *„Rodiče se doma skoro pořád hádali a já před tím utíkala. Bylo mi líp venku na ulici, no a kamarád ze školy mi dal trávu a hned bylo líp, najednou jsem byla v úplně jiném světě.“*

Rodinné prostředí

Nikola pochází z kompletní rodiny, nicméně vztahy rodičů označuje i kvůli četným hádkám za komplikované.

O faktu, že s Nikolou není něco v pořádku věděli velmi brzy. „*Měla jsem výkyvy nálad, kradla jsem jim peníze a co si budeme povídat, tráva je z oblečení dost cítit. Zapírala jsem, ale oni věděli své. Zkoušeli na mě různé zákazy, nesměla jsem chodit ven, zakazovali mi „závadné“ kamarády, nedostávala jsem kapesné, i prarodiče měli zákaz mi dávat peníze. Bohužel jsme to s rodiči nezvládli a zůstalo jen u neustálých hádek bez řešení.*“

Léčba

Nikola se k léčbě dostala díky matce, které je zpětně i přes jejich komplikované vztahy za tuhle skutečnost vděčná. „*Byla jsem ještě nezletilá, tak to bylo asi snadnější v tom, že mi rodiče nedali na výběr a prostě jsem do léčebny šla. Teď jsem jim za to opravdu vděčná, udělali jedinou správnou věc.*“

Sama říká, že bez pomoci rodiny by problém nejspíš neřešila a pokračovala dál. A pokud by problém řešit chtěla ani by nevěděla na koho se v takovém případě obrátit.

Důsledky závislosti

Nikola zanechala díky drogám středoškolského studia, již tak pochroumané vztahy s rodinou se ještě zhoršily, přišla o své přátele, které nahradila přáteli se stejnými potřebami. „*Prostě drogy a nic jiného.*“

Dokud dostávala kapesné snažila se drogy hradit z něj, později se začala uchýlovat ke krádežím peněz od svých rodičů a prarodičů.

Návrat do běžného života

S návratem do běžného života Nikole pomohli její lékaři a sociální pracovníci, se kterými navázala kontakt. V současné době má stále zaměstnání, vrátila se ke studiu na střední škole.

I přes svůj celoživotně komplikovaný vztah s rodiči říká, že i oni jí byli oporou v návratu k normálnímu životu. Vztahy s nimi v současnosti považuje za urovnané. „*Vztahy se urovnaly, i když ta nedůvěra tam pořád je a asi ještě dlouho bude.*“

Prevence

Nikola během svých studií nějaké přednášky týkající se drogové prevence absolvovala, Jak sama říká, ve věku, v kterém je absolvovala, tak je nebrala příliš vážně. „*Bohužel, nás tam pár bylo zvědavých, nebo možná přesvědčených, že o nic nejde, že jich se to netýká.*“

V současných preventivních programech jí chybí jakási autentičnost a názornost. „*Kdyby byly preventivní programy hodně názorné a ukazovaly více pravou tvář drog, tak možná ano. Nemyslím tím přednášky s vyléčenými narkomany, ale kdyby na přednášku přitáhli feťáka v abstráku, to by byla jiná. Ale to samozřejmě nejde, je to blbost.*“

5.7 Shrnutí výsledků

Výzkumná otázka č. 1: Jak vnímají osoby s rizikovým chováním rozsah následků ve spojitosti s návratem do běžného života?

Otázka číslo jedna měla za úkol od respondentů zjistit, jak vnímají rozsah následků své závislosti během procesu návratu do běžného života. Všichni respondenti vnímají důsledky, které ovlivnili jejich návrat do běžného života za stěžejní. U tří ze čtyř respondentů byl návrat do běžného života značně zkomplikován nedostatečným dosaženým stupněm vzdělání. Tito respondenti disponují pouze základním vzděláním, které pro ně představuje handicap v podobě ztíženého uplatnění na trhu práce. Z toho vyplývají komplikace v podobě nízkého finančního ohodnocení.

Jako jeden z negativních následků, který respondenti vnímají, je přerušování kontaktů s blízkými osobami (přátelé, rodina, partneři), které se bohužel během návratu do běžného života nepodařilo zcela obnovit.

Výzkumná otázka č. 2: Jak vnímají osoby s rizikovým chováním současnou dostupnost informací v oblasti prevence rizikového chování?

Otázka číslo dva měla za úkol od respondentů zjistit jejich postoj k dostupnosti potřebných informací. Všichni čtyři respondenti se shodli, že v dostupnosti informací týkajících se rizikového chování nevidí žádný větší problém. Informace považují za velmi dobře dostupné, a to především díky moderním technologiím. Problém spatřují spíše v ochotě jednotlivců tyto informace přijímat, ať už v rámci preventivních programů, rodiny, nebo neochotě si je aktivně vyhledávat. Hovoří především z vlastní zkušenosti – většinu nějakým preventivních aktivit absolvovali v rámci základních škol, přednášku brali spíše jako jakousi formu zábavy.

Všichni respondenti byli toho názoru, že i přes dobrou dostupnost informací, je potřeba aby tyto informace šířila především rodina. Aby rodiče svým dětem aktivně vštěpovali osvětu o

nebezpečnosti užívání jakýchkoliv návykových látek, hovořili s dětmi otevřeně a bez nějakých příkras.

Výzkumná otázka č. 3: V čem a jak se odlišují představy osob s rizikovým chováním o ideální preventivní péči od současných trendů v této oblasti?

Otázkou číslo tři byli respondenti dotazováni na odlišnost představ a skutečnosti v oblasti preventivní péče. Přestože všichni respondenti považují dostupnost informací v probírané oblasti na slušné úrovni, s prevencí jako takovou příliš spokojeni nejsou a považují jí za nedostatečnou. Je potřeba říci, že při hodnocení preventivních programů respondenti vycházeli z vlastní zkušenosti, někteří z nich nějaký preventivní program absolvovali již před nějakou dobou.

Respondentům chybí v preventivních programech větší četnost jejich realizace. Informace, které jsou podávány v rámci těchto programů, by si představovali obsáhlejší. Přáli by si, aby informace, které jsou mladým lidem poskytovány, vyvolávaly větší znepokojení, aby byly více alarmující, více názorné, a aby díky tomu probíraný problém i vzhledem k věku brali méně lehkovážně.

Zmiňují i, že by si představovali větší zapojení rodičů dětí do těchto programů. Pravidelně uskutečňovat společné přednášky pro rodiče a děti. Tyto přednášky by pomáhaly prohloubit pouto mezi rodiči a dětmi tak, aby jim další společné rozhovory o této problematice usnadnily.

Výzkumná otázka č. 4: Jak si představují osoby s rizikovým chováním účinnou pomoc s návratem do běžného sociálního prostředí?

Cílem výzkumné otázky číslo čtyři bylo zjistit, jak si respondenti představují pomoc s návratem do běžného života. Všichni respondenti absolvovali dlouhodobou léčbu, v rámci které se setkali s celou řadou odborníků. Bohužel v některých případech tuto pomoc nehodnotili zcela kladně, a vidí jisté mezery. Byť si všichni respondenti uvědomují svoji diagnózu, a to, že si za svůj problém mohou sami, a co v lidech může tato diagnóza vyvolat, uvítali by v některých případech především větší míru empatie, a zrychlení některých úředních procesů. Uvítali by také, kdyby měli již během léčby možnost přidělení konkrétního odborníka, který se vyzná právě v jednotlivých úředních postupech, byl by jim

nápomocen, a plnil by jakousi funkci přímého asistenta, který by s nimi všechny tyto úřední záležitosti absolvoval osobně.

Například Lucie velmi negativně hodnotila spolupráci s pracovníci OSPOD. Je si velmi dobře vědoma, že její diagnóza závislosti, a další přidružené psychiatrické diagnózy vyvolávají v lidech předsudky, nicméně se podle svých slov ze strany některých pracovníků setkala s nevhodným chováním, které v ní vyvolalo subjektivní pocit nespravedlnosti.

5.8 Diskuze

Stěžejním cílem výzkumu bylo ukázat především to, jak značné mohou být důsledky závislostního chování, jak může být návrat do běžného života i právě kvůli těmto důsledkům složitý. Přinesl vhled do toho, jak závislost u jednotlivých respondentů vznikla, co bylo impulsem k léčbě, jak svoji léčbu hodnotí, a jaký mají náhled na preventivní programy týkající se závislostí.

V rámci výzkumného šetření autorka práce realizovala rozhovory se čtyřmi osobami s projevy rizikového/závislostního chování. Rozhovory se týkaly dvou žen a dvou mužů ve věku dvacetidvou až čtyřicetipěti let. Všichni respondenti bez výjimky začali se zneužíváním návykových látek ve velmi mladém věku v rozmezí od čtrnácti do devatenácti let. Z tohoto závěru vyplývá skutečnost, jak je důležitá včasná a účinná prevence, která by v případě ideálního nastavení, a především většího zájmu respondentů, mohla mít velký vliv na jejich další životní kroky. Tři respondenti měli v důsledku své závislosti pouze základní vzdělání, jeden respondent středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou. Pouze jeden respondent se o doplnění dalšího vzdělání snažil, jeden respondent o studiu vážně uvažoval. Nejméně pro dva ze čtyř respondentů je tato situace poměrně tíživá z hlediska uplatnění na pracovním trhu.

U tří ze čtyř respondentů velkou roli v prvním kontaktu s drogou hrála jejich osobní potřeba úniku od reality, a to především díky velmi komplikovaným rodinným vztahům s rodiči. Rodinné prostředí, péče, empatie a láska hraje velmi důležitou roli ve vývoji dítěte, v rodinách těchto respondentů toto spíše chybělo. U čtvrtého respondenta, který pocházel naopak z milující rodiny, byl kontakt s drogou vyvolán zvědavostí, rodina se v tomto případě

ukázala jako velká podpora nejen v jeho léčbě, ale i jako podpora v následujícím návratu do každodenního života.

U dvou respondentů byla závislost v době rozhovorů zcela kompenzována. Lucie sice svoji původní závislost označuje za kompenzovanou, nicméně se jistým způsobem za závislou stále považuje. Během hospitalizace se závislostí jí byla diagnostikována další psychiatrická diagnóza, která vyžaduje lékovou terapii. To, že se stala odkázanou na léčích, které její psychiatrickou diagnózu kompenzují označuje za nový druh závislosti, kterým trpí. Ladislav se svou závislostí stále bojuje, opakovaně se k léčbě vrací. Sice jeho problém nemá takové rozměry jako před první nastoupenou léčbou (neužívá tak vysoké dávky alkoholu, vydrží bez alkoholu delší časový úsek), nicméně stále je aktivním uživatelem.

Nejnápadnější důsledky závislosti se projevíly u Lucie a Ladislava. Lucie toto nejvíce pocítila ve vztahu k dětem, které v době závislosti porodila. Vztahy s dětmi má komplikované – jsou ve výhradní péči otce, styk s nimi má umožněn jednou za 14 dní, donedávna byl tento styk dokonce umožněn pouze pod dohledem sociálních pracovníků OSPOD. Ladislav přišel o veškeré rodinné zázemí, žije na ubytovně, pobírá sociální dávky, byl ve výkonu trestu v důsledku neplacení alimentů.

Léčba byla u tří ze čtyř respondentů zahájena dobrovolně, impulzem k zahájení léčby jim byl především fakt, že se u nich začaly projevovat důsledky jejich konání. Nejčastěji to byla ztráta zaměstnání, partnerů, finanční problémy. Nikola z tohoto pravidla tvořila výjimku, a to z toho důvodu, že v době, kdy u ní závislost propukla byla nezletilá. K léčbě tak nastoupila nedobrovolně, a to na popud rodiny.

Závěr

Tato diplomová práce byla zaměřena na rizikové chování se zaměřením na chování závislostní v kontextu sociální andragogiky. Hlavním cílem práce bylo definovat nebezpečnost a škodlivost návykových látek a jejich devastující dopad na zdraví a sociální status jedince s důrazem na roli sociálního andragogiky. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na osoby s projevy návykového chování.

Diplomová práce byla rozdělena na dvě části skládající se z pěti kapitol. První čtyři kapitoly tvořily teoretickou část práce, pátá kapitola pak byla věnována praktické části práce. První kapitola seznámila s teoretickou rovinou pojmu závislosti, vznikem a rozvojem závislosti, znaky závislosti a důsledky, které závislostní chování přináší. Ve druhé kapitole autorka práce čtenáře seznámila s historií užívání návykových látek, představila jejich jednotlivé druhy, které později v této kapitole podrobněji popsala. Třetí kapitola se týkala kriminality a delikvence ve spojitosti s návykovým chováním. Součástí kapitoly bylo teoretické vymezení těchto pojmů, popis příčin vzniku, osobnostní charakteristiky osob s kriminálním/delikventním chováním, vymezení drogově trestných činů a jejich současná právní úprava, a metody preventivních opatření v této oblasti. Čtvrtá kapitola seznámila čtenáře s pojmy socializace, resocializace, integrace a reintegrace z pohledu sociální andragogiky. V rámci výzkumné části se práce soustředila na kvalitativní výzkumné šetření. Průběh a výsledky tohoto šetření autorka popsala v páté kapitole této práce. Výzkum spočíval v rozhovorech se čtyřmi dospělými respondenty, ve věku dvacetidvou až čtyřicetipěti let, kteří vykazují znaky rizikového chování.

Pro účely výzkumu byl stanoven cíl a výzkumné otázky, které autorka práce vyhodnocuje a prezentuje v rámci teoretické části práce. Na stanovené výzkumné otázky byly v rámci kvalitativního výzkumu nalezeny odpovědi a diplomová práce dosáhla stanoveného cíle. Výsledky práce potvrzují fakt, že problematika závislostního chování je stále živým problémem, který zcela jistě nevymizí. I přes to, že preventivní programy, průběžná i následná péče o osoby s projevy závislostního chování je na vysoké úrovni, výzkum poukazuje na fakt, že samotné osoby s těmito projevy, a to především díky vlastní zkušenosti, vnímají v těchto oblastech stále jisté mezery.

Autorka této práce díky jejímu zpracování získala širší náhled do problematiky řešení a předcházení závislostnímu chování. Přesto že, na toto téma bylo zpracováno již bezpočet odborných prací věří, že i tato práce nalezne své uplatnění v probírané tematice.

Seznam použitých informačních zdrojů

- BLAŽEK, P., S. FISCHER a J. ŠKODA, 2019. *Delikvence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2013-0.
- ESCOHOTADO, A., 2003. *Stručné dějiny drog*. Praha: Volvox Globator. ISBN 80-7207-512-8.
- FISCHER, S., 2014. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.
- FISCHER, S. a J. ŠKODA, 2024. *Sociální patologie. Forenzněpsychologický rozbor vybraných sociálněpatologických jevů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-5078-6.
- GABRHELÍK, R., 2010. *Taneční drogy. Účinky*. Výukový text. Praha: Centrum adiktologie, PK 1. LFUK v Praze.
- GŘIVNA, T., M. SHEINOST a I. ZOUBKOVÁ, 2019. *Kriminologie*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7598-554-5.
- HARTL, P a H. HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.
- HELLER, J., a O. PECINOVSKÁ, 2011. *Pavučina závislosti*. Praha: Togga. ISBN 978-80-87258-62-0.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HUTYROVÁ, M. et al., 2019. *Děti a problémy v chování*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1523-3.
- HYNIE, S., 2001. *Farmakologie v kostce*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-181-1.
- CHROMÝ, J., 2010. *Kriminalita páchaná na mládeži*. Praha: Linde. ISBN 978-80-7201-825-3.
- JEDLIČKA, R., J. KOŤA a J. SLAVÍK, 2018. *Pedagogická psychologie pro učitele*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0586-1.
- KALINA, K. et al., 2003. *Drogy a drogová závislost: mezioborový přístup*. 1. sv. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. et al., 2003. *Drogy a drogová závislost: mezioborový přístup*. 2. sv. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007. *Drogy – otázky a odpovědi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-223-2.

- KŘÍŽOVÁ, I., 2021. *Závislosti: pro psychologické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1754-3.
- MAHDALČÍKOVÁ, J., 2014. *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolter Kluwer. ISBN 978-80-7478-589-4.
- MAREŠ, J., 2019. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3007-3.
- MARTÍNEK, Z., 2009. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2310-5.
- MIOVSKÝ, M., 2008. *Konopí a konopné drogy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0865-2.
- NEŠPOR, K., 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.
- NEŠPOR, K. a L. CSÉMY, 1996. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-52-2.
- NOVOTNÝ, V. a E. KOLIBÁŠ, 2007. *Alkohol, drogy, závislosti*. Bratislava: Vydavateľstvo Univerzity Komenského. ISBN 978-8-0223-2315-4.
- PRŮCHA, J., 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5232-7.
- PRŮCHA, J. a J. VETEŠKA, 2014. *Andragogický slovník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4748-4.
- SZABOVÁ-ŠÍROVÁ, L., 2015. *Sociální andragogika: teoretické, empirické a praktické aspekty*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-3752-6.
- ŠÁMAL, P. et al., 2023. *Trestní zákoník. Komentář*. Praha: C.H.Beck. ISBN 978-80-7400-893-1.
- ŠEĐOVÁ, K. a R. ŠVAŘÍČEK et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- ŠTEFUNKOVÁ, M., 2019. *Možnosti zjišťování míry a struktury sekundární drogové kriminality v podmínkách České republiky*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci. ISBN 978-80-7338-180-6.
- VETEŠKA, J., 2016. *Přehled andragogiky: úvod do studia vzdělávání a učení se dospělých*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1026-9.
- VETEŠKA, J., 2015. *Mediace a probace v kontextu sociální andragogiky*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-898-7.
- VETEŠKA, J., a S. FISCHER, 2020. *Psychologie kriminálního chování: vybrané otázky etiologie, andragogické intervence a resocializace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0731-5.

VODÁČKOVÁ, D., 2007. *Krizová intervence – krize v životě člověka*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-342-8.

VOTAVA, M. a J. SLÍVA, 2021. *Farmakologie v kostce*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-893-2.

ZEMAN, P. et al., 2015. *Drogová kriminalita a trestní zákoník*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci. ISBN 978-80-7338-151-6.

Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2023., 2023. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-323-1.

Internetové zdroje

Dostupnost konopí pro léčebné účely v ČR. [online]. ©2024 [vid. 2024-3-26]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/16737/36380/2019-01-29_Prezentace_konop%C3%AD.pdf

Dostupný advokát [online]. ©2024 [vid. 2024-1-20]. Dostupné z: <https://dostupnyadvokat.cz/blog/trestny-cin#trestny>

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA). [online]. ©2024 [vid. 2024-3-26]. Dostupné z: https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/search-all-eu-institutions-and-bodies/european-monitoring-centre-drugs-and-drug-addiction-emcdda_cs

KACHLÍK, P., 2003. *Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence*. [online]. ©2024 [vid. 2024-3-26]. Dostupné z: www.ped.muni.cz

Národní strategie a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. [online]. ©2024 [vid. 2024-3-26]. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/cz/ppov/protidrogovalpolitika/strategie-a-plany/narodni-strategie-prevence-a-snizovani-skod-spojenych-se-zavislostnim-chovanim-2019_2027-173695/#

PRESL, J., 2012. *Drogy. Poznej svého nepřítele*. [online]. ©2024 [vid. 2024-3-26]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/doc/drogy-poznej-sveho-nepriatele-2012.pdf>.

Poruchy osobnosti základní informace [online]. ©2024 [vid. 2024-1-20]. Dostupné z: [online]. ©2024 [vid. 2024-1-20]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/695-poruchy-osobnosti-prehled-ruznych-typu/>

Rejstříkový pojem [online]. ©2023 [vid. 2023-12-18]. Dostupné z: <http://www.bulletin-advokacie.cz/verejne-rejstriky?browser=full>

Spoluzávislost pomoc pro osoby blízké [online]. ©2023 [vid. 2023-12-20]. Dostupné z: <https://zavislostiolomouc.cz/>.

Sociální dopady závislosti [online]. ©2023 [vid. 2023-12-18]. Dostupné z: <https://www.e-bezpeci.cz/index.php/rizikove-jevy-spojene-s-online-komunikaci/online-zavislosti>

Stanovisko trestního kolegia Nejvyššího soudu ze dne 13. 4. 2014. [online]. ©2024 [vid. 2024-1-20]. Dostupné z: <https://sbirka.nsoud.cz/sbirka/6963/>

Velký lékařský slovník. [online]. ©2023 [vid. 2023-12-20]. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/>

Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
DOB	2,5–dimethoxy–4bróm –amfetamin
DOM	2,5-Dimethoxy–4-Metylamfetamine
GHB	γ -Hydroxymáselná kyselina
HIV	Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunitní nedostatečnosti
LSD	zkratka pochází z anglického názvu lysergic acid diethylamide
OSN	Organizace spojených národů
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PN Bobnice	psychiatrická nemocnice Bobnice
SB	Sbírka zákonů
THC	tetrahydrocannabinol
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drugs

Seznam příloh

Příloha 1 – Rozhovor – otázky

Příloha 2 – Rozhovory

Příloha 3 – Seznam podpůrných pracovišť

Příloha 4 – Vizualizace návykových látek

Příloha 1 – Rozhovor – otázky

Pamatujete si, jak jste se k drogám dostal/dostala?

Kolik Vám v té době bylo let?

Jaké to bylo, když jste si poprvé drogu vzal/vzala?

Jakým způsobem a kdy se se to rodina dozvěděla?

Jaká byla reakce Vaší rodiny?

Jaký je podle Vás správný postup, v případě že se Vaše okolí o závislosti dozví? Jak se má rodina k tomuto problému postavit?

Máte v rodině závislého člověka, na čem je/byl závislý?

Jaké důsledky do Vašeho života závislost přinesla (finanční, rodinné...)?

Kdy jste se rozhodl/rozhodla své závislosti zbavit?

Jak jste se ze své závislosti dostal/dostala? Případně stále problém trvá?

Jak jste věděl, za kým se svým problémem jít?

Jaký je Váš současný sociální statut, vztah s rodinou?

Myslíte si, že pokud by ze strany Vaší rodiny, byla větší míra podpory neuchýlil byste se k braní drog?

Jakým způsobem jste se dostal/dostala k léčbě (rodina, sám...)?

Jak vnímáte současný stav prevence v oblasti závislostí/drogové kriminality, jako někdo, kdo si závislostí prošel?

Myslíte si, že pokud by preventivní programy byly lépe uchopeny/byly čtenější ovlivnilo by to pozitivně Váš postoj k drogám/závislosti?

Jaký byl Váš návrat do běžného života (co by Vám pomohlo, odborníci...)?

Kde jste bral/a peníze na drogy? Bylo to vždy díky zaměstnání?

Příloha 2 – Rozhovory

Představení osoby

Lucie J., 33 let, svobodná, 2 děti v péči otce, základní vzdělání, závislost na marihuaně a občasné užívání pervitinu. Lucie pochází z rozvrácené rodiny, matka je dlouhodobý psychiatrický pacient (bipolární afektivní porucha). V současné době dle svých slov drogy neužívá. Je v péči psychiatra, u kterého je v léčení s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti.

Pamatujete si, jak jste se k drogám dostal/dostala?

Díky svému tehdejšímu příteli, který byl nejen uživatel, ale i trávu pěstoval. V důsledku užívání drog nakonec spáchal sebevraždu.

Kolik Vám v té době bylo let?

Bylo mi 19 let.

Jaké to bylo, když jste si poprvé drogu vzal/vzala?

Byl to krásný pocit, takový útěk od starostí. Žila jsem s psychicky nemocnou matkou a ve škole byla terčem šikany, byla to pro mě únik před realitou. Před drogami jsem se od 14 let sebepoškozovala a měla za sebou dva dlouhodobější pobyty na dětské psychiatrii v Motole.

Jakým způsobem a kdy se se to rodina dozvěděla?

Rodina to vlastně vzala na zřetel až ve chvíli, když jsem byla těhotná a snažila se závislost alespoň omezit, s obavami o osud dítěte. Sama jsem o svém problému matce řekla. Myslím, že o závažnosti situace dávno věděla, jen neměla kapacitu a možná ani zájem o tom se mnou mluvit.

Jaká byla reakce Vaší rodiny?

Otec byl zcela zaneprázdněn svou novou rodinou, matka trpí bipolární poruchou a žije tak nějak ve svém vlastním světě. Navíc se v té době seznámila s novým partnerem, se kterým jsem si nerozuměla, tak uvítala můj odchod z domova a nějak zvlášť se o mě nezajímala.

Jaký je podle Vás správný postup v případě, že se Vaše okolí o závislosti dozví? Jak se má rodina k tomuto problému postavit?

Rodina by před tím neměla zavírat oči, je jednoduché, když se tváří, že se nic neděje. Ideálně by to měli brát jako nemoc, ze které se člověk chce vyléčit a plně ho podpořit.

Máte v rodině závislého člověka/ na čem je byl závislý?

O nikom závislém nevím. Jen babička a matka trpí bipolární poruchou a celoživotně užívají antidepressiva.

Jakým způsobem jste se dostal/dostala k léčbě (rodina, sám...)?

K léčbě jsem nastoupila dobrovolně (psychiatrická nemocnice Bohnice) poté, když mi partner odmítl vrátit děti a OSPOD (později soud) mu v tom vyhověl. Mimochodem mé zkušenosti s pracovníci OSPOD jsou velmi negativní. I když jejich nedůvěřivé a místy dost arogantní chování je i trochu pochopitelné, ale podle mě dost často situaci jen zhoršuje.

Jaké důsledky do Vašeho života závislost přinesla (finanční, rodinné...)?

S rodinou jsem měla vždy docela komplikovaný vztah, tam nevidím rozdíl. Pokud malý, tak spíš k lepšímu ze strany babičky, která mi začala pomáhat s dětmi a po finanční stránce. V důsledku nesplácení půjček jsem v insolvenci. Nemám dostudovanou střední školu, což je spojeno s malým výdělkem.

Kdy jste se rozhodl/rozhodla své závislosti zbavit?

Před zhruba před třemi lety, v momentě, kdy mi hrozilo, že napořád přijdu o své dvě děti. Jelikož jejich otec je také více než problematický (též uživatel drog – trávy, většinou nepracuje), tak málem děti skončili v dětském domově, když předtím nějaký čas pobývali v Klokánku, než je vrátili zpět jejich otci.

Jak jste ze své závislosti dostal/dostala? Případně stále problémem trvá?

Vzhledem k tomu, že mi při hospitalizaci v Bohnicích určili několik psychiatrických diagnóz, tak mi někdy přijde, že jsem jednu závislost vyměnila druhou, legální. Bez antidepressiv bych se patrně opět k nějaké droze časem uchýlila, jelikož s tím, co se mi děje v hlavě normálně fungovat neumím.

Jak jste věděl/la za kým se svým problémem jít?

Moje matka byla poměrně častým hostem v Bohnické léčebně, tak jsem se obrátila rovnou na tamní lékaře.

Jaký je Váš současný sociální statut, vztah s rodinou?

V současné době žiju u babičky, pracuju a snažím se splácet dluhy a řádně platit alimenty na děti. Děti má v péči bývalý partner, já je mám jednou za 14 dní na víkend. V současné době se již s nimi mohu stýkat bez přítomnosti pracovnice z OSPOD, takže v tom vidím velký posun.

Myslíte si, že pokud by ze strany Vaší rodiny, byla větší míra podpory neuchýlil byste se k braní drog?

To netuším, ale kdybych prožívala „normální“ dětství bez přítomnosti několika nevlastních otců a bez pocitu nezájmu ze strany matky, tak to možné je.

Jakým způsobem jste se dostal/dostala k léčbě (rodina, sám...)?

K léčbě jsem nastoupila dobrovolně sama, rovnou jsem dojela do Bohnické léčebny a požádala o akutní příjem.

Jak vnímáte současný stav prevence v oblasti závislostí/drogové kriminality, jako někdo, kdo si závislostí prošel?

Uvítala bych rozsáhlejší informace již na základní škole a střední škole. Rozsáhlejší informace jsem se dozvěděla vlastně až v psychiatrické léčebně a následně na denním stacionáři, kde nás odkázali především na sociální síť, kde je v současné době veliké množství informací, které se závislostí týkají.

Myslíte si, že pokud by preventivní programy byly lépe uchopeny/byly čtenější ovlivnilo by to pozitivně Váš postoj k drogám/závislosti?

Pokud by byly preventivní programy lépe uchopeny myslím, že by to vliv na mé další rozhodování mělo. I když bych uvítala varování a vysvětlení prvotně od těch nejbližších.

Jaký byl Váš návrat do běžného života (co by Vám pomohlo, odborníci...)?

Návrat nebyl a stále není lehký. Po odborné stránce je péče ucházející, bohužel mi velmi chybí i zájem nejbližšího okolí, mé rodiny. Tam se setkávám buď s nezájmem ze strany matky, nebo naopak neustálými výčitkami ze strany babičky, se kterou žiji ve společné domácnosti. Výčitky jsou sice oprávněné, ale dle mého názoru tak trochu nepatřičné ze strany ženy, která sice netrpí žádnou závislostí, ale výchova jejích dětí byla velice zvláštní a k mnohému v životě mojí matky i mém přispěla. Co se týká péče odborníků, myslím, že by bylo dobré, kdyby existovala možnost přidělení asistenta, který by alespoň ze začátku pomohl vybavit věci na úřadech.

Kde jste bral/a peníze na drogy? Bylo to vždy díky zaměstnání?

Nebylo to vždy díky zaměstnání. Ze začátku se se mnou o drogy dělil přítel, později jsem si peníze půjčovala od kamarádů a později i od bankovních a bohužel i nebankovních institucí.

Představení osoby

Michal T., 40 let, středoškolské vzdělání, svobodný a bezdětný, v minulosti uživatel marihuany, pervitinu, občasný uživatel ostatních tvrdých drog. V současné době drogy neužívá. Michal pochází ze vzdělané, fungující a milující rodiny. I přesto se stal drogově závislým a cesta za vyléčením byla dlouhá a složitá.

Pamatujete si, jak jste se k drogám dostal/dostala?

Od party kamarádů, lákalo mě to. Vždycky mě bavilo zažívat něco jiného, nejlépe zakázaného. Chtěl jsem si to vyzkoušet a co nejvíc si to užít. Myslel jsem si, že to bude v pohodě, že si to vyzkouším a kdykoliv přestanu. Bohužel nejen já jsem zjistil, že taková myšlenka je blbost a v pohodě to není a z daleka z toho nejsem ani po více než 20 letech zcela venku.

Kolik Vám v té době bylo let?

Bylo mi necelých 18.

Jaké to bylo, když jste si poprvé drogu vzal/vzala?

Začínal jsem s marihuanou a velmi brzy s aplikací pervitinu. Jsem introvertní povahy a najednou se ze mě stal úplně jiný člověk. Komunikativní, měl jsem plno nápadů, snadno se seznamoval. To ale byly jen začátky, které dlouho netrvaly.

Jakým způsobem a kdy se se to rodina dozvěděla?

Když jsem se dostal do stádia, že to již bylo na mě hodně poznat a z toho důvodu jsem se začal i rodiny stranit, tak jsem jim to řekl. Nebyli ani moc překvapení, jednak viděli, že se něco děje a také se jim některé věci donesly.

Jaká byla reakce Vaší rodiny?

Před rodinou jsem se to snažil dlouhou dobu tajit, měl jsem strach z jejich reakce. Největší strach jsem měl z toho, jak budou zklamání. Nakonec se všem vlastně ulevilo, že je to „venku“. Rodiče samozřejmě tušili, jak se věci mají. Jen si to nechtěli přiznat, ostatně stejně jako já.

Jaký je podle Vás správný postup v případě, že se Vaše okolí o závislosti dozví? Jak se má rodina k tomuto problému postavit?

Myslím si, že to, jak se zachovali rodiče bylo úžasné. Nic nevyčítali, a byli mi obrovskou oporou. Jen je škoda, že jsem o pomoc nepožádal dřív a raději se s nimi nestýkal, aby nic nepoznali.

Máte v rodině závislého člověka/ na čem je byl závislý?

Drogově závislého ne, ale vzdálený příbuzný z otcovi strany byl alkoholik. Jestli léčený nebo ne nevím.

Jaké důsledky do Vašeho života závislost přinesla (finanční, rodinné...)?

Jen ty negativní, ale to asi není potřeba zdůrazňovat. Časté střídání práce z důvodu vyhazovu, jelikož jsem v době největší závislosti byl schopen bez omluvy i několik dní do práce nepřijít. Dluhy po všech známých, následné exekuce, neschopnost udržení vztahu, velmi sporadické vztahy s rodinou. Hodně mě mrzí třeba nedokončení studií, což bylo pro rodiče velké zklamání.

Kdy jste se rozhodl/rozhodla své závislosti zbavit?

V momentě, kdy mě kvůli drogám opustila přítelkyně a kdy jsem byl v takovém stavu, že jsem se skoro úplně odtrhl od rodiny, aby mě v tomto stavu nevidali.

Jak jste ze své závislosti dostal/dostala? Případně stále problém trvá?

Nebylo to vůbec snadné a kdybych neměl obrovskou oporu v rodině, tak bych to asi nezvládl. Léčil jsem se asi čtyři měsíce v psychiatrické léčebně. Jestli problém trvá, je dost těžká otázka. Jsem sice již pár let „čistej“, ale ta chuť a nutkání tu stále je. A to za problém považuji. Feťák navždy, tak občas smýšlím, ale věřím, že časem dostanu z hlavy i tyhle myšlenky a budu v pořádku.

Jak jste věděl, za kým se svým problémem jít?

Jednak od svých závislých přátel, kteří nějakou léčbu (většinou neúspěšnou) podstoupili a ostatní informace jsem si zjistil internetu a kontaktoval lékaře, který se závislostmi zabýval.

Jaký je Váš současný sociální statut, vztah s rodinou?

V současné době mám stabilní práci a vztahy s rodinou velmi dobré. Uvažuji o tom, že se znovu přihlásím na VŠ a tentokrát ji dokončím. To by bylo moje velké osobní vítězství.

Myslíte si, že pokud by ze strany Vaší rodiny, byla větší míra podpory neuchýlil byste se k braní drog?

Měl jsem pěkné dětství a žádné problémy s rodinou. Jen jsem ve škole kvůli své introvertní povaze byl trochu v pozadí, a to mi velmi vadilo. Drogy jsem začal brát z pouhé zvědavosti a tenhle problém ze začátku zmizel, tak jsem udělal tu hloupost, že jsem pokračovat až do doby, kdy jsem sám přestat nemohl.

Jakým způsobem jste se dostal/dostala k léčbě (rodina, sám...)?

Rozhodl jsem se sám. Impulsem byly prosby a naléhání mé přítelkyně a následný rozchod s ní.

Jak vnímáte současný stav prevence v oblasti závislostí/drogové kriminality, jako někdo, kdo si závislostí prošel?

Nemyslím si, že by byla prevence dostatečná. V případě alkoholu a kouření možná trochu lepší, než u drog, zvláště těch tvrdých, ale dostatečná mi nepřijde. Co si vzpomínám, tak na základní škole proběhla jedna, možná dvě přednášky a něco málo v hodinách občanské výchovy. To je vše, mělo by se o tom mluvit víc a víc mladé lidi varovat.

Myslíte si, že pokud by preventivní programy byly lépe uchopeny/byly čtenější ovlivnilo by to pozitivně Váš postoj k drogám/závislosti?

Věřím tomu, že v mém případě ano. A nejen preventivní programy, i v rodinách by se mělo o problému mnohem více hovořit a ne to považovat mnohdy za zbytečnost a utěšovat se tím, že mého dítěte se to nikdy týkat nebude.

Jaký byl Váš návrat do běžného života (co by Vám pomohlo, odborníci...)?

Jelikož jsem v rámci svého vyléčení byl nucen zpretrhat všechny vazby s bývalými, drogy užívajícími přáteli, tak docela těžký. Musel jsem začínat od nuly. Měl jsem štěstí na dobré lékaře na psychiatrii a následně i odborníky v terapeutické komunitě a posléze středisku následné péče, kam jsem ještě dost dlouho docházel.

Kde jste bral/a peníze na drogy? Bylo to vždy díky zaměstnání?

Převážně ano, ale byly to taky půjčky a drobné krádeže, na což nejsem pyšný. Jeden čas jsem kamarádovi pomáhal vařit pervitin a z toho důvodu jsem měl k němu snadný a téměř bezplatný přístup.

Představení osoby

Ladislav P., alkoholik, 45 let, základní vzdělání, pravidelné požívání alkoholu od 15 do 38 let, oba rodiče byli závislí na alkoholu. Vykonává příležitostné práce, bydlí na ubytovně nebo u přátel.

Pamatujete si, jak jste se k drogám dostal/dostala?

Oba rodiče měli velmi blízko k alkoholu, byl doma snadno dostupný. Již jako dítě jsem dostával „ochutnat“.

Kolik Vám v té době bylo let?

Bylo mi 15 let, možná méně.

Jaké to bylo, když jste si poprvé drogu vzal/vzala?

Alkohol mi zpočátku vůbec nechutnal, bohužel po dosažení stavu opilosti jsem zjistil, že se dostává pocity, kdy všechny moje problémy ustupují a svět se stává hezčí a snesitelnější.

Jakým způsobem a kdy se se to rodina dozvěděla?

Myslím, že to věděli hned od začátku, ale vzhledem k jejich závislosti je to příliš nezajímalo. Spíš vůbec, než příliš.

Jaká byla reakce Vaší rodiny?

Podle mého mínění, jim to bylo naprosto jedno. Oba byli alkoholici.

Jaký je podle Vás správný postup, v případě že se Vaše okolí o závislosti dozví? Jak se má rodina k tomuto problému postavit?

V ideálním případě by rodina a okolí mělo být oporou a v léčení závislého podpořit.

Máte v rodině závislého člověka/ na čem je/byl závislý?

Oba rodiče, především otec, byli závislí na alkoholu. U prarodičů se rád napil hlavně děda z otcovi strany.

Jaké důsledky do Vašeho života závislost přinesla (finanční, rodinné...)?

Rozpadla se mi dvě manželství, mám dluhy a byl jsem ve výkonu trestu pro opakované neplacení alimentů. Mám velký problém udržet si práci, velmi často jsem na dávkách.

Kdy jste se rozhodl/rozhodla své závislosti zbavit?

Po druhém rozvodu a několikáté ztrátě zaměstnání, kdy jsem se ocitl bez domova na ubytovně. To jsem si uvědomil, že mám problém. Nejsou to ale úplně úspěšné pokusy, které by vydržely stále.

Jak jste ze své závislosti dostal/dostala? Případně stále problém trvá?

Na léčení jsem byl několikrát a zatím jsem se vždy k alkoholu vrátil. Snažím se o to, aby to bylo menší množství, nepiju každý den a do úplné opilosti.

Jak jste věděl, za kým se svým problémem jít?

Obrátil jsem se na svého obvodního lékaře, ten mi poradil.

Jaký je Váš současný sociální statut, vztah s rodinou?

Otec v důsledku užívání alkoholu již zemřel, s matkou se nestýkám. Mám víceméně příležitostné práce, bydlím na ubytovně, snažím se platit na děti. V budoucnu bych si přál s nimi obnovit kontakt, pokud o to budou stát.

Myslíte si, že pokud by ze strany Vaší rodiny, byla větší míra podpory neuchýlil byste se k braní drog?

Za hlavní důvod své závislosti považuji genetickou zátěž v rodině, vzhledem k tomu, že alkoholici byli oba rodiče. Podpora z jejich strany nebyla žádná, sami měli se sebou problém, problémy jiných, včetně vlastního dítěte je vůbec nezajímaly.

Jakým způsobem jste se dostal/dostala k léčbě (rodina, sám...)?

K léčbě jsem se dostal díky svému spolupracovníkovi, bývalému alkoholikovi, se kterým jsem si vytvořil blízký vztah. Bral jsem ho jako otce, kterého jsem v podstatě nikdy neměl i když jsme spolu žili ve stejné domácnosti.

Jak vnímáte současný stav prevence v oblasti závislostí/drogové kriminality, jako někdo, kdo si závislostí prošel?

Popravdě řečeno, nevnímám jí vůbec, tak nějak si nevzpomínám, že se o tomhle problému na základní škole mluvilo. Nezajímalo mě to. Později jsem nebyl ochoten tyto informace vyhledat, i když jich bylo na internetu určitě dost.

Myslíte si, že pokud by preventivní programy byly lépe uchopeny/byly četnější ovlivnilo by to pozitivně Váš postoj k drogám/závislosti?

Vzhledem k tomu, co jsem měl celé dětství před očima, tak si myslím, že ne.

Jaký byl Váš návrat do běžného života (co by Vám pomohlo, odborníci...)?

V současnosti občasně využívám ambulantní podpory, po které se chvíli cítím lépe.

Kde jste bral/a peníze na drogy? Bylo to vždy díky zaměstnání?

Propil jsem doslova celou výplatu, když nezbylo, hostili mě kamarádi, půjčoval jsem si a bohužel bral peníze manželkám na úkor dětí.

Představení osoby

Nikola H., 22 let studující při zaměstnání, závislost na marihuaně, pervitinu, extázi. Pochází z úplné rodiny, rodiče měli mezi sebou problematický stav. Je bezdětná, bydlí u rodičů.

Pamatujete si, jak jste se k drogám dostal/dostala?

K drogám je v dnešní době velice snadný přístup, není těžké se k nim dostat. Narazíte na ně i ve škole, což byl můj případ. Nejdřív to byla tráva, alkohol, cigarety později se to dostalo až k pervitinu, občas nějaká extáze v klubu.

Kolik Vám v té době bylo let?

K návykovým látkám jsem se dostala prvně ještě na základní škole, tuším někdy v osmé třídě v necelých 14 letech.

Jaké to bylo, když jste si poprvé drogu vzal/vzala?

Rodiče se doma skoro pořád hádali a já před tím utíkala. Bylo mi líp venku na ulici, no a kamarád ze školy mi dal trávu a hned bylo líp, najednou jsem byla v úplně jiném světě.

Jakým způsobem a kdy se se to rodina dozvěděla?

Všimli si toho sami velmi brzo.

Jaká byla reakce Vaší rodiny?

Rodiče o tom, že něco není v pořádku věděli velmi rychle. Měla jsem výkyvy nálad, kradla jsem jim peníze a co si budeme povídat, tráva je z oblečení dost cítit. Zapírala jsem, ale oni věděli své. Zkoušeli na mě různé zákazy, nesměla jsem chodit ven, zakazovali mi „závadné“

kamarády, nedostávala jsem kapesné, i prarodiče měli zákaz mi dávat peníze. Bohužel jsme to s rodiči nezvládli a zůstalo jen u neustálých hádek bez řešení.

Jaký je podle Vás správný postup, v případě že se Vaše okolí o závislosti dozví? Jak se má rodina k tomuto problému postavit?

Ideálně by to rodina měla pochopit (pokud se to tedy pochopit dá) a snažit se pomoci. Naprosto ideálně nevyčítat, nevyptávat se, jelikož to není to, co člověk v tu chvíli potřebuje. Alespoň tedy v mém případě.

Máte v rodině závislého člověka, na čem je/byl závislý?

O nikom takovém nevím.

Kdy jste se rozhodl/rozhodla své závislosti zbavit?

Já sama ne, bez podpory rodičů bych pokračovala určitě dál.

Jak jste ze své závislosti dostal/dostala? Případně stále problém trvá?

Byla jsem ještě nezletilá, tak to bylo asi snadnější v tom, že mi rodiče nedali na výběr a prostě jsem do léčebny šla. Teď jsem jim za to opravdu vděčná, udělali jedinou správnou věc.

Jak jste věděl/la za kým se svým problémem jít?

Nevěděla, vzhledem k mému věku to za mě vyřešila mamka, za což jsem jí velmi vděčná. Teda až s odstupem času, v ten moment jsem to dobře nebrala a zlobila se na ní.

Jaký je Váš současný sociální statut, vztah s rodinou?

Chodím normálně do práce, dálkově si dodělávám maturitu. Vztahy se urovnaly, i když ta nedůvěra tam pořád je a asi ještě dlouho bude.

Myslíte si, že pokud by ze strany Vaší rodiny, byla větší míra podpory neuchýlil byste se k braní drog?

Pokud bych doma měla harmonické prostředí bez neustálých hádek a neměla potřebu odtud utíkat, tak věřím, že ano.

Jakým způsobem jste se dostal/dostala k léčbě (rodina, sám...)?

Nakonec mě máma „dotáhla“ do pražské Všeobecné nemocnice na Kliniku adiktologie, asi po dvou letech užívání drog a po pokusu o sebevraždu. Naštěstí snad včas.

Jak vnímáte současný stav prevence v oblasti závislostí/drogové kriminality, jako někdo, kdo si závislostí prošel?

S odstupem času, jako „čistá“ si nemyslím, že by prevence a informovanost byla špatná. Na základce se o tomhle tématu mluvilo poměrně dost, pár přednášek proběhlo. Bohužel, nás tam pár bylo zvědavých, nebo možná přesvědčených, že o nic nejde, že jich se to netýká.

Na druhou stranu, v dnešní době si o návykových látkách a jejich škodlivosti vyhledáte za chvíli plno informací na netu. Tedy pokud chcete.

Myslíte si, že pokud by preventivní programy byly lépe uchopeny/byly čtenější ovlivnilo by to pozitivně Váš postoj k drogám/závislosti?

Kdyby byly preventivní programy hodně názorné a ukazovaly více pravou tvář drog, tak možná ano. Nemyslím tím přednášky s vyléčenými narkomany, ale kdyby na přednášku přitáhli feťáka v abst'áku, to by byla jiná. Ale to samozřejmě nejde, je to blbost.

Jaký byl Váš návrat do běžného života (co by Vám pomohlo, odborníci...)?

Velmi mi pomohli jak lékaři, tak sociální pracovníci, jejich přístup mi snad napořád doslova otevřel oči. A rodina v tom samozřejmě také hrála velkou roli, což sice vidím až zpětně, ale je to tak. Spojení rodina a odborníci je určitě ta nejlepší kombinace.

Kde jste bral/a peníze na drogy? Bylo to vždy díky zaměstnání?

Nebyla jsem zaměstnaná, byla jsem studentka. Teda ze začátku, pak jsem se školou sekla. Nejdřív z kapesného, pak jsem kradla peníze rodičům a prarodičům, taky za protislužby „kamarádům“.

Příloha 3 – Seznam podpůrných pracovišť

Praha 1

Specializované ambulantní služby

CADAS

Spálená 12

110 00 Praha 1

tel.: 222 924 245

web: www.sananim.cz

e-mail: [cadas@sananim.cz](mailto: cadas@sananim.cz)

Drop In

Karoliny Světlé 18

110 00 Praha 1

tel.: 222 221 124

222 221 431 – nonstop

web: www.dropin.cz

e-mail: [stredisko@dropin.cz](mailto: stredisko@dropin.cz)

Praha 2

Anima

Apolinářská 14a

128 00 Praha 2

tel.: 224 968 239 – rodinná terapie

web: www.anima-os.cz

e-mail: [anima@anima-os.cz](mailto: anima@anima-os.cz)

Praha 4

Eset Help

Vejvanovského 1610/1

149 00 Praha – Chodov

tel.: 272 940 879 – ambulance psychoterapie

web: www.esethelp.cz

Drop In–centrum metadonové substituce – I.

Ve Smečkách 8

110 00 Praha 1

tel.: 224 810 197

web: www.dropin.cz

e-mail: [metadon1@dropin.cz](mailto: metadon1@dropin.cz)

Drop In– centrum metadonové substituce – II.

Španělská 8

tel.: 261 291 199

web: www.dropin.cz

e-mail: [metadon2@dropin.cz](mailto: metadon2@dropin.cz)

Praha 7

K – centrum

Nízkoprahové zařízení, pro uživatele nealkoholových drog

Na Skalce 819/15

170 00 Praha 7

Tel.: 283 872 186

Web: www.sananim.cz

e-mail: kacko@sananim.cz

Alkoholické poradny a jiná zařízení Praha

Praha 1

Anonymní alkoholici

Na Poříčí 16

110 00 Praha 1

tel.: 224 818 247

web: www.sweb.cz/aacesko/

e-mail: aacesko@seznam.cz

Praha 3

Protialkoholická poradna

Olšanská 7

130 00 Praha 3

tel.: 271 774 854

Praha 4

Protialkoholická poradna

Rodvinovská 3

140 00 Praha 4

tel.: 261 262 831

web: www.klinikaeset.cz

e-mail: eset.at@tiscali.cz

AT ambulance

Vejvanovského 1610

149 00 Praha 4

tel.: 272 922 718

Praha 6

Centrum duševní pohody

Modrá laguna

Družicová 12

160 00 Praha 6

AT poradna

Socháňova 1221

163 00 Praha 6

Tel.: 235 311 791

Web: www.cszs.cz

e-mail: atporadna.repy@seznam.cz

**Ordinace pro návykové
poruchy**

Pod Mariánkou 12

169 00 Praha 6

tel.: 233 351 603

Praha 8

**FN na Bulovce – Protialkoholní oddělení
a záchytná stanice Budínova**

180 81 Praha 8

Tel.: 266 084 000

Web: www.fnb.cz

e-mail: info@fnb.cz

**Psychiatrická lékařská
ordinace**

U Pazderek 16/300

181 00 Praha 8

tel.: 233 557 631

Praha 10

Centrum pro závislé/Psychiatrie

Starostrašnická 53

100 00 Praha 10

Tel.: 274 812 594

e-mail: novakovaeva@volny.cz

Důležité webové odkazy

www.reknidrogama.cz

Informační server projektu

prevence vzniku závislostí

Řekni drogám NE!, který vznikl

ve spolupráci s VZP ČR

www.drogy.net

informační server o drogách

www.abraka.cz

informační a poradenský server

v oblasti prevence drogových závislostí

www.kurakovaplice.cz

informační server o kouření a zdraví

www.ordinace.cz/centrum/odvykani-koureni

virtuální centrum odvykání kouření

www.alkoholi.cz

informační server o alkoholizmu

vznik, stádia, psychické změny,

sociální komplikace, léčba

alkoholizmu

www.drogy-info.cz

informační portál o ilegálních

a legálních drogách

www.odvykanikoureni.cz

informační server o kouření:

možnost léčby, rady při odvykání,

poradna lékaře

www.antinikotin.cz

informační server

www.nekourit.cz

server protinikotinového centra

Příloha 4 – vizualizace návykových látek



Obr. č. 1 – Konopí setý (*Cannabis sativa*), [online]. ©2023 [vid. 2023-12-18]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Konop%C3%AD_set%C3%A9



Obr. č. 2 – Mák setý (*Papaver somniferum*) – latex prýstící z makovic [online]. ©2023 [vid. 2023-12-18]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Opium>



Obr. č. 3 – Rudodřev koka (*Erythroxylum coca*) kokainovník pravý [online]. ©2023 [vid. 2023-12-18]. Dostupné z: www.pibuli.net



Obr. č 4 – Tabák (*Nicotiana*) [online]. ©2023 [vid. 2023-12-18]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Tab%C3%A1k>



Obr. č. 5 – **Lysohlávka česká (Psilocybe bohemica)** [online]. ©2023 [vid. 2023-12-18].
Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Lysohl%C3%A1vka_%C4%8Desk%C3%A1



Obr. č 6 – **Kokain** [online]. ©2023 [vid. 2023-12-18].
Dostupné z: <https://www.nzip.cz/doc/drogy-poznej-sveho-nepritele-2012.pdf>



Obr. č 7 – **Heroin – potřeby k aplikaci** [online]. ©2023 [vid. 2023-12-18]. Dostupné z: https://www.prevcentrum.cz/wp-content/uploads/2017/08/heroin-shutterstock_151579694.jpg?gid=5