

SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

Fakulta veřejných politik v Opavě

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Opava 2022

Eva Hájková

SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

Fakulta veřejných politik v Opavě

Ústav veřejné správy a regionální politiky

Eva Hájková

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Veřejná správa a sociální politika

Forma studia: prezenční

**DROGY JAKO PROBLÉM PRO SPOLEČNOST**

**DRUGS AS A PROBLEM FOR SOCIETY**

Bakalářská práce

Opava 2022

doc. PhDr. Dušan Janák, Ph.D.

Vedoucí bakalářské práce

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá problematikou drog a drogové závislosti. V první řadě bakalářská práce definuje pojmy drogy a závislost. Následuje prevence, stručná novodobá historie drog a jejich rozdělení a charakteristika. Další část je věnována oblastem, které s drogami souvisí a představují pro společnost významný problém. Součástí bakalářské práce je i praktická část, která byla provedena formou rozhovorů s vybranými respondenty, kteří mají zkušenost s tvrdými drogami.

## **Klíčová slova**

Drogy, užívání drog, návykové látky, závislost, prevence, závislost v rodině, kriminalita

## **Abstract**

The bachelor thesis deals with the issues of drugs and drug addiction. Firstly, the bachelor thesis defines the terms „drugs“ and „addiction“. Prevention and a brief modern history of drugs, their classification and characteristics follow. Next section is focused on drug-related matters that pose a significant problem for society. The bachelor thesis also includes a practical part based on the interviews with selected respondents who have experience with hard drugs.

## **Keywords**

Drugs, drug use, addictive substances, addiction, prevention, addiction in a family, criminality

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2021/2022

<b>Zadávací ústav:</b>	Ústav veřejné správy a sociální politiky
<b>Studentka:</b>	Eva Hájková
<b>UČO:</b>	53051
<b>Program:</b>	Sociální politika a sociální práce
<b>Obor:</b>	Veřejná správa a sociální politika
<b>Téma práce:</b>	Drogy jako problém pro společnost
<b>Téma práce anglicky:</b>	Drugs as a problem for society
<b>Zadání:</b>	<p>Cílem práce je realizovat komparativní výzkum životních drah drogově závislých, kteří se snaží vrátit do normálního života. Výzkum bude realizován pomocí biografických metod na Oddělení pro léčbu závislosti v Psychiatrické nemocnici v Opavě, které se věnuje komplexní léčbě závislostí. V teoretické části půjde především o seznámení s danou problematikou, tedy se základními pojmy, jaké jsou způsoby prevence a léčby, rozdělení drog a v neposlední řadě, jak návykové látky ovlivňují společnost. Těžiště práce bude ve srovnání životních příběhů stejných typů lidí s cílem zjistit podobnosti a rozdíly vedoucí k jejich závislosti.</p>
<b>Literatura:</b>	<p>DUNSELMAN, Ron. Namísto já: Omamné drogy a jejich působení na člověka. Praha: Asociace waldorfských škol ČR, 2013. ISBN 978-80-905222-1-3.</p> <p>GROLMUSOVÁ, Lucie, ed. Válka proti drogám a její negativní dopady na veřejné zdraví: skrytá epidemie hepatitidy typu C. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost, 2013. Monografie. ISBN 978-80-7440-082-7.</p> <p>KALINA, Kamil. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché. ISBN 978-80-247-4331-8.</p> <p>KUBÁNEK, Vladimír a Lubomír POLÍVKA. Drogy a jejich účinky na lidský organismus. Praha: Policejní akademie České republiky v Praze, 2010. ISBN 978-80-7251-319-2.</p> <p>MAHDALÍČKOVÁ, Jana. Víme o drogách všechno?. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.</p> <p>NEPUŠTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ, ed. Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9667-7.</p> <p>NOSKOVÁ, Jana. Biografická metoda a metoda orální historie: na příkladu výzkumu každodenního života v socialismu. Brno: Etnologický ústav AV ČR, v.v.i., Praha - pracoviště Brno, 2014. ISBN 978-80-87112-84-7.</p> <p>ŠTEFUNKOVÁ, Michaela, ed. Metamfetamin (pervitin): situace v EU a její globální kontext. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, 2010. Učební texty. ISBN 978-80-86620-24-4.</p>

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013. Praha. ISBN 978-80-7440-109-1.

ZEMAN, Petr, Michaela ŠTEFUNKOVÁ a Ivana TRÁVNÍČKOVÁ. Drogová kriminalita a trestní zákoník. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2015. Studie. ISBN 978-80-7338-151-6.

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Dušan Janák, Ph.D.

**Datum zadání práce:** 14. 7. 2021

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):

.....  
doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.  
**vedoucí ústavu**

### **Čestné prohlášení**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně, veškeré literární prameny a informační zdroje, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použitých informačních zdrojů. Prohlašuji, že elektronická verze práce je shodná s verzí tištěnou. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce a zveřejněním její elektronické verze na počítačích v Univerzitní knihovně Slezské univerzity v Opavě podle Pravidel o způsobu zveřejňování závěrečných prací na Slezské univerzitě v Opavě, v platném znění.

.....

## **Poděkování**

Děkuji doc. PhDr. Dušanovi Janákovi, Ph.D. za ochotu vést mou práci, za jeho odborné vedení, cenné rady a připomínky. Rovněž bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich čas a ochotu při vypracovávání rozhovorů, při kterých mi poskytli všechny potřebné informace o sobě samotných. V neposlední řadě děkuji své rodině za neustálou podporu nejen při psaní bakalářské práce, ale během celého studia.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>1 DROGA</b> .....	<b>12</b>
1.1 Rozdělení drog .....	12
<b>2 DROGOVÁ ZÁVISLOST</b> .....	<b>14</b>
2.1 Rozdělení drogové závislosti .....	15
2.2 Fáze drogové závislosti .....	15
2.3 Prevence drogové závislosti .....	16
2.4 Léčba drogové závislosti .....	17
<b>3 NOVODOBÁ HISTORIE DROG</b> .....	<b>20</b>
<b>4 NEJČASTĚJI ZNEUŽÍVANÉ DROGY</b> .....	<b>24</b>
4.1 Opiáty .....	24
4.1.1 Heroin .....	24
4.2 Stimulační drogy (psychostimulancia) .....	25
4.2.1 Kokain .....	26
4.2.2 Pervitin .....	27
4.2.3 Extáze .....	28
4.3 Halucinogeny .....	29
4.3.1 LSD .....	29
4.3.2 Lysohlávky .....	30
4.4 Konopné drogy .....	30
4.4.1 Marihuana .....	30
4.4.2 Hašiš .....	31
<b>5 PROBLÉMY PRO SPOLEČNOST SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG</b> .....	<b>32</b>
5.1 Zdravotní rizika .....	32
5.1.1 Psychická onemocnění .....	32
5.1.2 Hepatitida typu C a B .....	33



5.1.3	HIV/AIDS .....	34
5.2	Drogy a kriminalita .....	35
5.2.1	Drogové trestné činy .....	35
5.2.2	Situace v České republice .....	37
5.3	Drogy a rodina .....	38
5.3.1	Závislost některého z rodičů .....	38
5.3.2	Závislost dítěte .....	39
<b>6</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>43</b>
6.1	Stanovení cíle práce .....	43
6.2	Metody výzkumného šetření .....	43
6.2.1	Kvalitativní výzkum .....	43
6.2.2	Polostrukturovaný rozhovor.....	43
6.3	Výzkumné otázky .....	44
6.4	Výzkumný vzorek.....	45
6.5	Analýza dat.....	46
6.6	Výsledky výzkumu .....	47
6.7	Shrnutí výzkumu.....	54
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>57</b>
	<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>59</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>62</b>

## ÚVOD

*„Drogovou závislostí bude lidská společnost trpět pořád, pokud život bez drog nezačne být pro všechny, koho se to týká, přitažlivější.“* Gene Brewer

Určitě nemusím zmiňovat, že drogy nejsou novodobou záležitostí. Provází člověka již od pradávna, ale v současnosti představují stále větší a závažnější problém. Závislých na návykových látkách neustále přibývá, což může být způsobeno finančními či rodinnými problémy nebo celkově dnešní uspěchanou dobou. Ještě horší je fakt, že věková hranice pro užívání drog se snižuje, a tudíž s nimi mají zkušenosti i nezletilé děti. Ač se může v některých situacích zdát, že drogy jsou pozitivní, pomohou zajistit únik z reality a vyhnout se tak různým problémům, není tomu tak. Jde o pouhou iluzi, ve skutečnosti se totiž jedinec stává obětí drog, mění se jeho vzhled, osobnost i charakter, čímž ubližuje nejen sám sobě, ale také svému blízkému okolí, především rodině.

Dlouhodobě se zajímám o dopady drog na člověka a celkově o problémy s nimi spojené, proto jsem si vybrala pro psaní bakalářské práce právě toto téma. Navíc jsem ve svém životě potkala ne jednoho člověka, který drogy pravidelně užíval a pohled na to, jak tyto lidi drogy doslova ovládají, jak díky nim ztrácí zájem o sebe, své blízké i o své zájmy, není nic příjemného. Obzvláště, když mají tito jedinci prakticky celý život před sebou. Alarmující je také fakt, že stále rychleji přibývá dětí, které mají zkušenost s drogami. Ve svém okolí pozoruji, že kouření marihuany u jedinců mladších patnácti let, není nic neobvyklého. U mých vrstevníků je to pak mnohdy úplně běžná součást dne.

Většina lidí drogově závislé automaticky odsuzuje, zastává názor, že si za svou životní situaci mohou sami a považují je za dno společnosti. Už ale neví, co za užíváním drog stojí a jaké okolnosti tomu předcházely. Proto bychom se měli snažit tyto lidi pochopit, protože člověk, který užívá drogy, nám tímto jednáním zároveň sděluje, že něco není v pořádku a potřebuje pomoc.

Myslím si, že drogová problematika je hodně opomíjena a mělo by se jí věnovat více pozornosti. Nikdy totiž nevíme, kdy se někdo z našich blízkých dostane do nelehké situace a začne ji „řešit“ alkoholem či drogami, protože ze začátku se to jeví jako snadný způsob zapomenout a na chvíli uniknout z reality. Obzvláště větší důraz ohledně této problematiky by měl být kladen na základních školách. Tam dochází pouze ke zmínce, že jsou drogy nebezpečné, ale skutečné hrozivé následky s nimi spojené, už nikdo neřeší. Pokud se tedy dětem nezdůrazňuje tvrdá realita spojená s užíváním drog ve škole ani v rodině, není divu, že tak mladí lidé vnímají drogy jako něco nového a zajímavého a chtějí je tak vyzkoušet.

Má práce je zaměřena pouze na nelegální drogy, nikoliv tedy na alkohol či tabákové výrobky, a měla by vystihnout jejich škodlivost a jaké problémy představují pro společnost.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

V teoretické části nejdříve objasním, co to vůbec drogy jsou a jak je rozdělujeme. Následně se budu věnovat závislosti a její prevenci, uvedu také stručně novodobou historii drog. Dále se budu zabývat nejčastěji zneužívanými drogami, uvedu jejich charakteristiku a jaká rizika jsou s jejich užíváním spojena. V poslední kapitole se zaměřím na to, jaké problémy drogy přináší pro společnost, tedy jaký mají vliv na rodinu, jak souvisí s kriminální činností a jaké nemoci mohou s jejich užíváním nastat.

Praktická část má za cíl komparaci, tedy srovnání, životních osudů jedinců závislých na drogách, tzn. za pomoci kvalitativního výzkumu, konkrétně polostrukturovaných rozhovorů, zjistit, jak se k nim dostali, co je k tomu vedlo a co mají společného.

Celá má práce má za úkol přiblížit drogovou problematiku, ukázat čtenáři, jaká rizika s užíváním drog souvisí, ale na druhou stranu se snažit těmto lidem alespoň lehce porozumět.

# 1 DROGA

Pro pojem droga nemáme pouze jednu definici, existuje jich celá řada. Nicméně téměř každá se ve výsledku shodne na tom, že jde o látku, která způsobuje závislost a většina lidí si pod tímto pojmem představí nelegální látku.

V psychologickém slovníku je droga chápána jako: „*Látka živočišného nebo rostlinného původu s farmakologickým účinkem; v psychopatologii látka, která je používána a zneužívána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení somatopsychických funkcí; při opakovaném užívání možnost vzniku závislosti*“ (Hartl, 2004, s. 52).

Za drogu je považována látka rostlinného i živočišného původu sloužící k výrobě léků. Kromě léčení má droga i jiné využití, např. v magii nebo při zneužívání toxikomany – v tomto případě ji označujeme jako *omamnou drogu*. Za omamnou drogu považujeme látku, která způsobuje změny v psychice a vyvolává závislost (Valíček a kol., 2000).

Jedná se o látky, které mění vědomí. Dodávají člověku více sebevědomí či pocit uvolnění a jedinec se tak cítí více otevřenější. Tyto změny vědomí jsou cílem užívání (Dunselman, 2013).

Hlavním důvodem, proč lidé po dlouhá tisíciletí užívají psychoaktivní látky je to, že díky nim prožívají nevšední pocity a uspokojení. Velkou roli ve vzniku těchto pocitů hraje mozkový dopaminový systém odměny. Jeho aktivaci způsobují různé aktivity, například sport, čtení knih nebo hraní počítačových her. Psychoaktivní látky však dokážou hladinu dopaminu zvýšit daleko rychleji než tyto činnosti, a prožitek z nich je mnohem intenzivnější (Orel, 2020).

## 1.1 Rozdělení drog

Nejčastěji drogy dělíme podle toho, zda jsou volně dostupné, tedy na legální a nelegální.

Za legální drogy jsou považovány léky volně prodejné či na předpis a alkohol a tabákové výrobky. Jedná se o látky tolerované společností a za jejich užívání nehrozí žádný postih. Tyto látky sice poškozují zdraví, ale ne tak závažným způsobem jako drogy nelegální.

Nelegální drogy nejsou volně prodejné a společností se netolerují. Jejich uchovávání či distribuce je v rozporu se zákonem.

### **Dělení drog podle rizika vzniku závislosti:**

- **Drogy měkké** – drogy s „nízkým“ rizikem. Radíme zde legální drogy jako alkohol, cigarety a konopné produkty.
- **Drogy tvrdé** – drogy s vysokým a neakceptovatelným rizikem, u kterých je také vyšší riziko vzniku závislosti; patří sem všechny nelegální drogy, např. heroin či pervitin (Valíček, 2000).

### **Dělení drog podle účinku na psychiku:**

Některé drogy však nemůžeme zařadit pouze do jednoho typu, jelikož např. extáze má jak halucinogenní, tak i stimulační účinky.

Rozdělení spočívá v hlavním účinku, který daná droga vykazuje:

- Tlumivé látky (narkotika): heroin, opium
- Psychomotorická stimulancia: pervitin, kokain
- Halucinogeny: LSD, marihuana (Kalina a kol., 2015).

## 2 DROGOVÁ ZÁVISLOST

Za drogovou závislost je považován stav, kdy jedinec silně touží po tom, aby si mohl drogu dát a má tendenci své dávky zvyšovat. Tohle chování působí negativně jak pro něj, tak pro jeho okolí. Pozorujeme zde změny v chování a další jevy, které jsou vždy spojeny s touhou vzít si drogu (Valíček a kol., 2000).

Mahdalíčková (2014, str. 31) definuje drogovou závislost „*jako psychický a fyzický stav, který vyplývá ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují potřebu brát pravidelně drogu pro její psychické účinky anebo proto, aby se zabránilo nepříjemnostem při její nepřítomnosti v organismu.*“

Vznik závislosti závisí na několika faktorech, za nejdůležitější považujeme celkový stav jedince, protože je-li nějakým způsobem narušena jeho psychická nebo fyzická stránka, nastává větší pravděpodobnost, že začne drogy užívat. Dále záleží na věku, přičemž u mladších jedinců vzniká závislost rychleji, a také na typu drogy, který začne jedinec užívat (Mahdalíčková, 2014).

Jako drogově závislého označujeme jedince, který ze začátku užíval drogy pouze pro stav euforie a nyní už bez nich nemůže žít. Zkrátka považuje to za běžnou součást svého života (Dunselman, 2013).

Se vznikem závislosti souvisí pojem *tolerance*. Znamená to, že pokud jsme začali pravidelně užívat nějakou návykovou látku, naše tělo začne postupně vyžadovat větší a větší dávku. V mnoha případech to začíná nevinně. Jedinec si dá např. každý den na uklidnění po celém dni v práci sklenici vína, avšak po pár měsících bude jeho tělo potřebovat pro stejný účinek sklenice třeba čtyři.

S tolerancí pak souvisí *abstinenční příznaky*, které se jedinci dostaví při neuzítí dané látky. Jedná se např. o pocení, špatný spánek, stres či halucinace. V tomto případě dojde k vytvoření návyku – tělo nemůže bez dané látky normálně fungovat (Dunselman, 2013).

Definitivní diagnóza závislosti vzniká podle Nešpora (2011) tehdy, pokud v období jednoho roku došlo minimálně ke třem z těchto jevů:

- silná touha po droze,
- nekontrolovatelnost při užívání dané látky,
- zvyšování dávek drogy,
- zanedbávání zájmů či potěšení,

- pokračování v užívání i přes důkaz toho, že mají drogy škodlivý účinek.

## 2.1 Rozdělení drogové závislosti

Závislost dělíme na fyzickou (tělesnou) a psychickou.

**Fyzická závislost** „je stav organismu vzniklý zpravidla dlouhodobým a častým podáváním drogy. Je to vlastně stav chronické otravy organismu. Došlo k paradoxní situaci, kdy organismus zahrnul drogu do své látkové výměny a vlastně ji potřebuje a vyžaduje. Je-li přísun drogy zastaven, dostaví se abstinenční příznaky“. (Novotný, 2008, s. 428)

Jednoduše můžeme říct, že fyzická závislost se začne projevovat abstinenčními příznaky, jako je třes či pocení, do té doby, než si uživatel dá další dávku. Vynechání obvyklé dávky může vést až k agresi a pokud na ni uživatel nemá peníze, často ho to donutí ke kriminálním a nemorálním činům, jako jsou krádeže či prostituce, aby si obstaral částku potřebnou ke koupi své dávky.

**Psychická závislost** „je duševní stav vzniklý podáváním drogy a projevuje se různým stupněm potřeby drogu aplikovat. Její vznik je vázán na určité prožitky. Je-li podávání drogy přerušeno, dostaví se psychické poruchy.“ (Novotný, 2008, s. 428)

Psychická závislost bývá rodinou závislého i větší částí veřejnosti podceňována tím, že si myslí, že stačí vydržet, až odezní abstinenční příznaky a bude vše zase v normálu. Nicméně pokořit psychickou závislost bývá mnohem těžší než fyzickou, jelikož závislý musí změnit celkový životní styl, což trvá i několik let (Mahdalíčková, 2014).

## 2.2 Fáze drogové závislosti

Vývoj drogové závislosti lze rozdělit do následujících čtyř fází:

První fáze se nazývá experimentální. Znamená to, že uživatel drogy „pouze“ zkouší, poznává příjemné účinky drogy, jako je pocit štěstí, vyšší sebevědomí či únik z reality před nějakým problémem. Nedochozí mu, že při častějším užívání vzniká závislost a neuvědomuje si ani další rizika. Jedinci v tomto stádiu užívání drog nedávají najevo (Mahdalíčková, 2014).

Druhou fází je fáze pravidelného užívání, kdy už jedinec užívání drogy netají a neuvědomuje si, jak závažné jeho jednání je. Zkrátka si nepřipouští, že by se mohl stát

závislým. Dochází zde k omezení koníčků, ke zhoršení vztahů v rodině či ke změnám v chování (Vágnerová, 2004).

Třetí je fáze návykového užívání, kterou překoná jen malá část uživatelů. Jedinec zde staví na první místo užívání drogy a svou závislost už ani neskrývá a nestydí se za ni. I přes výčitky se přestává stýkat s rodinou a přáteli a téměř jediné, co ho zajímá, je způsob, jak si drogu obstarat a dát si ji. Peníze na ni získává často nelegálním způsobem (Vágnerová, 2004).

Poslední fáze je terminální, která bývá též označována jako konečná. Uživatel má poškozenou fyzickou i psychickou stránku. Dojde k poškození zdraví, začnou se projevovat nemoci spojené s užíváním a jedinec je ve styku pouze se stejným typem lidí (Vágnerová, 2004).

### **2.3 Prevence drogové závislosti**

Heller (2011, s. 198) definuje prevenci jako „*aktivitu vedoucí k posílení a ochraně zdraví a výchově ke zdravému způsobu života.*“

Prevenci rozdělujeme na primární, sekundární a terciální.

#### **Primární prevence**

Jejím cílem je předejít tomu, aby závislost vznikla, tzn., aby jedinec návykové látky nezačal vůbec užívat nebo minimálně jejich užívání oddálil do pozdějšího věku, kdy je tělo více odolnější. Cílem je rovněž omezení experimentování s drogami, aby nedocházelo k poškození tělesného i duševního zdraví (Nešpor, 2011).

Primární prevenci dělíme na nespecifickou a specifickou. Nespecifická primární prevence zahrnuje aktivity, které snižují riziko vzniku závislosti díky lépe využitému volnému času. Řadíme sem tedy různé činnosti vedoucí ke zdravému životnímu stylu a ke snižování vzniku rizikového chování. Jedná se o různé volnočasové aktivity, sportovní nebo kulturní činnosti (Černý, 2010).

Specifická primární prevence zahrnuje činnosti, které jsou zaměřeny přímo na určitý typ rizikového chování, tedy přímo na cílovou skupinu, u které je předpoklad výskytu rizikového chování (Černý, 2010).



## **Sekundární prevence**

Pokud hovoříme o sekundární prevenci, znamená to, že už došlo k užití drogy, tedy k rizikovému chování. Důležité je tento stav odhalit včas, což např. v období dospívání není vůbec jednoduché. Užívání drog v tomto období totiž lze totiž snadno zaměnit za typické změny v dospívání, jako hubnutí, konfliktní chování nebo setkávání se s novými kamarády.

Nešpor (2011, s. 156) uvádí, že „*sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě před tím, než nemoc způsobila poškození.*“

Sekundární prevenci představují státní i nestátní organizace s cílem zlepšit kvalitu života uživatelům návykových látek. Patří sem školní poradny, pedagogicko-psychologické poradny či kontaktní centra (Kalina a kol., 2008).

## **Terciární prevence**

Terciární prevence souvisí s klienty, kteří už buď prošli léčebným procesem, nebo jsou pravidelnými uživateli drog a nechťejí se tohoto rizikového chování vzdát. Snahou terciární prevence je zmírňovat následky tohoto jednání a zároveň předejít zdravotnímu i sociálnímu poškození. Rizikové chování související s drogami totiž může způsobit negativní dopady nejen konkrétnímu jedinci, ale i celé společnosti (Kalina a kol., 2008).

## **2.4 Léčba drogové závislosti**

Cílem léčby je úplné odstranění závislosti, čehož samozřejmě nelze dosáhnout hned. Po rychlém vysazení dochází k abstinčním příznakům, se kterými mohou nastat zdravotní komplikace, a proto musí léčba probíhat postupně. Důležité je také to, aby měl závislý jedinec motivaci k léčbě a také podporu rodiny a okolí.

### **Léčebné programy**

SANANIM (2007) uvádí pět typů léčebných programů:

**Detoxifikace** se zabývá překonáváním abstinčních příznaků a po jejím absolvování by měl být klient připraven na další léčbu.

**Ambulantní léčba** bývá poskytována klientům, kterým se dostává podpora od rodiny a žijí tedy ve vhodném rodinném i sociálním prostředí. Klient není hospitalizován, ale léčba probíhá v zařízení, kam dochází. Léčba se považuje za účinnou tehdy, když má klient

kontakt s léčebným zařízením minimálně dvakrát až třikrát týdně po dobu minimálně tří měsíců.

**Substituční léčba** spočívá v nahrazení užívané drogy za lékařsky předepsanou látku, která má podobné účinky jako doposud užívaná droga, ale s menším rizikem. Jedná se například o nahrazení heroínu za metadon.

Mezi cíle substituční léčby patří zlepšení celkového zdravotního stavu klienta, ukončení rizikové aplikace drog, dále omezení rizikového a kriminálního chování ve spojitosti se získáváním drog a zajištění návratu do normálního života, tedy znovu nastoupit do zaměstnání nebo školy (Kalina a kol., 2015).

**Pobytová léčba** spočívá v léčebných programech, ve kterých jsou striktně dána pravidla a režim. Pacienti využívají terapeutické metody, účastní se skupinové nebo individuální terapie a různých volnočasových aktivit. Pobytová léčba se dělí podle délky trvání na krátkodobou (do 2 měsíců), střednědobou (2-3 měsíce až 6 měsíců) a dlouhodobou (více než 6 měsíců, maximálně 2 roky).

**Následná péče** probíhá po léčbě a má za úkol udržet klienta v abstinenci. I přes celou řadu informací o tom, jak se má v různých situacích zachovat, stále hrozí riziko užití drogy. Pokud je tedy v kontaktu s lékařem, pravděpodobnost opakovaného intenzivního užívání drog klesá.

Nešpor (2011) uvádí třináct principů efektivní léčby závislosti na drogách, které by měly zajistit, aby proběhla úspěšně:

1. Pro každého pacienta musí být léčba zvolena individuálně.
2. Léčba by měla být dostupná co nejrychleji.
3. Léčba by měla brát v potaz různé pacientovy potřeby, například zdravotní nebo sociální.
4. Léčba by se měla měnit podle potřeb pacienta.
5. Důležitá je délka léčby. Čím déle léčba probíhá, tím je efektivnější.
6. Léčba by měla ke každému pacientovi přistupovat individuálně.
7. U některých pacientů je nedílnou součástí užívání vhodných léků.
8. Někteří pacienti, kteří jsou nejen závislí, ale trpí ještě jinou duševní poruchou, by se měli léčit pro obojí.
9. Detoxikace sama o sobě není příliš účinná, je pouhým prvním stádiem léčby.

10. Závislí jedinci se nemusí jít léčit pouze dobrovolně. Za efektivní léčbou může často stát rodina nebo zaměstnavatel.

11. U efektivní léčby nesmí docházet k porušování abstinence.

12. Mimo samotnou léčbu by mělo proběhnout také vyšetření HIV/AIDS, žloutenku a další nemoci, které se u závislých vyskytují nejčastěji.

13. Závislým se doporučuje účast ve svépomocných skupinách, která zajišťuje vyšší efektivitu léčby.

U léčby závislosti je velmi důležitá motivace. Existuje tzv. technika posilování motivace, která bývá při využití terapeutem velmi účinná. Jedná se o pět principů: vyjádření empatie, vytváření rozporů, vyhýbání se jakémukoliv sporu, práce s odporem a posilování sebedůvěry (Nešpor, 2011).

### 3 NOVODOBÁ HISTORIE DROG

Různé návykové látky, a jejich zneužívání, jsou staré jako lidstvo samo. První recepty na alkohol pocházejí již z období 6 000 let před našim letopočtem. Později se začalo užívat opium, konopí nebo různé jedy. Historie drog je opravdu velmi bohatá, ale vzhledem k tomu, že má práce je zaměřena pouze na tvrdé drogy, které jsou objevem až 19. nebo 20. století, zaměřím se pouze na tu novodobou.

#### 19. století

V 19. století dochází k významným objevům v oblasti drog, které jsou na trhu k dostání ve velkém. Byl objeven morfin, kodein, kokain či heroin.

V roce 1806 přichází na trh morfin, alkaloid opia, který sloužil k utlumení bolesti. Morfin užívaly takřka všechny sociální vrstvy od lékařů a lidí z vyšších společností, až po prostitutky. Po morfinu přišel na trh heroin, diacetyl morfinu, který byl až pětikrát účinnější. Představoval oproti morfinu výhodu v tom, že uživatelé po něm byli aktivnější, sebevědomější a pomáhal zcela utlumit kašel. Upřednostňovali ho také lékaři, protože k utlumení bolesti stačila minimální dávka (Escotado, 2003).

Později však byla objevena jeho vysoká návykovost a netrvalo dlouho, než ho lidé začali zneužívat. S objevením heroinu byla vynalezena i injekční stříkačka s jehlou, která se mezi závislými ihned stala populární, jelikož se jim touto aplikací dostalo většího účinku (Kubánek, Polívka, 2010).

Ještě před heroinem zaznamenal obrovský úspěch kokain, který byl propagován jako „neškodný přípravek proti smutku.“ Zkoumal ho tvůrce psychoanalýzy Sigmund Freud, který ho údajně každý den po dobu deseti let užíval. Koncem 19. století bylo na trhu několik stovek druhů nápojů obsahujících buď výtah z rostliny koky, nebo přímo čistý kokain. Dokonce doposud známý nápoj Coca-Cola obsahoval kokain (Escotado, 2003).

Německý chemik Friedrich Gaedcke vyrobil krystalický produkt ze směsi různých látek, jež jsou obsaženy v listech rostliny koky pravé. Začal se přidávat do různých léků i potravin. Později se začal používat jako lék pro závislé na morfinu, nicméně touto léčbou se ukázalo, že následně začala vznikat závislost právě na kokainu. Po pár letech od vynalezení, čím dál více lidí kokain šňupalo a užívalo nitrožilně (Kubánek, Polívka, 2010).

Za drogy byl považován také chloroform a éter. Koncem 19. století byl éter považován za „metlu“ celé východní i západní Evropy. Užívali ho především nižší společenské vrstvy, ale také bohatí. Znáмым uživatelem éteru byl např. francouzský spisovatel Guy de Maupassant (Escotado, 2003).

## **20. století**

Ve 20. století došlo k objevení aminů, tedy amfetaminu nebo metamfetaminu, které byly mnohonásobně účinnější než kokain, a současně levnější. Aminy poprvé užívali vojáci během občanské války ve Španělsku. Výhoda spočívala v tom, že snižovaly deprese, únavu a také chuť k jídlu. Později se však ukázalo, že mimo tyto účinky způsobují trvalé poškození mozku, dokonce i schizofrenii. Aminy byly i přesto nadále propagovány jako látky s pozitivním účinkem. Mimo jiné se amfetaminy užívaly také jako doping pro sportovce (Escotado, 2003).

Pervitin nabyl na popularitě i díky tomu, že uživatelé svou práci vykonávali rychleji a dodával uživatelům sebevědomí. Např. herci nebyli před vystoupením nervózní, spisovatelé mohli svá díla psát až do noci a pracovníci v továrnách měli vyšší výkony. Začaly se dokonce vyrábět pralinky s obsahem metamfetaminu, díky nimž prý měly být domácí práce vykonány daleko rychleji, a navíc se po nich údajně hublo (Ohler, 2016).

Dalším vynálezem 20. století jsou barbituráty, které uživatelé způsobují obrovské omámení. Při vyšších dávkách je téměř vždy jistá smrt. Podle zákona šlo však „pouze“ o neopiová hypnotika, která se dala běžně koupit bez lékařského předpisu. Ve skutečnosti způsobovaly agresivitu, nekontrolovatelnou sexuální touhu a také abstinenční příznaky s vyšším rizikem, než např. u heroinu (Escotado, 2003).

Během 1. a 2. světové války bylo v Československu velmi populární šňupání kokainu. Ten odstraňoval zábrany a užívali ho jak prostitutky či tanečnice v barech, ale také známé osobnosti nebo mladí lidé z bohatých rodin (Kubánek, Polívka, 2010).

V roce 1938 nabyl platnosti opiový zákon, ve kterém bylo stanoveno, „*že úřednímu doзору se podrobují výroba, zpracování, příprava, rozdělování, obchod, dovoz, tranzit a vývoz látek.*“ (Nožina, 2009, s. 261).

Znamenalo to, že bylo zapotřebí mít speciální povolení k tomu, aby se s drogami mohlo obchodovat. Byly zřízeny zvláštní registry, do kterých se musely zapisovat všechny drogy na lékařský předpis. V případě jakéhokoliv pokusu obejít tohoto zákona hrozil trestní

postih. Díky opiovému zákonu se počet osob zneužívající drogy snížil, a proto ho lze považovat za úspěšný (Nožina, 2009).

V roce 1943 bylo Albertem Hofmannem objeveno LSD, které je získáváno z houby námelu. Bylo považováno za unikátní látku a na jednu dávku stačilo velmi malé množství. Mělo mnoho využití, např. v obecné psychoterapii či v léčbě závislosti na alkoholu (Escotado, 2003).

Po objevení LSD se s ním začalo experimentovat. Zajímavý je fakt z roku 1961, kdy s ním prováděl experimenty docent z Harvardovy univerzity, Timothy Leary. Ten LSD sám velmi často užíval a propagoval jeho „pozitivní“ účinky. O čtyři roky později však byla droga stažena z trhu a její užívání se stalo nezákonným. Přesto ji užívalo mnoho, především mladých, lidí za účelem vidění lepšího světa, což ale velmi často vedlo ke schizofrenní psychóze, depresím a ztrátě reálného myšlení. Leary byl o pár let později zatčen, protože se u něj našel materiál určený k výrobě několika milionů dávek LSD (Dunselman, 2013).

Dále byla vyvinuta extáze (MDMA), která měla původně sloužit jako prostředek na hubnutí. V 80. letech se však začala velkou rychlostí šířit jako ilegální droga jak v západní Evropě, tak i v USA (Kubánek, Polívka, 2010).

Po pádu komunismu v České republice v listopadu 1989 se díky otevřeným hranicím, a tudíž větším možnostem, drogy prudce rozšířily. Zvýšila se kriminalita související např. s organizovaným zločinem nebo prodejem drog a sehnat kokain či extázi přímo na ulici nebyl žádný problém (Kubánek, Polívka, 2010).

Zájem o drogy byl obrovský. Zneužívala se jednak hypnotika a sedativa, např. Diazepam, ale také opiáty, jako morfin nebo syntetika, např. Tramal. Na popularitě nabyly také konopné drogy, tedy marihuana a hašiš, kdy se rozšířilo jejich ilegální pěstování. Vzrostla také dostupnost pervitinu, který se především šňupal a jeho užívání mládeží na diskotékách nebylo nic neobvyklého (Nožina, 1997).

V 80. letech došlo k celosvětovému problému, kdy se začaly vyrábět náhražky nelegálních drog, které však byly mnohem toxičtější než čisté drogy. Na černém trhu byla dostupná např. náhražka kokainu s názvem *coco snow* nebo *synth coke*, což byla pouze varianta katinu, nebo *ice*, což byl čistý metamfetamin. Největší popularitu zaznamenal crack, kokainová báze smíchaná spolu s bikarbonátem sodným. Jedná se v podstatě o „nevyčištěný“ kokain, jehož toxicita je tak vysoká, že v roce 1989 zemřelo díky jeho konzumaci patnáctkrát více lidí než při užívání kokainu. Crack byl až dvanáctkrát levnější než čistý kokain, a proto se považoval za drogu chudých.

Svou náhražku mělo také MDMA, které „se ředilo“ tak toxickými látkami, že způsobovalo dokonce úmrtí. Smrt způsoboval také nečistý heroin, který se v 90. letech stal znovu populárním (Escobotado, 2003).

A jaký je důvod, že za posledních pár desetiletí se drogy pro tolik lidí staly zajímavými?

Dunselman (2013) tvrdí, že je to kvůli velkým změnám v 60. letech, kdy došlo ke kulturním převratům nebo studentským nepokojům. Mladí lidé chtěli dosáhnout určitých cílů a k tomu jim dopomáhaly právě drogy. Dále došlo k omezení tradičního chování v rodinách a škole a např. sexuální vztahy se staly mnohem volněji. Došlo i ke značnému úbytku věřících.

## 4 NEJČASTĚJI ZNEUŽÍVANÉ DROGY

### 4.1 Opiáty

Název je odvozen od opia, což je šťáva z nezralých makovic. Mezi přírodní opiáty řadíme morfin a kodein, mezi syntetické pak hlavně heroin, který je celosvětově nejrozšířenějším zástupcem této skupiny. Mimo něj se užívá také opium, především v sezóně, kdy se mák pěstuje. Dále do této skupiny patří braun, který se vyrábí z kodeinu a před tím, než se u nás rozšířil heroin, byl nejvíce užívaným opiátem (Kalina a kol., 2015).

Od opiátů se očekává především stav euforie. Dále způsobují útlum nervového systému, mohou způsobit zvracení, klesá tělesná teplota, zužují se zorničky a srdeční tep klesá. Z dlouhodobého hlediska může vzniknout psychická závislost, k fyzické závislosti by došlo tehdy, pokud by jedinec užíval opiáty denně po dobu několika měsíců (Kalina a kol., 2015).

#### 4.1.1 Heroin

Heroin je nahořklý bílý prášek, který byl poprvé syntetizován chemikem Wrightem. Vznikl tak, že po dobu několika hodin vařil morfin spolu s bezvodou kyselinou octovou. Vzniká u něj velmi rychle návyk, u nitrožilní aplikace zhruba po pěti až sedmi dávkách. Vyskytuje se buď ve formě „bílého prášku“, který se získává diacetylací morfinu nebo ve formě „hnědého cukru“, který je získáván také diacetylací morfinu, avšak s přidaným kofeinem a jinými ředícími substancemi. K heroinu se přidávají i jiné látky, např. amfetaminy, jedlá soda nebo křemičitan hořečnatý, kvůli zvýšení váhy, čímž se zvýší i cena. Právě díky tomu, že jsou k heroinu přidávány tyto „přísady“, může lehce dojít k předávkování (Nožina, 1997).

Uřčit podíl čistého heroinu v látce však není jednoduché a v průběhu několika let se mění. Např. v roce 1998 byla čistota heroinu okolo 70 %, v roce 2011 pouze okolo 30 % (Kalina a kol., 2015).

Užívá se buď inhalací neboli šňupáním, nebo injekčně, a to buď vpichováním přímo do žíly, nebo pod kůži a do svalu. U nitrožilní aplikace se heroin roztaví na lžici nad ohněm, následně se zředí destilovanou vodou a pomocí injekční stříkačky aplikuje do žíly. Kromě toho se může i kouřit (Nožina, 1997).

Způsob užívání závisí také na formě heroinu. K nitrožilní aplikaci je vhodnější bílý heroin. Hnědý heroin totiž nejde snadno rozpustit, proto je vhodnější spíše ke kouření nebo



inhalaci z aluminiové fólie. Začínající uživatelé heroinu obvykle užívají dávky pod 100 miligramů, postupně dochází k navyšování (Kalina a kol., 2015).

V České republice uživatelů závislých na heroinu ubývá. Mohou za to zařízení, která se zabývají prevencí užívání drog, dále existuje větší nabídka drog, které jsou levnější a dají se snáze sehnat a hlavním důvodem je pak realita životních drah dlouhodobě závislých jedinců, kteří na okolí působí jako odstrašující případ (Blažejovský, 2015).

Po užití heroinu přichází pocity euforie, dochází ke zpomalení myšlení. Mezi fyziologické změny patří zpomalení dechu, zúžení zornic či sucho v ústech. Po nitrožilní aplikaci nastává tento stav ihned a je velmi intenzivní. Jedinec prožívá kladné pocity radosti a srdečnosti. Mezi negativní účinky spojené s dlouhodobějším užíváním heroinu řadíme sníženou potřebu k jídlu, následně dochází k rapidnímu snížení tělesné hmotnosti, poruchy spánku, snížení fyzické kondice, u žen mohou nastat změny v menstruačním cyklu, u mužů impotence. S užíváním souvisí také zhoršení vztahů s rodinou a přáteli, hrozí nakažení různými infekcemi, např. virovou hepatitidou nebo virem HIV (Nožina, 1997).

Abstinenční příznaky u závislého na heroinu se dostaví již po několika hodinách od poslední dávky. Projevují se úzkostí, jedinec se silně potí, dochází k rozšíření zorniček, třesu nebo zvracení. Spánek bývá velmi krátký a neklidný. Abstinenční příznaky odeznívají po zhruba dvou dnech.

Ze skupiny opiátů je právě heroin nejnebezpečnější, protože při jeho užívání rychle roste tolerance a jedinec tak musí dávky stále navyšovat (Nožina, 1997).

Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice (2017) činí počet uživatelů závislých na heroinu okolo 7 tisíc.

## **4.2 Stimulační drogy (psychostimulancia)**

Psychostimulační látky povzbuzují organismus, způsobují vyšší výkonost, která je ale po více užitích omezena na kvalitě. Mezi hlavní zástupce řadíme metamfetamin, extázi (MDMA) a kokain, z nichž je v České republice nejvíce užívaný metamfetamin neboli pervitin (Kalina a kol., 2015).

Psychostimulancia odstraňují únavu či urychlují myšlení, jedinec má hodně energie. Dochází však také ke zvýšenému pocení, k pocitům ohrožení, k vyčerpání a po dlouhodobějším užívání jedinec velmi rychle hubne a zažívá silné halucinace (Kalina a kol., 2015).

S užíváním stimulačních drog je spojeno několik rizik. Jedním z nich je toxická psychóza, která se dostavuje až po dlouhodobějším užívání. Závislý má pocit, že ho někdo pronásleduje, pociťuje i další bizarní stavy, které působí negativně na jeho psychiku, např. má pocit, že má pod kůží hmyzí larvy. Další riziko představuje kardiovaskulární systém, který je užíváním velmi zatížen, může dojít až k infarktu myokardu. Může dojít také k hypertenzní krizi, u které jedinec pociťuje silné bolesti hlavy a nevolnost, nebo k epileptickému paroxysmu, kdy jedinec po dobu zhruba jedné minuty prožívá křečový záchvat a je důležité se o něj postarat, aby nedošlo k jeho zranění nebo např. k zadušení (Mahdalíčková, 2014).

#### 4.2.1 Kokain

Kokain se získává z rostliny koky, která se zpracuje na pastu a poté přemění chemicky na kokainhydrochlorid neboli kokain. Prodává se v podobě bílého prášku, ne vždy však v čisté podobě. Tím, že se kokain často mísí, např. s mastkem nebo amfetaminy, je váha prášku vyšší a prodejci tímto způsobem více vydělávají (Nožina, 1997).

Nejběžnější způsob užívání kokainu je inhalace neboli šňupání nosními dírkami. Další možností je injekční aplikace, kdy se kokain zředěný ve vodním roztoku vpichuje přímo do žíly. V případě inhalace je účinek drogy delší (Nožina, 1997).

Při užívání kokainu zažívá člověk jak omamné a stimulační pocity, tak zároveň pocity euforie. Co se týče omamných účinků, dochází po užití k omezení pocitu hladu a žízně, klesá srdeční frekvence. Mezi stimulační účinky řadíme zrychlení dechu a srdečního tepu, zvýšenou teplotu, dále má kokain projímavý účinek a uživatel má neustálou potřebu k močení. Utlumuje také potřebu spánku, uživatel nepociťuje únavu, je velmi aktivní a cítí se svěže (Dunselman, 2013).

Pocity euforie způsobují vyšší sebevědomí, člověk je hyperaktivní, je schopen rychleji přemýšlet. Kokain je proto velmi atraktivní pro jedince, kteří se cítí méněcenní, a po užití se jim dostaví sebejistota a chovají se více extrovertně. Tyto pocity jsou však pouhá iluze a po vyprcháání drogy přichází pocity smutku a prázdna (Dunselman, 2013).

U kokainu vzniká těžký návyk, s jeho užíváním vzniká silná psychická závislost a po dlouhodobém užívání se může projevit syndrom chronické otravy kokainem neboli kokainismus. Pro závislého je typický stařecký vzhled (Mahdalíčková, 2014).

V souvislosti s kokainem uvedu ještě další typ stimulační drogy, která s ním úzce souvisí, crack. Jedná se o hydrochlorid kokainu, který se přeměňuje na tzv. *volnou bázi*. Hydrochlorid kokainu se zahřeje spolu s jedlou sodou a éterem a tím vzniká crack. Ten se

kouří buď v cigaretách ještě spolu s tabákem či marihuanou, nebo ve zvláštních dýmkách. Kouření cracku je nejrychlejší způsob, jakým se kokain dostává do mozku. Hrozí však vysoké riziko předávkování, jelikož crack se obvykle připravuje v nehygienickém prostředí domácích laboratoří a obsahuje tak často různé nečisté látky. I díky tomu je jeho cena podstatně nižší než u kokainu (Nožina, 1997).

#### 4.2.2 Pervitin

Jako hlavní látka pro výrobu pervitinu se používá efedrin, který se získává z různých léků nebo z rostliny chvojníku. Efedrin pak lze za použití určitých chemických látek, např. louhu nebo červeného fosforu, přeměnit na metamfetamin. Ač jdou veškeré látky i nástroje k přípravě snadno sehnat, vyrobit čistý pervitin není jednoduchá záležitost. V mnoha případech bývá místo čistě bílé barvy zabarven do žluta nebo fialova, což zapříčiňuje přítomnost jiných látek, díky kterým hrozí po aplikaci do organismu velké nebezpečí (Nožina, 1997).

S užíváním pervitinu souvisí slangový pojem „stíha“. Jedná se o počáteční stav toxické psychózy. Jedinec pociťuje příznaky paranoidního syndromu, kdy se stává nedůvěřivým, má pocit, že mu chce okolí ublížit. Mohou nastat také zrakové a sluchové halucinace či neustálý pocit ohrožení. Tyto stavy se velmi podobají schizofrenii a řešením uniknout jim bývá v mnoha případech sebevražda (Nožina, 1997).

Účinky pervitinu jsou podobné s účinky kokainu, ovšem s jediným rozdílem – skupina amfetaminů nemá utlumující účinky. Navíc kokain má přírodní základ, takže je méně škodlivý než pervitin, který je čistě syntetický. Jedinec není díky němu unavený, ale při opakovaných dávkách dochází k úplnému vyčerpání. Po dlouhodobějším užívání může dojít k srdečním komplikacím, ke krvácení do mozku, poruchám rozmnožovací soustavy nebo ke změnám v pohybovém aparátu. Při nepravdělném užívání zažívá jedinec spíše nepříjemné stavy jako bolesti hlavy, bušení srdce, křeče v břiše apod. Při vysokých dávkách se objevují stavy v podobě strachu, depresí či halucinací (Dunselman, 2013).

Mezi pozitivní účinky patří získání vyššího sebevědomí, jedinec je méně sebekritický, aktivnější a mnohdy i soustředěnější. Po odeznění drogy však nastává nepříjemný stav spojený s obrovskou únavou, a aby jedinec tuto „kocovinu“ překonal, užije další dávku a ke vzniku závislosti tak chybí jen krůček (Dunselman, 2013).

Po dlouhodobějším užívání se celkově mění osobnost jedince. Často se projevují stavy ohrožení přecházející až do agrese. Tyto stavy jsou téměř stejné s projevy schizofrenie (Mahdalíčková, 2014).

Co se týče odvykacího stavu, souvisí s ním únava, a především intenzivní touha po droze. Po vysazení je typický dlouhý spánek trvající až několik dní, ve fázi bdění pak jedinec zkonsumuje velké množství jídla. Dále pociťuje depresi, se kterou souvisí také sebevražedné myšlenky. Po překonání těchto stavů přichází období velmi silné touhy po droze, dochází také k poruchám spánku. Postupně touha odeznívá, může to však trvat až několik měsíců (Kalina a kol. 2015).

Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice (2018) je pervitin nejvíce zneužívaná nelegální droga, u které bylo v roce 2017 zaznamenáno okolo 34 tisíc uživatelů.

### 4.2.3 Extáze

Jako extázi označujeme derivát amfetaminu. Těchto derivátů však existuje několik podob a mnohdy se ani nejedná o čistou extázi. Výroba totiž není jednoduchá a prodejci často sází na to, že jedinci, kteří s drogami teprve začínají, neví, jak se účinek projevuje. Tzv. *fake ecstasy* tak může být např. pouhý derivát efedrinu. Ovšem v případě užití drogy, která obsahuje nečisté chemikálie, hrozí riziko v poškození psychiky. Stejně jako u pervitinu může časem dojít k toxické psychóze (Nožina, 1997).

Obvykle se užívá ústně ve formě tablet, ve výjimečných případech i injekčně. Běžná dávka činí okolo 80-150 mg a po spolknutí se nejprve vstřebá v trávicím traktu a poté se krví dostane do celého organismu. Účinek nastává max. do hodiny a trvá zhruba pět hodin (Kalina a kol., 2015).

*„Účinky extáze lze označit za specifickou směs působení speedu a marihuany, resp. hašiše. Extáze jednak obsahuje stimulační komponenty speedu, jednak má silně dominantní vliv na citový život jako marihuana a hašiš.“* (Dunselman, 2013, s. 280)

Tato kombinace vyvolává velmi zvláštní pocit, kdy se tělo zároveň uvolňuje a ochabuje. Po užití drogy jedinec zažívá pocit euforie, poté přijdou na řadu méně příjemné pocity, jako je zvýšený krevní tlak nebo ztuhnutí čelisti. Jakmile začne extáze plně působit, člověk zažívá pocity porozumění a empatie. Zkrátka se dokáže plně vcítit do pocitů druhých (Dunselman, 2013).

I u extáze však hrozí velké riziko. Předávkování extází je velmi podobné jako předávkování pervitinem. Při užití se zatěžuje cévní soustava, dochází ke zvýšenému krevnímu tlaku. Po pár hodinách se mohou dostavit pocity strachu, zimnice, po více hodinách může dojít až ke ztrátě soustředění nebo ztuhnutí končetin. Dostaví se také negativní pocity vedoucí až k nechutenství a depresi (Dunselman, 2013).

## 4.3 Halucinogeny

Halucinogeny jsou látky se silným psychoaktivním účinkem. Způsobují zkreslené vnímání, jedinec může prožívat jak pozitivní pocity, tak i velké deprese. Tyto stavy jsou často doprovázeny halucinacemi, kdy jedinec nevnímá čas, ani místo, kde se nachází (Nožina, 1997).

Halucinogeny dělíme na přírodní a syntetické halucinogenní látky. Mezi přírodní halucinogeny řadíme např. psilocybin, vyskytující se v houbách, atropin, který obsahuje rostlina durman, nebo kyselina ibotenová v muchomůrce červené. Mezi syntetické halucinogeny pak řadíme LSD nebo ketamin (Kalina a kol., 2015).

Halucinogeny mohou způsobit tzv. *bad trip*, při kterém uživatel zažívá pocity úzkosti, halucinace či paranoiu. Depresivní stavy mohou přetrvávat i delší dobu, stejně tak i změny osobnosti (Kalina a kol., 2015).

### 4.3.1 LSD

Za LSD označujeme *diethylamid kyseliny lysergové, která je součástí struktury všech alkaloidů obsažených v námelu. Sama o sobě je kyselina farmakologicky neúčinná. Mimořádně silný halucinogen diethylamid kyseliny lysergové (LSD) se připravuje z námelu polosynteticky* (Blažejovský, 2015, s. 47).

LSD je velmi nebezpečná droga. Dokonce pouze jedno užití může vést k trvalému poškození nervové soustavy. Na LSD si nelze vytvořit fyzickou závislost. Po několika týdnech však může nastat tzv. *flashback*, což je stav, kdy má jedinec opět vidiny, aniž by si drogu znovu vzal (Kubánek, Polívka, 2010).

LSD se nejčastěji užívá formou malých papírků ve tvaru čtverců, které jsou napuštěny LSD a vloží se pod jazyk. Kromě toho se může vyskytovat ve formě želatiny nebo krystalků. Jedná se o silnou látku, působí tedy ve velmi malých dávkách, okolo 50-100 mikrogramů. LSD začne působit po zhruba dvaceti minutách až jedné hodině. Halucinogenní efekty, které se objeví po užití drogy, mohou trvat osm až dokonce čtrnáct hodin (Mahdaličková, 2014).

U LSD a halucinogenů celkově jsou účinky nevyzpytatelné, takže není předem jasné, jak se projeví, obzvláště u osob, které s touto drogou nemají žádné zkušenosti. LSD způsobuje změnu vnímání, kdy jedinec nemá představu o čase, nevnímá, kde se nachází. Může ovlivnit prakticky všechny smysly a jedinec úplně přestane vnímat realitu. Jedinec si např. může myslet, že umí létat, což je velmi nebezpečné. Co se týče fyzických účinků,

dochází ke zvýšení krevního tlaku, rozšíření zorniček, nevolnosti nebo ke zrychlenému dýchání (Nožina, 1997).

### **4.3.2 Lysohlávky**

Lysohlávky jsou houby obsahující látku psilocybin. Mohou růst i na některých místech v České republice. Účinná dávka psilocybinu se pohybuje okolo 0,5 mg, v průměru pak okolo 10 mg (Kalina a kol., 2015).

Lysohlávky se mohou užívat syrové, přidávají se do různých jídel nebo z nich lze připravit odvar. Další možností je jejich usušení a následné kouření, případně z nich jde také uvařit čaj (Valíček a kol., 2000).

Účinky lysohlávek se začnou projevovat po zhruba dvaceti až šedesáti minutách a trvají okolo dvou hodin. Patří mezi ně rozšíření zorniček, zvýšená teplota nebo nevolnost. Dochází také ke změně vědomí, kdy jedinec mnohdy není schopen rozeznat, co je realita a co se mu pouze zdá (Blažejovský, 2015).

## **4.4 Konopné drogy**

Konopné drogy neboli cannabinoidy způsobují halucinogenní účinky. Pro psychotropní efekt je nejčastěji pěstováno konopí seté (*Cannabis sativa*). V samičích květech je obsažena pryskyřice, která obsahuje nejvíce účinných látek. Nejvýznamnější z těchto látek je delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), který zapříčiňuje nejvíce psychoaktivních účinků. Konopí je nejvíce užívanou drogou, zejména u mladších jedinců ve věkové skupině okolo 15-24 let (Kalina a kol., 2015).

Podíl THC v jedné cigaretě marihuany je zhruba 2-10 %, kvalitnější marihuana však může obsahovat podíl i více než 25 %. THC způsobuje především zklidnění a pocity euforie a veselosti, nicméně může způsobit také halucinace či deprese. Po odeznění účinků dochází k útlumu, kdy se jedinec cítí unaveně a neudrží stoprocentně pozornost (Blažejovský, 2015).

### **4.4.1 Marihuana**

*„Jako marihuana je označována droga, která je složena z usušených listů a vrchní okvětní části konopí setého (*Cannabis sativa*), konopí indického (*Cannabis indica*), případně konopí rumištního (*Cannabis ruderalis*) s obsahem THC (tetrahydrocannabinol) nad 0,3 % (Mahdalíčková, 2014, s. 46).*

Nejvýznamnější látka, kterou marihuana obsahuje je delta-9-tetrahydrocannabinol, neboli THC, který obsahuje přes 400 chemických látek. Stopy po něm mohou zůstat v těle až několik týdnů (Mahdalíčková, 2014).

V ČR se pěstuje technické konopí, které má podíl THC pouze okolo 0,3 %, ale také konopí nelegální, které obsahuje nad 0,3 % THC. Prvním způsobem pěstování je např. na zahradě či ve skleníku, a je pěstováno pro vlastní spotřebu. Podíl THC v takto vypěstovaném konopí je velmi nízký. Druhým způsobem jsou velkopěstírny konopí setého, zřízeny v různých domech a halách, které jsou speciálně uzpůsobeny. Vypěstované konopí tak může obsahovat až 25 % THC (Blažejovský, 2015).

První účinky se začnou projevovat po pár minutách a trvají od 3 do 8 hodin. Jedinec zažívá pocity relaxace, pohody, může však také dojít ke změně vnímání či otupělosti. Pokud je marihuana užívána občas, nepředstavuje pro tělo velké nebezpečí. Při určité pravidelnosti ale může dojít k nemocem dýchacího traktu, neschopnosti se na něco soustředit a v případě těhotenství ohrožuje plod (Nožina, 1997).

Dlouhodobé užívání způsobuje závažné důsledky jako poškození paměti, dýchacích cest, poruchy smyslového vnímání, deprese, u žen poruchy menstruace a u mužů impotenci (Mahdalíčková, 2014).

Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR (2018) užívalo konopné drogy okolo 4,4 % populace, z toho okolo 2 % jsou uživatelé spadající do kategorie s vysokým rizikem. Osob, které jsou na konopí závislé, je odhadováno na cca 125 tisíc.

#### **4.4.2 Hašiš**

Hašiš je usušená pryskyřice z marihuany. Vzhledem připomíná čokoládu a podíl účinných látek se pohybuje okolo 40 %. Kromě samotného hašiše existuje také hašišový olej, který však v České republice nebývá dostupný. Vzniká destilací marihuanových listů (Kalina a kol., 2015).

Hašiš má podobné účinky jako marihuana. Vyznačuje se jak halucinogenními efekty, tak i omamujícími a uspávacími. Někdy bývá užíván i jako stimulační prostředek. Jedinec pociťuje změny smyslového vnímání, změny v myšlení a ztrácí pojem o čase (Dunselman, 2013).

Hašiš se kouří ve speciálních dýmkách nebo se přidává do jídla a nápojů. Podíl THC je zhruba pětikrát vyšší než u marihuany (Nožina, 1997).

## **5 PROBLÉMY PRO SPOLEČNOST SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG**

### **5.1 Zdravotní rizika**

Užívání návykových látek s sebou přináší negativní dopady v podobě různých onemocnění. Velké riziko nastává hlavně v případě vzájemného sdílení jehel při nitrožilní aplikaci drog, kdy může dojít k přenosu HIV nebo žloutenky. Nebezpečná je rovněž manipulace s pomůckami k přípravě drog nebo časté střídání sexuálních partnerů v drogové komunitě. Kromě toho jsou však velmi častá různá duševní onemocnění v podobě depresí, úzkostí, psychóz nebo dokonce schizofrenie.

#### **5.1.1 Psychická onemocnění**

Různé psychické poruchy a onemocnění nejsou ve spojitosti s užíváním drog ničím neobvyklým. Rozdělujeme je podle doby vzniku závislosti na:

##### **Poruchy, které vznikly před začátkem užívání drog**

Tyto poruchy vznikají v souvislosti s nějakou duševní poruchou. Jedinci, kteří trpí různými úzkostmi, užívají léky benzodiazepinového typu, například Xanax nebo Lexaurin, které sice poskytují výraznou úlevu, ale vzniká na nich závislost. I přes to, že uživatel ví, jaké škodlivé důsledky tyto léky způsobují, nechce se jich vzdát. Kromě léků může závislost související s duševními onemocněními vzniknout i na látkách s tlumivým účinkem, například na heroinu nebo alkoholu. Podobně jako léky poskytují jedinci s duševní poruchou úlevu, v užívání tedy pokračuje a díky tomu postupně vzniká závislost. Zjednodušeně lze říci, že jedinci užívají legální nebo nelegální drogy jako určitou formu sebeléčby (SANANIM, 2007).

##### **Poruchy, které vznikly přímým působením drogy**

Průběh těchto poruch bývá dramatický, odeznívá ale většinou rychle. Příkladem je toxická psychóza související s užíváním pervitinu. Uživatel prožívá halucinace, často mívá pocit, že ho někdo sleduje. Psychóza po několika dnech po vysazení drogy odezní. Existují však případy, kdy přetrvává dlouhodobě. Může se stát, že se porucha objeví až po delší době



a opakovaně se vrací, tzv. flash back. Ten souvisí zejména s užíváním halucinogenů (SANANIM, 2007).

### **Poruchy, které vznikly v souvislosti s užíváním drogy bez „toxické příčiny“**

Jedná se o poruchy vzniklé ve spojitosti s šokujícím zážitkem při užívání drog. Příkladem je posttraumatická stresová porucha, která odezní až po dlouhodobé léčbě (SANANIM, 2007).

#### **5.1.2 Hepatitida typu C a B**

Hepatitida neboli žloutenka typu C představuje pro společnost velký problém, jelikož počet nakažených se stále zvyšuje, a to přináší pro mnoho zemí ekonomickou i sociální hrozbu. Přenáší se přímým stykem nakaženou krví, ale také tetováním nebo aplikací piercingu. U drogově závislých se přenáší především nesterilním náčiním při nitrožilní aplikaci drog. Hepatitidu lze léčit, ale pro mnohé je léčba nemožná buď kvůli vysoké ceně, nebo neochoty některých zdravotnických služeb léčbu vůbec nabízet (Skrytá epidemie hepatitidy typu C, 2013).

U uživatelů drog je hepatitida typu C více rozšířena než HIV. Nejvíce nakažených nalezneme ve východní a jihovýchodní Asii a východní Evropě, konkrétně v Číně a Rusku a dále v USA. Jak jsem již uvedla výše, přenáší se především sdílením nesterilního injekčního náčiní. Virus se šíří velkou rychlostí, protože přežívá dlouho mimo lidské tělo, tedy právě v jehlách či stříkačkách. Tzn., že si uživatel celý rok může aplikovat drogy sterilním náčiním, ale stačí jedna riziková aplikace, a může ihned dojít k nákaze (Skrytá epidemie hepatitidy typu C, 2013).

Inkubační doba může trvat až půl roku, přičemž nakažený nemusí mít jednoznačné příznaky. Hepatitida se může začít projevovat únavou či bolestmi svalů a kloubů. Postihuje hlavně játra, která čistí vnitřní prostředí a krev. U nakaženého je možnost, že se tělo s infekcí vypořádá samo, ovšem u většiny nakažených dochází k chronické infekci. Po několika letech dochází k poškození jater a cirhóze, tzn. ke ztvrdnutí jater. Ta způsobuje jaterní selhání a rakovinu jater, přičemž obojí vede ke smrti. Důležité je proto hepatitidu odhalit včas a začít s léčbou, aby k tomu nemuselo dojít (Kroková a Řehák, 2006).

Kromě hepatitidy typu C hrozí u uživatelů drog také riziko nákazy hepatitidou typu B. Ta se přenáší rovněž při aplikaci drog jehlou a je mnohonásobně infekčnější než typ C nebo virus HIV. Kromě přenosu přes infikovanou jehlu ji lze snadno chytit i pohlavím

stykem. Hrozí zde těžký průběh, který může vést až k selhání jater, podobně jako u typu C, většina nakažených se však uzdraví. Problémem je, že příznaky se mohou objevit až za několik let a nakažený je tak zdrojem infekce, aniž by o tom věděl. Proti hepatitidě typu B však bylo vyvinuto očkování, které je účinné proti přenosu infekce (Krokulová a Řehák, 2006).

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice (2018) uvádí, že od roku 2000 hepatitida typu B klesá především kvůli očkování, které je od roku 2001 povinné. Za rok 2017 bylo rozpoznáno 85 nových případů. U hepatitidy typu C to pak bylo 992 nových případů.

### **5.1.3 HIV/AIDS**

HIV je virus, jenž napadá buňky imunitního systému a způsobuje onemocnění AIDS. Byl objeven v roce 1983 a rozeznáváme dva typy – HIV-1 a HIV-2.

Nakažený nemusí dlouhá léta vykazovat jakékoliv příznaky. Nemoc se začne plně rozvíjet až po zhruba deseti letech. Pro pokročilé stádium nemoci je typická porucha imunity spojená s výskytem atypických infekcí a nádorů. Poté, co se virem jedinec infikuje, je okamžitě nakažlivý, a to do konce života. Onemocnění nelze vyléčit, existuje však léčba, která ji významně oddaluje a zlepšuje kvalitu života nemocných (Kalina a kol., 2015).

HIV se přenáší třemi způsoby: sexuálně, tzn. sexuálním stykem; parenterálně, což je krevní přenos a vertikálně neboli přenesení viru z matky na plod dítěte. Vzhledem k tématu bakalářské práce uvedu pouze druhý způsob.

U drogově závislých se HIV přenáší krví, tedy parenterálně, především u aplikace drog injekční stříkačkou. Riziko přenosu tímto způsobem je však poměrně nízké. Je to způsobeno existencí preventivních programů, které mají na starost např. výměnu injekčních stříkaček a dalších prostředků potřebných k aplikaci, likvidaci použitých nástrojů a organizují také terénní programy, díky nimž tyto použité nástroje nezůstávají na veřejných místech (Jilich, Kulířová a kol., 2021).

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice (2018) uvádí, že za rok 2017 byla u pěti mužů diagnostikována infekce virem HIV pravděpodobně díky nitrožilnímu užívání.

## 5.2 Drogy a kriminalita

Kriminalitu spojenou s drogami lze rozdělit na primární drogovou kriminalitu a sekundární drogovou kriminalitu. Primární drogová kriminalita je spojena s ekonomicky motivovanou trestnou činností ve spojitosti s drogami a sekundární drogová kriminalita zahrnuje ostatní trestné činy, například páchaní trestné činnosti pod vlivem drog.

### **Pachatelé primární trestné činnosti**

V tomto případě je pachatelem osoba, která drogy neužívá, ale zabývá se jejich výrobou či prodejem, aby dosáhla finančního zisku. Ve druhém případě však osoba může drogy sama užívat a vyrábí je pro svou vlastní potřebu (Kalina a kol., 2008).

### **Pachatelé sekundární trestné činnosti**

V tomto případě může být pachatelem jak drogově závislá osoba, tak osoba užívající drogy pouze příležitostně. Zejména se jedná o trestnou činnost související se způsobem obstarávání drog (Kalina a kol., 2008).

Jednoduše můžeme říci, že pachatelem trestné činnosti ve spojitosti s drogami může být jak uživatel drog, tak i osoba, která drogy neužívá.

Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice (2017) rozlišujeme pět primárních trestných činů, které souvisí s porušováním drogové legislativy. Jedná se o:

- výrobu a distribuci drog,
- přechovávání drog pro vlastní spotřebu,
- pěstování rostlin nebo hub, které obsahují omamné látky,
- výroba nebo uchovávání předmětů, které slouží k výrobě drog,
- navádění někoho druhého k užívání drog.

### **5.2.1 Drogové trestné činy**

S trestnou činností ve spojitosti s drogami považuji za důležité uvést konceptuální model trestné činnosti, který přináší jasné definice jednotlivých typů drogové trestné činnosti. Jedná se o tyto čtyři typy:

1. psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost,
2. ekonomicky motivovaná trestná činnost,
3. systémová trestná činnost,

#### 4. trestná činnost porušující protidrogovou legislativu (Kalina a kol., 2015).

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice (2018) pak uvádí pro jednotlivé typy konkrétní trestné činy:

##### **Psychofarmakologické trestné činy**

Prvním typem jsou psychofarmakologické trestné činy, což jsou trestné činy páchané pod vlivem psychoaktivní látky. Návykové látky mohou vést k agresivnímu jednání. Žádná psychoaktivní látka však nemá přímo vlastnost, která by způsobovala agresi. Výsledek užití drogy tudíž závisí na uživateli. Některé drogy, například heroin, agresi dokonce potlačují.

##### **Kompulzivní trestné činy ekonomického charakteru**

Závislost na návykových látkách není levná záležitost a uživatelé tak hledají způsob, jak si peníze na drogy obstarat, často právě trestnou činností. V tomto případě jde o prodej drog, krádeže nebo různé podvody.

##### **Systémové trestné činy**

Do této kategorie spadají nejzávažnější trestné činy, které jsou spojeny zejména s ilegálním obchodem s drogami, tzn. s výrobou a distribucí. Řadíme zde násilné útoky, vraždy nebo trestné činy spojené s prohibicí.

##### **Porušení protidrogové legislativy**

Tyto trestné činy porušují právní předpisy, řadíme zde zejména výrobu drog, pěstování drog nebo obchod s nelegálními návykovými látkami.

Největší podíl, okolo 80 %, trestné činnosti související s drogami představuje jejich výroba, pašování a prodej. Druhý nejčastější trestný čin je přechovávání drog pro svou vlastní spotřebu. Nejčastější důvod zadržení lidí pohybujících se v této oblasti je ilegální výroba, pašování a prodej pervitinu, na druhém místě je pak pěstování a prodej marihuany (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice, 2018).

### 5.2.2 Situace v České republice

V České republice je obchod s drogami velmi rozvinutý. Česko slouží jednak jako tranzitní země pro dovoz heroinu a kokainu a zároveň jako cílová země pro prakticky všechny druhy psychoaktivních látek. Ve velkém se u nás vyrábí pervitin, jehož konzumenty jsou především Češi, distribuuje se však také do sousedních států, a dokonce i do ostatních evropských států, například do Řecka nebo Turecka (Mahdalíčková, 2014).

Pervitin se vyrábí především v menších domácích varnách a na jeho výrobě se podílí nejčastěji čeští obyvatelé. Hlavní látkou pro jeho výrobu je pseudoefedrin nacházející se v léčivech. Léčiva s jeho obsahem jsou však od roku 2009 regulována. Díky tomu se k výrobě začaly používat léčiva obsahující pseudoefedrin z Polska, kde však později také došlo k regulaci, a tak se nyní pervitin vyrábí z léčiv dovezených až z Turecka. Kvůli takto zhoršené dostupnosti jsou náklady na výrobu daleko vyšší, a proto často dochází k ředění pervitinu jinými látkami, obvykle v poměru 50:50 (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice, 2018).

Další velmi rozšířenou nelegální drogou je konopí, jehož pěstování v České republice je velmi dobře organizováno, soustřeďuje se do nebytových prostor, různých průmyslových areálů, ale i do rodinných domů. Podílí se na něm především osoby vietnamského původu, ale také organizované skupiny ze Srbska, Černé Hory nebo Chorvatska (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice, 2018).

Kokain a heroin se do České republiky dováží. Kokain především z Jižní Ameriky, do Evropy se dostává přes Velkou Británii, Francii, Portugalsko nebo Nizozemsko. Dostupnost kokainu u nás roste a na jeho distribuci se podílí osoby z Nigérie, balkánských zemí, ale také Češi. Pašování kokainu do Evropy zajišťují organizované skupiny např. ze Srbska nebo Chorvatska. Kokain bývá přepravován v zásilkách do pěti kilogramů v tělních dutinách nebo cestovních zavazadlech. Distribuce heroinu poměrně klesá. Do České republiky ho pašují organizované skupiny z Balkánského poloostrova a Turecka. Stejně jako kokain bývá pašován v menších zásilkách. Kromě toho se k nám dováží také extáze, pouze však MDMA v krystalické formě, a to především z Nizozemska. Extáze ve formě tablet se vyrábí i u nás, protože potřebné suroviny jsou zde volně k dostání (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice, 2017).

Další nelegálně distribuovanou drogou je LSD, které se vyrábí v profesionálních laboratořích. K výrobě jsou totiž zapotřebí velmi toxické látky. Rovněž k užití se používá velmi malá dávka a na černém trhu ho lze koupit ve formě barevných bonbónků nebo papírových listů s obrázky, jelikož tímto způsobem se LSD snadno dávkuje. Nejvíce

rozšířeny jsou právě papírky, tzv. „tripy“, které se vyrábí ze savého papíru napuštěného roztokem soli LSD (Kubánek, Polívka, 2010).

Co se týče vybavení, „domácí výrobci“ si jsou schopni obstarat komponenty za pár stovek, větší laboratoře za pár tisíce korun. Výrobci jsou většinou jedinci, kteří už byli ve vězení a mají tak kontakty na další osoby pohybující se v tomto „průmyslu“. Pervitin na černý trh dodávají především velké drogové laboratoře, tedy organizované skupiny, které mají významný zdroj pseudoefedrinu (Kubánek, Polívka, 2010).

### **5.3 Drogy a rodina**

Závislost na jakékoliv návykové látce, ať už jsou to tvrdé drogy nebo alkohol, nepředstavuje problém pouze pro závislou osobu, ale také pro jeho rodinu a blízké okolí. Závislost jakéhokoliv člena rodiny s sebou přináší negativní důsledky. V případě, kdy se závislost vyskytuje na straně matky nebo otce, má to nepříznivý dopad na psychickou i fyzickou stránku dítěte. Rodiče celkově selhávají ve výchově a péči o dítě. Navíc mohou v tomto ohledu působit pro dítě jako nežádoucí vzor, a je tedy pravděpodobné, že si dítě osvojí obdobný způsob života. Pokud tedy dítě vyrůstá v prostředí, kde je k drogám snadný přístup, vytváří se jakási pomyslná cesta k užívání drog.

V opačném případě, tedy pokud drogy začne užívat dítě, je to především pro rodiče obrovský šok. Proto je zde velmi důležitá prevence, aby k užívání drog nemuselo vůbec dojít.

#### **5.3.1 Závislost některého z rodičů**

Prvním případem je situace, kdy v rodině užívají drogy rodiče dítěte. Vede to k zanedbávání dětí a k jejich neúspěchům v budoucnosti. Mohou se také setkat s různou trestnou činností a rovněž stále žijí s pocitem, že ať už jeden, nebo oba rodiče, mohou skončit ve vězení. Děti vyrůstají v chaosu a nestabilním prostředí a bohužel v mnoha případech dochází k fyzickému násilí, týrání nebo zanedbávání ze strany rodičů (Barnard, 2007).

Fyzické násilí však není jediným problémem u závislých rodičů. Drogy mají negativní vliv také na citovou stránku mezi rodiči a dětmi, což se rovněž odráží v budoucím životě dítěte. Pevné emocionální vazby mezi dítětem a alespoň jedním rodičem jsou totiž důležité pro jeho rozvoj. Velký problém nastává v situaci, kdy matka užívá drogy v těhotenství a dítě ihned po porodu musí podstoupit odvykací stav. Díky tomu jsou miminka nedůvěřivá vůči ostatním a mohou mít negativní reakce na matku (Barnard, 2007).

Dále se nabízí otázka, zda děti rodičů závislých na drogách půjdou stejnou cestou. Není to samozřejmě pravidlo, ale je zde větší pravděpodobnost výskytu deprese a úzkosti, zároveň se tyto děti více izolují od ostatních a mají sklony k agresivitě a špatnému chování. Je také pravděpodobnější, že se tyto děti budou stýkat s lidmi, kteří budou mít přístup k drogám nebo budou vykazovat jiné deviantní chování (Barnard, 2007).

Wegrscheider-Cruse (in Nešpor, 2011) popsala čtyři reakce dětí na závislost rodičů:

#### *Rodinný hrdina*

Na pozici rodinného hrdiny bývá nejčastěji nejstarší sourozenec, který se ocitá na místě problémového rodiče, což je samozřejmě nad rámec jeho možností. V budoucnosti se může takové dítě cítit méněcenné.

#### *Ztracené dítě*

Dítě se uzavírá do sebe, žije ve svém vlastním světě, má problémy s komunikací. Takovému dítěti je potřeba později věnovat více pozornosti a vřelosti.

#### *Klaun*

Dítě je až příliš veselé a pozitivní, aby od problémů ohrožující rodinu uteklo. Opět je důležité, aby byla závislost rodičů překonána a „šaskování“ dítěte nebylo více posilováno.

#### *Černá ovce*

Dítě získává pozornost zlobením a delikvencí. Po překonání návykového problému je důležité dále neposilovat chování a posilovat sebevědomí.

### **5.3.2 Závislost dítěte**

Druhá situace je ta, když drogy v rodině užívají děti. Častým důvodem, proč s drogami vůbec začínají, je experimentování. Obzvláště v období dospívání chtějí zkusit nové věci, mezi něž patří také návykové látky. Děti s nimi začínají experimentovat už okolo dvanácti let. Obvykle se začíná u legálních drog, tedy u alkoholu a tabákových výrobků, a přechází se k nelegálním drogám. V mnoha případech bývá marihuana první nelegální drogou, kterou děti zkusí. O té se spekuluje jako o droze, která podněcuje k užívání dalších drog, je to však čistá teorie.

Experimentování s drogami v tak nízkém věku je velmi nebezpečné jednak proto, že může snadno dojít k předávkování, protože dítě nemusí znát kvalitu drogy, případně její

účinky, a také proto, že i jeden pokus s drogou může vést k opakovanému užití a následné závislosti (Hajný, 2001).

Užívání drog u dětí a mládeže má mnohem vážnější dopady než u dospělých, už jenom kvůli toho, že se tělo teprve vyvíjí, a drogami se tento přirozený vývoj logicky naruší. Mezi další negativní jevy související s působením návykových látek u dětí a mladistvých patří:

- Závislost vzniká daleko rychleji než u dospělých.
- Je zde větší pravděpodobnost otravy, protože děti a mladiství mají nižší toleranci.
- Je zde vysoké riziko, že dojde k zaostání v psychosociálním vývoji, tzn. v oblasti vzdělávání nebo sebekontroly.
- Nejen pravidelné užívání, ale i experimentování s drogami v tak nízkém věku přináší velké problémy ve škole či v rodině.
- Užívání jedné návykové látky vede často k užívání dalších nebo více druhů drog současně.
- Drogy negativně ovlivňují jejich mozkové buňky (Nešpor, 2011).

Dítě logicky nechce užívání drog přiznat, a tak si může vymýšlet různé výmluvy. Např. pokud rodiče najdou v jeho pokoji drogu, řekne, že patří jeho kamarádovi apod.

Hajný (2001) uvádí několik varovných znamení, které mohou mít za příčinu to, že dítě začalo užívat drogy:

- Změny nálad – dítě se začne stranit od ostatních, chová se jinak. Za jakoukoliv nápadnou změnu v tomto ohledu mohou stát drogy.
- Zhoršení ve škole a změna přátel – dítěti se zhorší prospěch, zanedbává jak docházku, tak i své koníčky, začne se stýkat s kamarády, které nechce představit svým rodičům.
- Změna ve vzhledu – dítě se začne jinak oblékat, nosí např. černé brýle, kterými chce zakrýt zvětšené zorničky nebo nápadně hubne.
- Ztrácejí se věci v domácnosti – různé léky, alkohol, peníze či věci s vyšší hodnotou. Nemusí to samozřejmě znamenat, že za ukradené peníze si dítě koupí drogy, vždy je ale vhodné v tomto případě reagovat.



Hajný (2001) uvedl znaky, které může rodina vykazovat a díky kterým nastává větší pravděpodobnost, že dítě začne drogy užívat:

### **Nadměrná volnost a nedostatek kontaktu mezi rodiči a dítětem**

Rodiče jsou v tomto případě k dítěti velmi ohleduplní a poskytují mu přehnanou volnost a svobodu. Nezakazují mu např. chození na různé party, neomezují ho, v kolik hodin se má vrátit domů atd. Rodiče mají tímto jednáním pocit, že dítěti poskytují lepší dětství, nicméně dítě se rychleji dostává do světa dospělých, s čímž souvisí i negativní jevy, jako je právě užívání drog.

### **Nadměrná kontrola**

Zde se jedná o úplný opak předchozího bodu. Rodiče jsou příliš přísní a autoritativní a kladou na dítě přehnané nároky, ať už v oblasti školy nebo starosti o domácnost. Tím může dojít k problematickému vývoji dítěte, protože se příliš přetěžuje, snaží se dosáhnout co největšího úspěchu a nesnese pocit selhání. Často tak vidí jedinou cestu, jak z tak velkého nátlaku uniknout, v alkoholu a drogách.

### **Nadměrné pocity viny**

V rodině, kde rodiče dítěti neustále něco vyčítají nebo na něj svalují vinu, je opět větší pravděpodobnost výskytu drog. V případech, kdy se dítě nějakým způsobem proviní, je vhodnější udělit trest, čímž se daný problém vyřeší a v dítěti nebudou přetrvávat pocity viny, které mohou vést k drogám, díky nimž mají pocit, že těmto problémům uniknou.

Existuje také několik rizikových faktorů na úrovni rodiny, které mohou významně přispět ke vzniku a rozvoji drogové závislosti. Stručně a přehledně je popsal Karel Nešpor (2011):

- výskyt neléčené návykové choroby u rodičů,
- dítě nemá jasná pravidla výchovy nebo se mu rodiče dostatečně nevěnují,
- fyzické násilí či sexuální zneužívání dítěte,
- rodiče dítěti schvalují konzumaci alkoholu a drog,

- špatné fungování rodiny, kdy např. dítě vychovává pouze jeden rodič a výchovu sám nezvládá, časté stěhování nebo dítě žije úplně bez své rodiny,
- výskyt nějaké duševní nemoci.

## 6 PRAKTICKÁ ČÁST

### 6.1 Stanovení cíle práce

Cílem mé bakalářské práce je srovnání životních osudů drogově závislých lidí. Snažila jsem se tedy najít rozdíly a podobnosti v tom, proč drogy vůbec začali užívat a zda má na začátek užívání vliv rodinné prostředí. Kromě toho jsem chtěla zjistit, jaká pozitiva a negativa souvisí s užíváním drog. Mojí snahou tak bylo vžít se do situace respondentů a pochopit, jaké mají drogy dopady na jejich životy.

### 6.2 Metody výzkumného šetření

Praktickou část mé bakalářské práce jsem realizovala formou kvalitativního výzkumu, který mi přišel k povaze tématu vhodnější. Pro získání dat jsem využila metodu polostrukturovaného rozhovoru, který umožňuje danou problematiku lépe pochopit.

#### 6.2.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je založen na delším a intenzivnějším kontaktu. Výzkumník si určí téma a základní výzkumné otázky, které později může měnit nebo doplňovat. Jedná se tedy o pružný typ výzkumu, ve kterém vznikají hypotézy a nová rozhodnutí (Hendl, 2005).

Kvalitativní výzkum jsem si vybrala proto, že mi oproti kvantitativnímu výzkumu přijde více osobnější a lze díky němu získat větší množství detailnějších informací a danému tématu tak více porozumět.

#### 6.2.2 Polostrukturovaný rozhovor

Jak už jsem zmínila výše, vybrala jsem si pro svůj výzkum metodu polostrukturovaného rozhovoru. Ten je poměrně hodně flexibilní, protože jeho základ je sice postaven na předem připravených otázkách, nicméně lze měnit jejich pořadí nebo přidat doplňující otázky. Respondenti tak dostávají možnost více se rozprávět a díky tomu získáváme bohatší informace a celé téma lze zpracovat více do hloubky.

*Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje tím, že má připraven soubor témat/otázek, který bude jeho předmětem, aniž by bylo předem striktně stanoveno jejich pořadí (Reichel, 2009, s. 111).*

Díky tomu, že nemusí být striktně dodrženo pořadí otázek, tazatel má v konání rozhovoru větší volnost, komunikace je přirozenější. Jde v podstatě o kombinaci nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru (Reichel, 2009).

Rozhovory jsem zaznamenávala na digitální záznamník na mém počítači. Všichni respondenti byli seznámeni s účelem rozhovoru a každý z nich mi před jeho začátkem podepsal souhlas, že mohu získaná data využít pro svou práci a zachovám jejich anonymitu. Každý rozhovor trval průměrně 30 minut.

### 6.3 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumné otázky:

*Má na užívání drog vliv prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal?*

*Jaká jsou pozitiva a negativa vidí respondenti v užívání drog?*

Vedlejší výzkumné otázky:

*Jaké jste měl dětství/pubertu?*

*V kolika letech jste poprvé zkusil drogu a o jakou drogu se jednalo?*

*Co vás přimělo k tomu, abyste se šel léčit?*

*Jaké jsou momentálně vaše vztahy s rodinou/přáteli?*

*Čeho byste chtěl v budoucnosti dosáhnout?*

Každý rozhovor jsem rozdělila do šesti okruhů:

1. Dětství/rodinné prostředí
2. Začátek užívání návykových látek
3. Důsledky užívání návykových látek
4. Vztahy s ostatními
5. Léčba
6. Budoucnost

V okruhu otázek „Dětství/rodinné prostředí“ mě zajímalo, jak respondenti vzpomínají na dětství, v jakém rodinném prostředí vyrůstali, a díky tomu zjistit, zda

okolnosti s tímto spojené měly podíl na vzniku závislosti. Část „Začátek užívání návykových látek“ řeší, v kolika letech respondenti poprvé užíli drogu, co je k tomu přimělo a další situace spojené s užíváním drog. V okruhu „Důsledky užívání drog“ jsem chtěla, ať mi respondenti sdělí, jaká pozitiva a negativa jim podle nich drogy přinesly, zda v souvislosti s užíváním drog měli nějaké zdravotní komplikace. Část „Vztahy s ostatními“ se zabývá tím, zda užívání drog nějakým způsobem narušilo vztahy v rodině, jaké vztahy s rodinou respondenti momentálně mají, zda mají přítelkyni atd. Okruh „Léčba“ odpovídá na to, co respondenty přimělo k léčbě, jaký byl impuls, aby se šli léčit, a poslední okruh „Budoucnost“ odhaluje jejich motivaci k lepšímu životu bez drog a přináší odpovědi na to, čeho by respondenti chtěli v blízké době dosáhnout.

Pro každý rozhovor byl zachován stejný postup:

- V první části rozhovoru došlo k seznámení, dále jsem respondenty obeznámila s účelem rozhovoru. Poté mi podepsali souhlas, že si můžu rozhovor nahrávat a získané informace použít ve své práci.
- Následoval samotný rozhovor, tzn. kladla jsem respondentům předem připravené otázky, na které mi odpovídali. Ne vždy byly použity ve stejném pořadí.
- V další části jsem se respondentů zeptala, zda mají nějaký zajímavý příběh či zážitek spojený s drogami a zda mi ho mohou sdělit.
- Nakonec jsem jim poděkovala za účast a ochotu sdělit mi jejich příběh a popřála jim mnoho úspěchů v léčbě a budoucím životě.

## 6.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořili muži ve věku 25-40 let, kteří se momentálně léčí na Oddělení pro léčbu závislostí v Psychiatrické nemocnici v Opavě.

Hlavním kritériem pro výběr respondentů byla závislost na tvrdých drogách a ochota sdělit mi příběh o tom, jak se k nim dostali. Dalšími kritérii byly pohlaví a věk. Aby šly jednotlivé příběhy mezi sebou lépe porovnat, vybrala jsem pro výzkum pouze muže v podobné věkové kategorii. Kvůli zachování anonymity jsem všem respondentům změnila jméno.

Co se týče výzkumného prostředí, rozhovory probíhaly přímo v Psychiatrické léčebně v Opavě na oddělení závislostí, kde se klienti léčí. Vrchní sestra mi vyhranila jednu malou klidnou místnost, ve které jsem s každým respondentem zvlášť vedla rozhovor.

**Lukáš, 40 let** – léčí se ze závislosti na pervitinu a na opiátech, drogy začal užívat v patnácti letech, vyučil se truhlářem, má přítelkyni a dceru, během rozhovoru na mě působil velmi klidným dojmem, mluvil srozumitelně, na otázky odpovídal bez větších rozmyslů.

**Daniel, 25 let** – léčí se ze závislosti na antidepresivech a pervitinu, drogy začal užívat v osmé třídě základní školy, střední školu nedodělal, v sedmnácti letech se mu narodila dcera, působil velmi nervózně, na otázky odpovídal rychle a stručně.

**Patrik, 37 let** – léčí se ze závislosti na pervitinu, vyzkoušel většinu drog, začal s nimi experimentovat už ve dvanácti letech, od jedenácti let vyrůstal ve výchovných ústavech, v osmnácti letech se poprvé dostal do vězení, kde byl za svůj život několikrát za přepadení, loupeže apod., díky tomu, že většinu života strávil ve výkonu trestu, tak nedokončil střední školu, ani nikde nepracoval, působil velmi sebevědomě, na otázky odpovídal ihned a téměř u všech se dlouze rozpovídal.

**Marek, 36 let** – léčí se ze závislosti na pervitinu, který začal užívat v patnácti letech, s většími přestávkami ho užíval prakticky celý život, vyučil se truhlářem, dva roky dokonce podnikal, má jedenáctiletou dceru, působil velmi klidně, odpovídal bez větších rozmyslů.

**Aleš, 28 let** – léčí se ze závislosti na pervitinu, který začal užívat na střední škole, kromě toho vyzkoušel pouze marihuanu, střední školu nedodělal, ale zhruba od osmnácti let pracoval, působil klidným a vyrovnaným dojmem, bylo vidět, že mu záleží na tom, dostat se zpět do normálního života.

## **6.5 Analýza dat**

Jak už jsem uvedla výše, rozhovory jsem nahrávala na digitální záznamník. Poté jsem všechny rozhovory kompletně převedla do písemné podoby. Provedla jsem tedy doslovnou transkripci, což byla z celé práce časově nejnáročnější aktivita.

*„Transkripce se nazývá proces převodu mluveného projevu z interview nebo skupinové diskuze do písemné podoby. Jedná se o časově velmi náročnou proceduru. Pro podrobné vyhodnocení je však transkripce podmínkou.“* (Hendl, 2005, s. 208)

Po přepsání jsem si rozhovory vytiskla, abych je získala v papírové formě. Následovalo jejich několikačetné přečtení a poté podtrhávání a zvýrazňování důležitých informací. K jednotlivým větám či odstavcům jsem přiřadila určité kódy, komentáře, mezi kterými jsem poté hledala souvislosti a podobnosti, čímž vznikla tzv. kategorizace.

## 6.6 Výsledky výzkumu

### Dětství

V této části jsem se snažila zjistit, jaké měli respondenti dětství, případně i pubertu, a v jakém rodinném prostředí vyrůstali. Mým cílem totiž bylo přijít na to, zda má sociální prostředí, ve kterém dítě vyrůstalo vliv na pozdější užívání drog.

**Lukáš:** *„Bydlel jsem na vesnici. Moji rodiče se rozvedli, když mi byly dva tři roky, přesně si to nevybavuji. V šesti letech se máma vdala, tak jsem měl otčima, pak dohromady tři sourozence, dvě sestry a bratra. Dětství bylo číperné, někdy dobré, někdy špatné. Spíš až v pubertě přišly tresty a nářezy.“*

**Daniel:** *„Dětství bylo stěhovavé, stěhovali jsme se hned několikrát. Několikrát jsem přestoupil na jinou školu, byl jsem i šikanovaný. Mamka to s námi neměla jednoduché, tatka se na mě vykašlal, druhý se na mě taky vykašlal. Rozvod s tátou jsem nesl těžko. Chtěl jsem zůstat s mamkou, ale nakonec jsem skončil u strejdy.“*

**Patrik:** *„Já jsem byl takový jiný, byl jsem hyperaktivní, mám ADHD, furt jsem se rval. Vyrůstal jsem od malička převážně ve výchovných ústavech. Do jedenácti jsem vyrůstal v rodině, kde rodiče pili alkohol, ale starali se o nás dobře. Akorát tím, že pili, jsme měli volnější režim. Byli jsme čtyři sourozenci. Vyrůstal jsem mezi cigánama na skoro nejhorší ulici v Ostravě.“*

V případě **Daniela** a **Patrika** jde jasně vidět, že špatná rodinná situace v dětství ovlivnila jejich budoucí život v dospělosti. U Daniela to bylo časté stěhování, díky němuž neměl stálé zázemí, vystřídal několik škol, ve kterých se setkal i se šikanou a do toho ho poznamenal rozvod rodičů. U dítěte s tolika rizikovými faktory se pravděpodobnost užívání drog bohužel zvyšuje. U Patrika byla pravděpodobnost výskytu drog v dospělosti ještě větší. Jednak byli jeho rodiče závislí na alkoholu, což je nejzávažnější rizikový faktor, a dále už od jedenácti let vyrůstal ve výchovných ústavech. Zmínil se, že z výchovného ústavu

několikrát utekl. Rovněž se stýkal s problémovými lidmi a díky tomu měl k návykovým látkám velmi snadný přístup už od dětství.

**Marek:** „Vyrůstal jsem se sestrou, bratrem a mamkou. Vycházeli jsme spolu dobře, mamka se o nás starala a měl jsem krásné dětství. Hráli jsme si často s kamarádama na dvorku, drželi jsme při sobě. Potom puberta byla horší, to jsem se chytl party, a to už bylo horší. Tam už byly drogy.“

**Aleš:** „Naši jsou rozvedeni, jak mi bylo dva a půl, tak se tatka odstěhoval do Ostravy, takže jsem zůstal s mamkou a babičkou. K tatkově jsem měl jezdit jednou za dva týdny, ale někdy jsem za ním nedorazil, protože jsem byl středem hádek, kolikrát komentoval, jak jsem oblečený, oštrihaný a tak, ponižoval mě. Už tři roky se s ním nebavím. Později jsme bydleli u přítele od mamky, který se někdy napil a občas nás i vyhazoval.“

To, že má rodinné prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, vliv na jeho budoucí život, se mi potvrdilo. Čtyři respondenti vyrůstali v neúplné rodině a pouze jeden z nich uvedl, že měl krásné a téměř bezproblémové dětství. Ve všech ostatních případech byl jinak ze strany rodičů nějaký problém, který nesli respondenti v období dětství špatně. Ať už to byl nezáměr ze strany otce nebo neměli stabilní rodinné zázemí. Ve dvou případech hrál špatnou roli v rodině alkohol. V poslední kapitole teoretické části, ve které jsem se věnovala mimo jiné i rodině a drogám, jsem uvedla rizikové faktory, které mohou přispět ke vzniku drogové závislosti u dítěte. U každého respondenta se minimálně jeden faktor vyskytl.

### **Začátek užívání drog**

Druhá část je zaměřena na první zkušenosti s drogami. Zajímalo mě, v kolika letech se respondenti poprvé s drogami setkali, při jaké příležitosti a jaké drogy v životě vyzkoušeli.

**Lukáš:** „Nějak od jedenácti dvanácti jsme zkoušeli pivka, cigára. Na učňáku jsem už poznal marihamu a pervitin. Vyzkoušel jsem všechno, ale pravidelně jsem bral jen pervitin.“

**Daniel:** „V osmé deváté třídě jsem začal brát drogy, stěží jsem prolezl. Bral jsem prášky, antidepressiva a Benzodiazepam. Potom jsem šel na střední instalatérskou a tam ochutnal pervitin a už to bylo.“



**Patrik:** „S drogami jsem začal, jak mě propustili z toho výchovného ústavu. Předtím jsem zkoušel třeba toluen. Takže v patnácti jsem začal s trávou, v osmnácti jsem si začal píchat pervitin.“

**Marek:** „Marihuanu jsem poprvé zkusil ve třinácti čtrnácti a pervitin poprvé v patnácti. Kromě toho jsem zkusil extázi, LSD, ale tomu jsem se nějak nevěnoval, to mi nic neříkalo. Drogy jsem nikdy netajil, s ostatními jsem se o tom bavil narovinu, když se mě na to někdo ptal.“

Všichni respondenti se s tvrdými drogami, především s pervitinem, setkali v začátcích střední školy, tedy okolo patnácti let. Všichni se také shodli na tom, že jejich první droga, kterou zkusili, byla marihuana a za svůj život vyzkoušeli prakticky všechny typy drog.

Myslela jsem si, že jako nejčastější důvod pro užití drogy bude touha zapadnout do kolektivu nebo pouhá zvědavost, což se mi potvrdilo pouze částečně. U dvou respondentů byl totiž hlavní důvod nepříznivá rodinná situace, kterou začali řešit právě užíváním drog. V ostatních třech případech měl na užívání drog vliv školní kolektiv nebo kamarádi.

V této části rozhovoru jsem se zaměřila také na to, jaký postoj měli respondenti ke škole a práci, tedy jakou školu vystudovali a jaká zaměstnání si v životě vyzkoušeli.

**Lukáš:** „Já jsem dělal učňák, vyučil jsem se truhlářem. Pak jsem se potloukal, kde se dalo. Měl jsem asi dvacet zaměstnání. Nejvíce mě bavila výroba elektrických modelů, ale dostal jsem astma, tak jsem toho musel nechat.“

**Daniel:** „Ve třetáku jsem ze školy odešel kvůli rodiny. (Daniel poznal v prvním ročníku učiliště přítelkyni a ve třetím ročníku se jim narodilo dítě.) Pak jsem pracoval jako instalatér na poloviční úvazek s tím, že si tu školu pak dodělám.“

**Patrik:** „Chtěl jsem se vyučit zámečnickem, ale nedovolili mi to, protože jsem byl útěkář. Dali mě na obor obuvníka, tam jsem dělal problémy, protože jsem to nechtěl dělat, pak mě dali na kuchaře, tam jsem se pobíval s kluky, tak mě zase vyhodili. Nakonec jsem šel na truhláře, kde jsem vyráběl cigarety, takže mě zase vyhodili.“

**Aleš:** „Chodil jsem do Zábřehu na instalatéra, to jsem nedodělal, protože ve třetáku jsem šel k tátovi, který postavil barák. Snažil se mě po sedmnácti letech vychovávat, tak jsem se stavěl na zadní. To jsem spadnul do drog, ve třetáku jsem šel na léčení. Po té léčbě jsem vydržel asi dva roky, ale pak mi nevyšel vztah a znovu jsem do toho spadnul.“

Všichni respondenti studovali na odborném učilišti. Rozhodně nechci tvrdit, že výskyt drog je pravděpodobnější u studentů na učilištích, protože osobně znám studenty středních škol, dokonce gymnázií, kteří drogy užívají, nicméně z doslechu vím, že na některých učilištích je volnější režim, a tudíž i více příležitostí k rizikovému chování.

### **Důsledky užívání drog**

V další části jsem se zaměřila na důsledky dlouhodobého užívání drog. Především mě zajímalo, jaká pozitiva a negativa vidí respondenti v užívání drog.

Všichni vidí pozitivum v krátkodobém účinku drog, který způsobuje chvilkový únik z reality, tedy od různých problémů, ale po dlouhodobějším užívání každý poznal různé zdravotní komplikace, ať už po stránce psychické nebo fyzické.

**Lukáš:** „*Nemohl jsem chodit, měl jsem ledové nohy, od pŕilky nahoru smrtelný pot, bolest od kostí, asi tak, jako když máte malé lyžáky, asi k tomu bych to přirovnal. Opiáty jsou fakt šílené, a to jsem bral jenom tablety, nedokážu si ani představit, jak tady někdo mohl brát 3-4 gramy heroinu denně.*“

**Daniel:** „*Každý říká, že ti brání něco dá, ale nedá ti to nic. Vezme ti to práci, rodinu, čas, kamarády, peníze. Celkově po tom blbneš, máš paranoie. Já měl z toho třeba panické ataky a jednou epileptický záchvat.*“

**Patrik:** „*Jako pozitivní vnímám asi sám sebe. Všechno, co jsem si řekl, že udělám, předsevzetí a to, čeho chci docílit v souvislosti s léčbou, plním. Negativní je vlastně všechno spojené s drogami, celkově Ostravu mám spojenou s drogami. Ani se tam nemůžu vrátit, to bych podlehl. Něco by mě vytočilo a pak bych si zase vzal nějaké drogy.*“

**Marek:** „*Pozitivního toho asi moc nebude. U marihuany je pozitivní, že se člověk dobře vyspí a druhý den normálně vstane, ale marihuanu nevnímám jako drogu, myslím si, že třeba alkohol je mnohokrát horší. Jinak pozitivní bylo to, jak jsme se stýkali s kamarády, jinak asi nic. Spíše negativní všechno, ničí to životy, lidi přichází o práci, nejsou spolehliví, okrádají rodinu. Sám také nejsem spolehlivý.*“

**Aleš:** „*Jediné pozitivní je to, že se na chvíli cítíš fakt dobře. Toho pocitu jsem se ještě úplně nezbavil, ale musí to člověk odstříhnout. Přináší to akorát strašně moc problémů okolo a pro lidi jste úplně odpad. Hodně mě dostalo to, že než jsem sem nastoupil, přišla mamka s bratrem a viděli mě defacto v tom nejhorším. Bratr začal brečet, to mě hodně zasáhlo a*

*doted' to mám před očima. Dost těžce to nesu a asi bude dlouho trvat, než mi zase začne věřit.“*

Všichni respondenti se shodli na tom, že v užívání drog jednoznačně převažují negativa. Způsobuje zdravotní i psychické problémy, narušuje vztahy s rodinou a přáteli, snižuje pracovní schopnosti atd.

Téměř všichni se také shodli na tom, že své minulosti litují, a kdyby to šlo, vrátili by čas a nikdy drogy nezačali užívat.

**Patrik:** *„Lituju celé minulosti, štve mě to, ale asi jsem neměl jiné východisko, jinou šanci, nikdo mi neukázal nějaký dobrý život. Od té doby, co mě dali do ústavu, jsem se o sebe musel starat. Když jsem v osmnácti poznal pervitin, zjistil jsem, že toho zvládnu víc, že vydržím déle. Pokud se člověk ovládá, tak to jde, ale pokud tě ovládá ta droga, je to šílené.“*

**Marek:** *„Lituji hodně věci. Mám i kamarády, kteří kvůli drogám umřeli. Měl jsem jednoho kamaráda, který zemřel v šestadvaceti letech. Měl tři nádory na mozku, je mi do breku z toho, hodně jsme spolu zažili.“*

S drogami nekompromisně souvisí trestná činnost. Nemluvím však „pouze“ o distribuci drog, v mnoha případech dochází k různé kriminální činnosti pod vlivem drog, ať už se jedná o násilné trestné činy nebo krádeže, a proto mě zajímalo, zda respondenti měli někdy se zákonem nějaký problém.

**Lukáš:** *„Problémy s policií jsem nikdy neměl, vždycky jsem chodil i do práce. Když jsem chtěl sehnat drogy, bylo to přes různé prostředníky, kteří to domlouvali. A bydleli jsme na vesnici, tam nás nechávali na pokoji.“*

**Daniel:** *„Jednou jsem přišel domů, měl jsem v sobě pervitin, a moje přítelkyně, se kterou jsem žil tam měla kamaráda. Vybuchl jsem, doma jsem všechno rozbil, jí jsem se ani nedotkl, ale rozmlátil jsem kompletně celý byt. Přijeli policajti, sanitka, měl jsem zjizvené ruce, rozseklé klouby. Odvezli mě do Kroměříže a pak do Berouna na záchytku. Z toho jsem neměl ani podmínku, ale ještě jednou ve škole na střední okradli kamaráda, tak jsem to vyřešil po svém a z toho jsem měl podmínku dva roky za ublížení na zdraví.“*

**Patrik:** *„Od osmnácti let jsem byl skoro pořád v kriminále za násilné trestné činy, takže loupeže, přepadení a tak. Prošel jsem snad vším, co jde.“*

## Vztahy s ostatními

Užívání drog má nepochybně vliv také na vztahy s blízkým okolím, často negativní. Zajímalo mě proto, jaký vztah mají respondenti s rodiči, zda mají přítelkyni, kamarády apod.

**Lukáš:** „Z rozvrácených rodin jsou vždycky rozhárané vztahy, vždycky se semkneme, jenom když je nějaký problém. Všechno je vzdálené, každý žijeme na druhém konci republiky. Ale máme se rádi, o tom žádná, vždycky jsme se měli rádi, jenom jsme si to neuměli říct.“

**Daniel:** „S mamkou jsem se neviděl dva roky. Babička ji dala vědět, že jsem tady, tak začala trochu víc komunikovat. Jinak tatku jsem neviděl tři roky.“

**Marek:** „S matkou se bavím, ta je ráda, že jsem tady šel. Se sestrou vycházím perfektně, bratr se se mnou kvůli drog nebaví už patnáct let. Jinak mám kolem sebe pár dobrých kamarádů, toho si strašně moc vážím.“

**Aleš:** „Na Vánoce jsem byl u mamky, jinak si voláme. S tatkou se nebavím už tři roky a je mi bez něho líp. Dá se říct, že teď mám v podstatě jen jednoho kamaráda, je to starší chlap od nás z práce. Říkal mi, že kdybych něco potřeboval, můžu se na něho obrátit. Lidi, se kterými jsem se bavil jen o víkendech, a brali jsme spolu, jsem odštíhl.“

Respondentů jsem se ptala také na to, jaký mají názor na „přátelství“ mezi lidmi užívající drogy. Téměř všichni se shodli na tom, že lidé pohybující se v této oblasti, tedy ať už jsou to přímo uživatelé drog nebo dealeri, nejsou praví přátelé, ale osoby, které je táhnou ještě více dolů. Většina z nich se mi svěřila, že mají proto pár přátel nebo jen jednoho pravého kamaráda. Co se týče vztahů, pouze jeden respondent prožívá šťastný a spokojený vztah.

**Lukáš:** „Mám rodinu, přítelkyni a dvacetiletou dceru. Jsou to zlatí lidi, vždy stojí za mnou, ani nevím proč. Oni ví víc, co je ve mně, než já sám.“

Ostatní respondenti na své, teď už bývalé, přítelkyně nezpomínají moc dobře.

**Daniel:** „Přítelkyně šla родit, v tu dobu jsem i pracoval, platil nájem a říkala, že se po porodu vrátí, ale nevrátila se. Po týdnu jsem zjistil, že mě ani nevedla do rodného listu, že syn má i jiné příjmení. Hodně mě to zničilo, začal jsem brát ještě víc.“

**Patrik:** „Mám přítelkyni, ona prodává drogy. Řekl jsem jí, že si potřebuju dát život do pořádku. Ještě si s ní píšu, ale pořád jí dávám najevo, že to nemá cenu. Ona nedokáže

*pochopit, že se stala změna, nechci s ní mít už nic společného. Nebudu s ní přece sedět doma a dívat se na ni, jak kouří pervitin. “*

**Marek:** *„Spřítelkyní, kterou jsem měl, se nestýkám. Ona si našla přítele a žije jinde, malého už tři roky neviděla. Vůbec se o něho nestará, začala dělat nepěknou práci. “*

## **Léčba**

Všichni respondenti jsou ve fázi abstinence a všichni se šli léčit dobrovolně sami s cílem dokázat, že léčbu zvládnou a k drogám se zpět nevrátí. Zajímalo mě hlavně to, co je k vyhledání odborné pomoci přimělo.

**Lukáš:** *„Chci se tady najít, chci si najít čas na sebe, nic jsem si tady už nevzal, protože mi bylo strašně špatně. Už nikdy nechci zažít to, co jsem zažil. Bylo to hrozné. Nechtěl jsem ani žádné léky proti bolesti, měl jsem jen něco na začátku na spaní a teď za poslední tři dny jsem si vzal Rivotril, jinak nic. Ale žádná litost, můžu si za to sám. “*

**Daniel:** *„Prohrál jsem během dvaceti minut dvacet tisíc na automatech, a to byl ten impuls, hrozně jsem se rozbrečel. Řekl jsem to babičce, se kterou jsem žil a poprosil jsem ji, aby mi pomohla. “*

**Patrik:** *„Rozhodl jsem se, že přestanu s drogami, protože mě už nebaví takový život, tak jsem tady. Mám už zařizenou práci i bydlení. Léčení beru jako zkoušku, jestli drogy budu potřebovat. Mám totiž spoustu možností, aby mi někdo něco dovezl. A je to tady v pohodě, jsem zvyklý na nějaký režim. “*

U všech respondentů byl vidět kladný přístup k léčbě. Každý z nich si uvědomuje svou závislost, a s ní spojené veškeré potíže, a chce ji překonat. Dva respondenti se už dokonce jednou léčili, bohužel léčba proběhla neúspěšně a oba se k užívání drog vrátili.

**Lukáš:** *„Ve 28 letech jsem byl na léčení v Bílé vodě, protože to jsem sám usoudil, že už to dál nejde. Tam jsem byl měsíc a půl a pak jsem byl nějakých třináct let čistý. Pak jsem ale začal s těmi opiáty no. “*

**Marek:** *„Léčil jsem se už jednou, byl jsem tam dva týdny a odešel jsem. Já jsem vydržel vždycky nějakou dobu abstinovat, ale pak přišel jeden kamarád, druhý kamarád a už se to stahovalo zase k tomu, co bylo. Teď je mou motivací syn, a hlavně já s tím musím něco dělat. “*

## **Budoucnost**

Pokud se jedinec závislý na návykových látkách dostane do fáze léčby, je to krok k tomu, aby mohl znovu začít žít normální život bez drog. V této části jsem se proto respondentů ptala, co očekávají od budoucnosti, případně čeho by chtěli dosáhnout.

**Patrik:** „*S drogami jsem skončil, to je stoprocentní. No stoprocentní asi ne, nikdy nevíš, co se může stát, že? Ale sám to vyhledávat nebudu, nemám ani potřebu. Mám teď šanci. Hlavně chci práci, najít si normální přítelkyni. Ta, kterou jsem měl, nedokáže pochopit, že chci změnu a nechci s ní mít už nic společného.*“

**Marek:** „*Co se týče práce s lešením, to nejde, mám nemocné záda z toho. Ale jsem vyučený truhlář, mám kamaráda, který podniká v truhlářině, takže k tomu bych se chtěl vrátit a začít znova fungovat. Pomaličku půjde všechno si myslím.*“

**Aleš:** „*Jedna věc mě trápí, jak jsem byl v Čechách, tak tam mám přítelkyni, která o mně všechno ví. Je o něco starší než já a máme takový vztah na dálku. Já jsem si tady už něco vybudoval, mám byt a práci a ona se tady nechce přestěhovat. Takže to chci nějak vyřešit.*“

## **6.7 Shrnutí výzkumu**

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo srovnání životních drah jedinců závislých na tvrdých drogách. Zajímalo mě především to, jaká byla jejich cesta k závislosti a jak sami vnímají dopady drog na jejich vlastní život.

Pro výzkum jsem si zvolila kvalitativní metodu tzv. polostrukturovaný rozhovor. Výzkum byl proveden na Oddělení pro léčbu závislosti v Psychiatrické nemocnici v Opavě.

Výzkum, kterého se dobrovolně zúčastnilo pět mužů, kteří se léčí ze závislosti na tvrdých drogách, přinesl následující poznatky.

U všech respondentů se v dětství vyskytl minimálně jeden rizikový faktor, který mohl významně přispět ke vzniku závislosti. Rodiče čtyř respondentů se rozvedli, což ale nepovažují za hlavní důvod budoucího užívání drog. Myslím si, že pokud dítě vyrůstá ve správných rodinných podmínkách, tzn. má stabilní zázemí, je mu věnováno dostatek pozornosti, dostává se mu lásky a řádné výchovy, nezáleží na tom, zda vyrůstá v úplně rodině nebo jej vychovává pouze jeden rodič. Navíc pouze jeden respondent uvedl, že rozvod rodičů nesl velmi těžce. Tři vyrůstali pouze s matkou a to, že se s otcem nevidají nebo pouze výjimečně, jim nevadilo. V těchto případech bych viděla jako problém spíše

období puberty. V tomto období už totiž většina začala experimentovat s „lehčími“ drogami nebo se setkali s vrstevníky, kteří drogy užívali.

Další okruh otázek byl zaměřen na to, kdy respondenti začali užívat drogy a co je k tomu vedlo. Všichni se s tvrdými drogami poprvé setkali na odborném učilišti, tedy okolo patnácti let. Zkušenosti s marihuanou však měli všichni už mnohem dříve, zhruba okolo třinácti let. Dva respondenti začali drogy užívat kvůli nepříznivé rodinné situaci. V jednom případě se jednalo o časté stěhování, s čímž souviselo neustálé přestupování na jiné školy, šikana ze strany spolužáků, což vedlo k užívání různých prášků a antidepresiv, později k pervitinu. Na ostatní měli vliv kamarádi a blízké okolí. Zjistila jsem, že téměř všichni vyzkoušeli prakticky všechny typy drog, závislost si však vytvořili hlavně na pervitinu. Jeden respondent si vybudoval závislost ještě na opiátech, druhý na antidepresivech.

Dále jsem se zaměřila na důsledky užívání drog, zda respondentům přineslo i nějakou pozitivní zkušenost nebo pouhá negativa. Bez výjimky si všichni zažili nějaký zdravotní problém, ať už fyzický nebo psychický. Všichni se shodli na tom, že pozitivních zkušeností moc nebude. Jako jediné pozitivum vidí všichni počáteční euforii z drogy. Bylo také zjištěno, že v důsledku drogové závislosti dva respondenti spáchali nějakou trestnou činnost. Zajímala mě také jejich ekonomická situace. Tři z nich po odchodu z odborného učiliště byli zaměstnání a vydělávali si tak peníze legálně. Bydlení mají všichni zajištěné.

Pozornost jsem věnovala také tomu, jaké mají respondenti vztahy s rodinou, zda mají přítelkyni či nějaké kamarády. V této oblasti jsem byla téměř přesvědčena, že drogy vztahy s blízkými zcela překazí nebo minimálně naruší, což se mi potvrdilo. S rodiči mají všichni velmi chladný vztah nebo se s nimi vůbec nestýkají. Všichni se také shodli na faktu, že v oblasti drog nelze mít pravé přátele, protože většinou jde pouze o peníze nebo o získání drogy.

Z těchto faktů je patrné, že drogy mají nepříznivý vliv na osobní, zdravotní i sociální stránku jedince.

V závěru mého výzkumu jsem se věnovala oblasti léčby, a čeho by respondenti chtěli dosáhnout v budoucnosti. Zdrojem doporučení léčby byli ve všech případech samotní muži, což považuji za velmi přínosný fakt, protože je velmi důležité, aby si jedinec sám přiznal, že je závislý, což je krok k tomu, aby si následně uvědomil rizika s tím spojená a tuhle situaci začal řešit. Oceňuji, že všichni své drogové minulosti litují a sami přistoupili k léčbě, čímž dokazují to, že závislost chtějí překonat a zažít žít normální život bez drog.

Z výsledků výzkumu vyplývá rovněž skutečnost, že by se mělo více věnovat prevenci užívání drog, jak ve škole, tak ze strany rodičů. Všech pět respondentů je totiž v mladém věku, nejmladšímu je pouhých 25 let a je velká škoda se v tak nízkém věku uchýlit k tak závažnému rizikovému chování.

Na závěr nesmím zapomenout dodat, že výsledky výzkumu nelze zobecnit pro celou populaci, jedná se pouze o orientační šetření v rámci vybraných respondentů.



## ZÁVĚR

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala problematiku spojenou s tvrdými drogami, která mi přijde velmi zajímavá a dlouhodobě se o ni zajímám. Mým cílem bylo vytvořit text s nejpodstatnějšími informacemi o této problematice, aby si i čtenář, který se v ní příliš neorientuje, prohloubil své poznatky a uvědomil si, jak moc jsou návykové látky nebezpečné.

Většina populace zaujímá k drogám velmi negativní, až kontroverzní postoj. Jedince, kteří je užívají často „hází do jednoho pytle“ s názorem, že si za svou situaci mohou sami, ale co za tím stálo nebo co si tito lidé prožili například v dětství, už neví. Dle mého názoru by se nikdo z nás neměl k drogové problematice obracet zády, naopak bychom se o ni měli více zajímat. Kdyby každý věděl alespoň minimum, které je obsaženo v této práci, byl by to velký přínos.

Musíme si totiž uvědomit, že drogová problematika se může dotknout každého z nás. Jak jsem již zmínila v úvodu práce, nikdy totiž nemáme jistotu, že drogy nezačne užívat někdo z našich kamarádů nebo v budoucnosti třeba naše dítě. Především mladí lidé v období dospívání jsou totiž nejvíce ohroženou skupinou. Velmi důležitá je v tomto ohledu prevence, čímž bych chtěla poukázat na rodiče i učitele, aby s dětmi o tomto problému více komunikovali.

Je prokazatelné, že závislost na tvrdých drogách vzniká velmi rychle a způsobuje tragické následky. Kromě psychických a fyzických následků mají drogy negativní vliv i na stránku sociální. Díky nim dochází k zpretrhání rodinných vazeb, ke ztrátě přátel, zanedbávání povinností i koníčků až k různým trestným činům.

V první a druhé kapitole teoretické části jsem objasnila základní pojmy, droga a závislost. Třetí kapitola podává stručný náhled do historie drog. Čtvrtá kapitola představuje nejčastěji zneužívané návykové látky. Poslední kapitola představuje významné problémy související s užíváním drog, jako je kriminalita, nemoci a v neposlední řadě, jaký mají vliv na rodinu.

Za nejdůležitější považuji v celé práci praktickou část, jejímž hlavním cílem bylo srovnání životních příběhů lidí, konkrétně mužů, kteří se léčí ze závislosti na nealkoholových drogách. Myslím si, že cíl bakalářské práce byl naplněn. Respondentům jsem pokládala stejné otázky, odpovědi na ně jsem poté mezi sebou porovnávala a díky tomu přišla na to, co mají mezi sebou společného a jaké jsou naopak v jejich životních osudech rozdíly. Podobnosti jsem zaznamenala v prostředí, ve kterém vyrůstali, dále všichni začali

s užíváním drog v podobném věku, téměř všichni mají díky užívání drog narušené vztahy s rodinou. Všichni muži se také šli léčit dobrovolně ze své vlastní iniciativy a na otázku *Čeho byste chtěl dosáhnout v budoucnosti?* se rovněž všichni shodli na tom, že by nejvíce chtěli závislost překonat a žít bezproblémový život bez drog. Rozdíly pak byly především v důvodech, proč drogy začali užívat.

Z výzkumu je patrné, že drogová závislost není jednoduchá jak pro samotné závislé, tak i pro jejich rodiny a blízké okolí.

Výsledky práce mohou být užitečné z mnoha důvodů. Mohou sloužit jednak jako informační materiál pro neznalé jedince, kteří se v dané problematice neorientují, zároveň je dle mého názoru ve výzkumné části zmíněno několik velmi závažných faktů, které by měly působit jako odstrašující případ, aby se drogám v budoucnu vyhnuli. Největší pozitivum ovšem vidím v prohloubení mých znalostí a získání nových poznatků ve zkoumané problematice.

Na závěr chci dodat, že psaní celé práce pro mne bylo obrovským přínosem, obzvlášť zpracovávání praktické části. Během svého života jsem viděla několik rozhovorů, až už na internetu nebo v televizi, s lidmi závislými na drogách, ale teď se mi naskytla příležitost, abych s těmito lidmi mohla vést rozhovor já, což byla pro mne nová a rozhodně velmi přínosná zkušenost.

## SEZNAM LITERATURY

BARNARD, Marina. *Drug Addiction and Families*. London, Jessica Kingsley Publishers, 2007. ISBN 978-1-84310-403-2.

BLAŽEJOVSKÝ, Marek. *Drogy v dopravě*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 978-80-7478-903-8.

DUNSELMAN, Ron. *Namísto já: omamné drogy a jejich působení na člověka*. Praha: Asociace waldorfských škol ČR, 2013. ISBN 978-80-905222-1-3.

ESCOHOTADO, Antonio. *Stručné dějiny drog*. Praha: Volvox Globator, 2003. Labyrint (Volvox Globator). ISBN 80-7207-512-8.

GROLMUSOVÁ, Lucie, ed. *Válka proti drogám a její negativní dopady na veřejné zdraví: skrytá epidemie hepatitidy typu C*. [Praha]: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost, 2013. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-082-7.

HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada, 2001. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8803-1.

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ, ed. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

JILICH, David a Veronika KULÍŘOVÁ. *Infekce HIV*. Praha: Maxdorf, [2021]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-688-7.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KROKULOVÁ, Laura a Vratislav ŘEHÁK. *--když už máš Céčko--: [informace o virové hepatitidě typu C]*. V Praze: Triton, 2006. ISBN 80-7254-823-9.

- KUBÁNEK, Vladimír a Lubomír POLÍVKA. *Drogy a jejich účinky na lidský organismus*. Praha: Policejní akademie České republiky v Praze, 2010. ISBN 978-80-7251-319-2.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-x.
- NOŽINA, Miroslav a Miloš VANĚČEK. *Mandragora, morfin, kokain: drogový problém v českých zemích v dobách habsburské monarchie a v předválečném Československu*. Praha: KLP, 2009. ISBN 978-80-86791-60-9.
- MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.
- OHLER, Norman. *Totální rauš: drogy ve třetí říši*. Přeložil Nina FOJTŮ. Brno: Host - vydavatelství, 2016. ISBN 978-80-7491-790-5.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- SANANIM kolektiv autorů. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VALÍČEK, Pavel. *Rostlinné omamné drogy*. Benešov: Start, 2000. ISBN 80-86231-09-7.
- Výroční zpráva o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Česká republika*. Praha: Úřad vlády ČR, 2002-. ISBN 978-80-7440-219-7.

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Souhrnná tabulka .....	2
--------------------------------------	---

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha 1</b>	Otázky
<b>Příloha 2</b>	Tabulka č. 1: Souhrnná tabulka
<b>Příloha 3</b>	Přepsaný rozhovor č. 1
<b>Příloha 4</b>	Přepsaný rozhovor č. 3

## **OTÁZKY**

1. Kolik Vám je let?
2. V jakém rodinném prostředí jste vyrůstal?
3. Jak vzpomínáte na dětství/pubertu?
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
5. Jaké je Vaše zaměstnání?
6. Kolik Vám bylo let, když jste poprvé zkusil drogy?
7. S jakými drogami máte ve svém životě zkušenosti?
8. Kdy jste si uvědomil, že jste závislý?
9. Spáchal jste ve spojitosti s drogami nějaký přestupek/trestný čin?
10. Jakým způsobem jste si vydělával na drogy?
11. Co vnímáte jako pozitivní a negativní v souvislosti s užíváním drog?
12. Co Vás přimělo k tomu, abyste se šel léčit?
13. Absolvoval jste léčbu už někdy dřív?
14. Jaké jsou momentálně Vaše vztahy s rodinou?
15. Podporuje Vás vaše rodina?
16. Máte přítelkyni?
17. Čeho byste chtěl dosáhnout v budoucnosti?
18. Litujete něčeho ve spojitosti s užíváním drog?

**Příloha č. 2: Tabulka č. 1: Souhrnná tabulka**

	<b>resp. 1</b>	<b>resp. 2</b>	<b>resp. 3</b>	<b>resp. 4</b>	<b>resp. 5</b>
<b>jméno</b>	Lukáš	Daniel	Patrik	Marek	Aleš
<b>věk</b>	40	25	37	36	28
<b>vzdělání</b>	SOU	ZŠ	ZŠ	SOU	SOU
<b>závislost</b>	pervitin, opiáty	pervitin, antidepresiva	pervitin	pervitin	pervitin
<b>délka závislosti</b>	cca 20 let	cca 10 let	cca 20 let	cca 20 let	cca 10 let
<b>trestná činnost</b>	ne	ano	ano	ne	ne
<b>komunikace s rodinou</b>	má přítelkyni a dceru, s ostatními členy se vidá výjimečně	komunikuje především s babičkou, s rodiči se už několik let neviděl	s rodiči se vidá příležitostně, s přítelkyní se chce rozejít	vidá se s maminkou, která ho v léčbě podporuje, se sestrou má výborný vztah, s bratrem se nebaví už několik let	s rodiči komunikuje především přes telefon



### **Příloha č. 3: Přepsaný rozhovor č. 1, respondent č. 1 – Lukáš, 40 let**

T: V jakém rodinném prostředí jste vyrůstal?

*R: Bydlel jsem na vesnici, mí rodiče se rozvedli, když mi byli dva tři roky, přesně si to nevybavuji, v šesti letech se máma vdala, tak jsem měl otčima, pak dohromady tři sourozence, dvě sestry a bratra.*

T: Jak vzpomínáte na dětství?

*R: Dětství bylo čiperné, chcete asi vědět, jestli dobré nebo špatné, že?*

T: Ano.

*R: Neuvěřitelně kontrastní, vzpomínky jsou někdy špatné, ale když člověk měl ty starší sourozence, tak je chtěl dohnat, což bylo dobré. Protože jsme vyrůstali v době socialismu, tak tam samozřejmě byly vlivy toho komunismu, museli jsme chodit stejným krokem. Dětství se odvíjelo někdy dobře, někdy špatně, pak puberta, někdy tresty, nářezy.*

T: Za co jste dostával tresty?

*R: Za pozdní příchody, za legraci, kterou ti rodiče jako legraci neviděli, taky pak byly nějaká ponaučení. Od těch 11–12 jsme pak už zkoušeli pívka, cigarety.*

T: Vystudoval jste nějakou školu?

*R: Já jsem dělal učňák, vyučil jsem se truhlářem, tam jsem už poznal marihuanu.*

T: Takže tam už byly první zkušenosti s drogami?

*R: Ano.*

T: Kde jste potom pracoval?

*R: Pak jsem se potloukal, kde se dalo.*

T: V oboru jste někdy pracoval?

*R: Ve všem. Měl jsem asi dvacet zaměstnání. Nejvíc mě bavila výroba elektrických modelů, ale dostal jsem astma, tak jsem toho musel nechat. Pak jsem si dal trávu, protože jsem neměl co dělat.*

T: Jaké jste měl koníčky?

*R: Vždycky hudba.*

T: Co jste poslouchal?

*R: Tak různě, ale hlavně rock.*

T: Teď bychom přešli na ty drogy...

R: *Nejdříve marihuana a potom pervitin. Marihuana nebyla spouštěč. To člověk pozná lidi, kteří mu pak začnou věřit. To byl konec osmdesátých a devadesátých let, a to nebylo jak teď, my jsme byli úplně jiná generace. Nikdy jsem nic nekoupil ani neprodal.*

T: Kde jste tedy drogy sháněl?

R: *Udělal jsem. Vždycky někdo půlku, druhý půlku, jednou za měsíc se udělala akce a pak třeba půl roku nic. Kdysi si lidi věřili, to není jak teď, nic se nevynášelo.*

T: Takže dříve to bylo anonymnější než teď?

R: *My jsme bydleli na vesnici, nechávali nás na pokoji.*

T: A co jste užíval kromě pervitinu?

R: *No vyzkoušel jsem všechno, ale pravidelně jsem bral jen pervitin.*

T: Kdy jste si uvědomil, že jste závislý?

R: *Ve 40.*

T: Takže až teď...

R: *Byl jsem na léčení v Bílé vodě na ten pervitin, tam jsem byl měsíc a půl, ale to jsem sám usoudil, že už to tak dál nejde.*

T: Takže kdy přesně jste drogy užíval?

R: *Od 15 do 18, pak jsem si našel přítelkyni, narodilo se mi dítě, ale po deseti letech jsme se rozešli, to mi bylo 28 a pak jsem začal konvertovat zase. A to jsem šel do té Bílé vody a pak jsem byl čistý. Nějakých 10 let.*

T: A kdy jste zase začal?

R: *Asi ve 39. Ale funguju normálně, pracuju, žiju v neřeťáckém prostředí.*

T: A co jste potom užíval?

R: *Tablety.*

T: Máte přítelkyni?

R: *Ano mám přítelkyni, mám 20letou dceru, mám rodinu.*

T: A co vztahy s ostatními z rodiny?

*R: Z rozvrácených rodin jsou vždycky rozhárané vztahy, vždycky se semkneme jenom když je průser. Všechno je to vzdálené, každý žijeme na druhém konci republiky. Ale máme se rádi, o tom žádná, vždycky jsme se měli rádi. Jenom jsme si to neuměli říct.*

T: A s přítelkyní a s dcerou je všechno dobré?

*R: Jo to jsou zlatí lidi, vždy stojí za mnou. Ani nevím proč, oni ví víc možná co je ve mně, než já sám.*

T: Aspoň máte v někom podporu...

*R: Já už jsem sám věděl, když jsem byl v pülce, když už jsem zase bral, že to tak nejde, bral jsem dva a půl roku a teď jsem tady dva nebo tři týdny.*

T: Měl jste někdy problémy s policií?

*R: Nikdy, já jsem vždycky chodil do práce, oni někdy přišli za mnou přes nějaké prostředníky a domlouvali mi.*

T: Jaká vidíte pozitiva a negativa v užívání drog?

*R: No u těch perníkářů jsou vždycky problémy, oni si tou energií vždycky rozkopnou ty špatné dveře a pak neví, co a jak. Černá a bílá...*

T: A co například?

*R: Ty drogy vždycky ví o co mají brknout, například si lidi v sobě úplně zazdí city.*

T: A něco pozitivního?

*R: No samozřejmě ta společnost, když všichni zpívají stejnou hymnu, to je jak u táboráku. Kdysi to byli i přátelé, dneska už ne.*

T: Takže dneska už je to tak, že se každý baví s tím, co prodává drogy jen proto, že z toho má výhody?

*R: Jo.*

T: A ještě něco pozitivního?

*R: Vždycky všechno zlé je k něčemu dobré. A taky naopak.*

T: Co budoucnost? Myslíte si, že vám ta léčba pomůže, abyste se k drogám už nevrátil?

*R: Chci se tady najít, chci si najít čas na sebe, nic jsem si tady už nevezl, protože mi bylo strašně špatně. Už nikdy nechci zažít to, co jsem tady zažil. To bylo hrozné. Ani jsem nechtěl žádné léky proti bolesti, abych si to vykouril.*

T: Takže jste tady nebral ani žádné náhrady té drogy?

*R: Ne, jenom teď poslední tři dny jsem si vzal nějaké Rivotrily. Měl jsem jen něco na začátku, protože by mě to zabilo, v noci jsem spal jen hodinu a půl, tak jsem měl prášky na spaní, ale to bylo ještě horší. Ale žádná lítost. Můžu si za to sám. Víte, jak mě štve, že teď už tři týdny nemůžu ven?*

T: Měl jste nějaké zdravotní problémy?

*R: Nemohl jsem chodit, ledové nohy, od pŕlky nahoru smrtelný pot, bolest pod kostí, tak jak když jste v malých lyžákách, tak tak asi to bylo. Ale hrozně mě to štve, jsem tady zavřený už tři týdny, jenom ty zdi všude, a to tělo pokud není v harmonii s tou myslí, tak to prostě nepůjde.*

T: Tak hlavně to vydržet.

*R: Proto jsem tady. A taky kvůli dietě.*

T: Máte tady nějakou speciální dietu?

*R: Ano, tady dělají jen dietní jídla, nemůžu si dát smažák jako doma, ale ty dietní jídla jsou tak finančně náročné, že by to ani nešlo dělat doma.*

T: To ano, dietní a zdravá strava je finančně náročná, to je pravda.

*R: A máme tady jen čaje, žádné minerálky nebo džusy.*

*Ty opiáty jsou fakt šílené, a to jsem bral jenom tablety, nedokážu si ani představit, jak tady někteří brali heroin i 3 až 4 g denně. Já nejsem nic proti nim. (SMÍCH)*

T: No hlavně ta závislost po tom vzniká strašně rychle...

*R: To ano, na opiátech vzniká závislost daleko rychleji než na pervitinu. Odvádí to pozornost úplně od všeho, od citů, od práce.*

T: I charakter to hodně ovlivňuje, lidi jsou z toho pak často agresivní.

*R: No to právě nechápu, buď si to dám, abych byl v pohodě nebo si to nedám.*

#### **Příloha č. 4: Přepsaný rozhovor č. 3, respondent č. 3 – Patrik, 37 let**

T: Můžeš mi říct něco o dětství, v jakém rodinném prostředí jsi vyrůstal?

*R: Já jsem vyrůstal od malička převážně ve výchovných ústavech, do těch 11 let jsem vyrůstal v rodině, kde rodiče užívali alkohol, ale starali se o nás dobře, byli jsme čtyři sourozenci, dobře se starali, akorát, že byli alkoholici, měli jsme volnější režim, vyrůstal jsem mezi cigánama na ulici, skoro na nejhorší ulici v Ostravě.*

T: Kde konkrétně?

*R: Sirotčí – Přívoz.*

T: Takže tam jsi bydlel do 11 let s rodiči ano?

*R: Ano. Pak jsem byl ve výchovném ústavu, pořád jsem utíkal, začal jsem se starat sám o sebe.*

T: Takže tam jsi byl až do 18 let?

*R: Mezitím jsem byl ještě ve vazbě.*

T: Za co, jestli se můžu zeptat?

*R: No nejdříve za krádeže a pak už to jelo, do 18 jsem fungoval v tom pastáku, pak jsem si koupil auto, pak drogy. Kamarád mi to nabídl, tak jsem si to vyzkoušel. Zachutnalo mi to a už jsem pokračoval.*

T: Takže dětství a puberta byly asi záživné, že?

*R: No víc než záživné, teď když na to vzpomínám, tak je mi to líto, ublížil jsem hodně lidem.*

T: Vraťme se ještě k tomu dětství...

*R: Já jsem byl takový jiný, byl jsem hyperaktivní, mám ADHD, furt jsem se rval. Učitelce jsem jednou píchl do oka knížkou srolovanou, ale to bylo nechtěně. Pořád nějaké problémy byly.*

T: A kam jsi šel po základce? Šel ses někam vyučit?

*R: Ano chtěl jsem, chtěl jsem se vyučit zámečnickem, ale nedovolili mi to, protože jsem byl útekář, dali mě na obor obuvníka, tam jsem dělal problémy, protože jsem to nechtěl dělat, pak mě dali na kuchaře, tam jsem se pobil s klukama, tak mě zase vyhodili, pak jsem šel na truhláře, tam jsem vyráběl cigarety, takže mě taky vyhodili.*

T: Dokončil jsi teda něco?

*R: Nedokončil. Psychiatrický posudek mi to ani neumožňuje, možná nějaký kurz, třeba floristka nebo ještě jiný ženský obor. To jsem neměl v plánu, ale stejně mě pak zavřeli a dostal jsem 5 let.*

T: Přesuneme se na oblast spojenou s drogami. Kdy jsi s nimi začal?

*R: Jak mě propustili z toho výchovného ústavu.*

T: A potom?

*R: Marihuanu v 15 a od 18 jsem si začal píchat pervitin. Teď jsem tady, je mi 37 let, rozhodl jsem se, že přestanu s drogami, protože mě už nebaví takový život.*

T: Pracoval jsi někdy?

*R: Od 18 jsem byl skoro furt v kriminále.*

T: Za drogy?

*R: Za násilné trestné činy, takže loupeže, přepadení a tak.*

T: Proč si začal užívat pervitin?

*R: Pervitin jsem zkusil proto, že mě nebavil život, který žiju, lezlo mi to na nervy, začal jsem si ho píchat. Ale furt jsem tady a změnil jsem priority. Myslím si, že špatné období mám za sebou. Někdo začne špatným a změní se v dobrého, někdo naopak. Já doufám, že jsem se změnil v dobrého člověka.*

T: Jak dlouho jsi tady?

*R: Týden, už jsem byl venku, mohl jsem nastoupit i do práce, mám to domluvené mimo Ostravu, Ostrava je pro mě riziková oblast, já jsem přišel do Ostravy a hned jsem měl všechno k dispozici, mám tam hodně známostí. Rozhodl jsem se, že odjedu. Přítelkyně taky prodává drogy, tak jsem jí řekl, že si potřebuju dát život do kupy, teď si s ní ještě píšu, ale pořád jí dávám najevo, že to nemá cenu. Ale nikoho neodsuzuju, každý ať si žije svým životem, ale já, když budu mluvit za sebe, tak snad mám to špatné za sebou. Karma snad existuje.*

T: Co tě přimělo?

*R: Beru to jako zkoušku, jestli ty drogy budu potřebovat, protože mám spoustu možností, aby mi někdo něco dovezl. Budu se chtít opít, tak můžu. Je to jedno, jestli někdo bere drogy nebo alkohol, ale závislost je závislost.*

T: A zvládáš to tady?

*R: Jo, na pohodu, jsem zvyklý na nějaký režim. Měl jsem dvě malé hádky, ale vysvětlil jsem to. Teď je všechno v pohodě. Chci jít už i ven, protože mám domluvenou tu práci.*

T: Jakou?

*R: Mám nakládat kamiony, vstávat na noční, kamarád mi to zařídil, je to i do jedné do noci a pak už nic nejezdí, tak se odchází.*

T: A měl bys kde bydlet?

*R: To je spojené s tou prací, už to mám zařízené, je to domluvené. Tam se na mě jenom čeká.*

T: Jak dlouho myslíš, že tu budeš?

*R: Dneska mě hodili do druhé skupiny, tak musím vypsát ty papíry, i životopis, ale to nevím, co tam budu psát, má to být na 4 strany. Ale co tam mám napsat, když jsem byl pořád ve výkonu trestu? Rekord jsem měl 20 dní venku. Je to svým způsobem ostuda, ale já se za to nestydím. Já se řídím pořekadlem: „nelituj toho co jsi udělal, ale lituj toho, co jsi mohl udělat a neudělal“.*

T: Co vztahy s rodinou, vídáš se někdy s rodiči?

*R: Jo, teď jsem je viděl, jak jsem přijel z Jihlavy, protože v Jihlavě je ta práce s tím bydlením.*

T: Rodiče bydlí teď kde?

*R: Já mám rodiče v Ostravě, ale musel jsem odejít z Ostravy, to je pro mě riziková oblast, hodně riziková. 7. jsem měl mít pohovor, protože 18. měla být ta práce, ale jak jsem si požádal o tu léčbu, tak jsem byl 51 měsíců ve výkonu trestu a dostal jsem podmínečné propuštění, ale když podepišu revers, tak v pohodě.*

T: Co vidíš v užívání drog jako pozitivní a co negativní?

*R: Jako pozitivní vidím asi sám sebe, že všechno to, co jsem si řekl, že udělám, tak prostě udělám. Chci docílit všeho, co jsem si dal za předsevzetí, všechno plním i s tou léčbou, to vnímám jako pozitivní.*

T: A negativní?

*R: Matka v pořádku, ale bratr, jedna sestra a kamarádi, přítelkyně – všechno je spojené s drogami, Ostrava je celá spojená s drogami. Jsem Baníkovec, fandím Baníku, to se nezmění nikdy, ani kdybych bydlel v Americe. Ale do Ostravy už nemůžu, to bych podlehl. Něco by mě vytočilo a pak bych si zase vzal tu drogu. Není pro mě problém napsat SMS a za hodinu je z Ostravy tady.*

T: Drogy jsi měl zadarmo, nepotřeboval jsi peníze?

*R: Zezačátku jo, to jsem kupoval, peníze jsem měl z trestné činnosti, tu jsem páchal ještě před tím, než jsem začal brát drogy.*

T: A ve vězení jsi pracoval?

*R: Jo, v kuchyni, to mě nebavilo, když mě dali do skladu, tak to šlo. Člověk si řekne, že ve vězení nebude brát drogy, ale tam je k tomu jednodušší a rychlejší přístup než venku.*

T: Takže i tam jsi bral drogy?

*R: Jedno období ano.*

T: Co kamarádi, máš nějaké?

*R: Mám jen jednoho, který nebere drogy ani nepije, trávu vyzkoušel jen jednou. Nechtěl, ale já jsem mu to nabídl, že to musí vyzkoušet, ale bylo to jen jednou. Já netvrdím, že když vylezu, tak si nedám trávu.*

T: Jinak jsi vyzkoušel všechno?

*R: Asi jo.*

T: Co do budoucna? Kde se vidíš? Chceš s drogami úplně přestat?

*R: S drogami jsem skončil, to je stoprocentní. No stoprocentní. Nikdy nevím, co se může stát, že? Ale sám to vyhledávat nebudu. Mám tu šanci. Nemám ani potřebu.*

*Hlavně práce, najít si normální přítelkyni, Ne tu co mám nebo vlastně nemám, tu už nechci. Ona nedokáže pochopit, že se stala změna. Prostě nechci s ní mít nic společného. Když budu doma a ona bude kouřit pervitin, tak se na ni nebudu dívat.*

T: Lituješ něčeho?

*R: Lituju celé minulosti. Štve mě to, ale nevím, jak bych to řekl slušně, asi jsem neměl jiné východisko, jinou šanci, nikdo mi neukázal nějaký dobrý život. Od té doby, co mě dali do ústavu, jsem se musel starat o sebe. Taky jsem dával peníze mladším sourozencům z té trestné činnosti. Taky když jsem poznal pervitin v 18 letech, tak jsem poznal, že toho zvládnu víc, že vydržím déle, daří se mi líp. Pokud se člověk ovládá, tak to jde, ale pokud tě ovládá ta droga, tak je to šílené. Člověk je vzhůru, ale ten mozek potřebuje spát, tak jsem měl různé psychózy.*

T: Jiné zdravotní problémy?

*R: Ne*

*Jo, chtěl jsem spáchat sebevraždu, kvůli těch drog.*



*Ted' je mi 37 let, tak myslím, že není konec života, tak mám šanci ještě začít znovu.*

T: Máš nějaký zajímavý zážitek spojený s drogami?

R: *Žádný dobrý, jsou to spíš špatné vzpomínky.*