

Vzdělávání poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb v oblasti problematiky dětí a mládeže

Přístupy k řešení drogové problematiky

Štefan Švarc, ředitel projektů prevence – os Prevent
Tovární 16, 38601 Strakonice

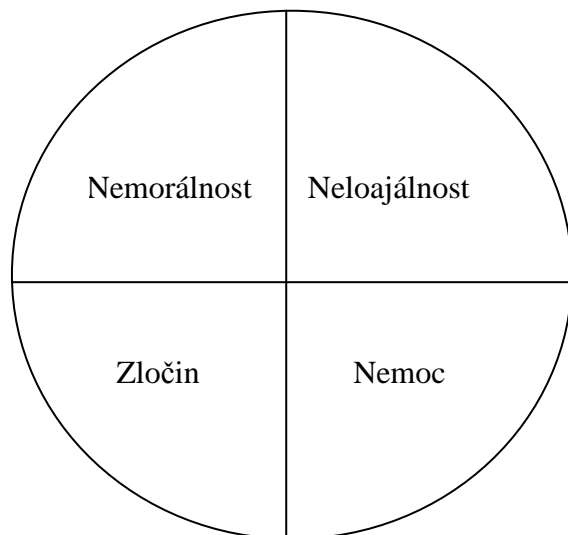
Mgr. Pavel Vácha, Odborný asistent, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích,
Zdravotně sociální fakulta

Obsah

1. Úvod
2. Shrnutí známých přístupů k řešení drogové problematiky v bodech
3. Protidrogová strategie ČR a Jihočeského kraje
4. Systém kvality služeb a certifikace v ČR
5. Otazníky k oblasti Primární prevence tedy předcházení problému.
6. Základní přístupy v primární prevenci
7. Vývoj a vznik drogové závislosti

1. Cílem tohoto příspěvku je provést čtenáře mnoha přístupy či pohledy na problém drogového užívání a závislosti. Příspěvek se pokusím vést tak jakoby šlo čtenářům především o rozuzlení složité změti názorů na tento problém a jasnější orientaci v té vlastní.

Na drogové užívání a problémy závislých lze tady v Čechách nahlížet očima různých generací. Generace předrevoluční a generace porevoluční se zásadně liší. Slýcháme různé názory od tzv. "šanghajského modelu" tj. zjednodušeně řečeno: „za užití drogy ti usekneme ruku, za opětovné pak rovnou hlavu.“, až po: „legalizujme drogy a bude po problému“. Ano legalizace drog je také přístup, i když zavání spíše nic neděláním, než nějakou aktivní politikou. A o to právě jde. Jaké jsou naše skryté postoje? Represivní tedy potlačovat, napravovat? Nebo lékařské, sociologické, psychologické, občanské? Struktura argumentů vašeho osobního postoje jako čtenáře této publikace je velmi důležitý, neboť nejspíše pracujete v problematikou dotčené profesi. Soudím, že právě tyto naše osobní názory posléze určují směr a rozhodnost našich názorů, také ale spokojenost nebo nespokojenost se současnou drogovou politikou státu, výchovou ve školách, informacemi o drogách presentované v médiích a individuální zodpovědnost každého z nás jako obyčejného občana. Podívejme se tedy na obecné rozdělení našich soukromých osobních názorů optikou sociologa Talcotta Parsonse.



Oblast nemorálnosti znázorňuje v našem drogovém případě ten typ názorů a pocitů plynoucí ze zanedbání některých problémových uživatelů drog, či dotčené skupiny v populaci. Reprezentuje zde názory typu „oni jsou špinavý, otrhaní, smrdí, mluví sprostě, jsou neurvalí“ atd., jednoduše nemorální. Velká část z takto laděných argumentů mají emoční nádech a vychází z představy a předpokladů zdravé společnosti, socializovaného člověka. Hrozbou této názorové oblasti jsou předsudky a společenské stigma. Pro příklad disproporcí v některých úsudcích takto laděné argumentace si všimněme pohledu pomyslného společenského tolerantního oka na mediální hvězdy, které nepůsobí oním odpudivým dojmem a jejich drogové problémy jsou sledovány zcela jinak. Argumenty na jejich kritiku jsou zaměřené na jejich příběh ne už tolik na nemorálnost celé situace. Například koho by napadlo drogovou kariéru mediálně „pitvané“ Terezy Pergnerové nazírat pro její souběžné působení v médiích za nemorální. Ani jí nedokážeme společně fandit, především pak bulvární média ne. Podotýkám, že totiž Pergnerovou nepovažujeme za nemorální.

Předsudky je obestřena i druhá oblast – Neloajálnost. Zde tkví argumenty vycházející z nevyřčené smlouvy. Lidské myšlení je opředeno nevyřčenými smlouvami typu: „Já jsem ti minule dal kousek své svačiny, takže, když tě nyní žádám o tvůj kousek svačiny, mám na to právo, jsi mi jej dlužen, máš povinnost mi také dát.“. Toto smluvní myšlení je bitevním polem pro argumenty: „já platím daně a drogoví uživatelé ne, já musím do práce a oni nechodí, já ručím za své činy oni ne“ atd.. Někde na této úrovni nás vlastně problémový uživatel drog může pobuřovat.

Třetí a čtvrtou oblastí Parsonsova diagramu je zločin a nemoc. Rozhovor těchto dvou entit probíhá odedávna ne však zcela mimo drogový svět. Historie je plná případů, kdy zločinec obklopen a zaštitěn lékaři unikl trestu. Dnes jak známo je expertně zhotovená diagnóza důvodem pro hospitalizaci a beztrestnost. V drogové problematice je to podobné. Na jedné straně je prohibice a na druhé bažení uživatele spojené se závislostí, díky němuž mnozí uživatelé páchají trestnou činností. Ke drogové kariéře některých typů drog trestná činnost vlastně patří a teprve vidíme-li celý obraz uživateli kariéry chápeme trestnou činnost (určitého druhu, např. krádeže, vloupání atd.) za symptomy onemocnění drogovou závislostí. Míra závažnosti páchané trestné činnosti je při rozhodování o výši trestu či jiné nápravě skutků samozřejmě věcí soudů, represivních složek. Toto posuzování, napravování třeba formou trestu je nezbytné pro tzv. celostní působení na problém. Není ale nevyhnutelné. Úkolem dotčené informované veřejnosti je pracovat s tímto problémem jako s nemocí vykazující jisté symptomy (např. kriminalitu), na které existuje celá řada léků o jejichž užití je nutné se poradit s lékařem – odborníkem. Lékaři – odborníci se pak mají radit o koncepci a postupech jak toto onemocnění léčit a jak navracet zdraví. Mají také posoudit jak má být léčba drahá a sledovat v této speciální kauze - nemoci závislosti na drogách, zda a kolik léčby se vyplatí. Jestli totiž neléčí s obrovským nasazením pouhou třísku pod kůží.

Naše pro a proti drogovému problému jsou ve zmíněných čtyřech oblastech neustále v pohybu. Když nám ukradnou autorádio máme problém ve zločinu, nebo jsme-li zdvořile požádáni otrhaným občanem o „pětku“ naše chápání se posouvá blíže těm morálním a loajálním soudům, máme-li klid, odstup a čas jsme schopni komplexnějšího uchopení. S jistotou ale mohu tvrdit, že drogový „pes“ není zakopán zcela a úplně ani v jednom ze zmíněných přístupů. Pokusíme-li se jej najít v jedné oblasti přestěhuje se do jiné.

2. Shrnutí známých přístupů k řešení drogové problematiky v bodech

Bio-medicínský model

- Závislost je zde definována jako chronické recidivující onemocnění
- Závislost je považována za nevléčitelnou
- Typické je srovnání s cukrovkou (epizodicky)
- Léčba je postavena na specifické dietě – trvalé abstinenci
- Léčebnými metodami jsou: ústavní izolace, detoxikace, léčba prací atd. výjimečně ambulantní léčba

Bio-psycho-sociální model

- Nemoc vzniká v průběhu vývoje osobnosti tedy ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů
- Klíčovými pojmy jsou: dispozice, zranitelnost, spouštěče
- Oproti detoxikaci a farmakoterapii v biomedicínckém modelu přibývá psycho-socio-terapie
- Tento model vzniká po II.světové válce a rozvíjí se v 60. letech a znamená prolomení teze o nevléčitelnosti – možnost závislost určitým způsobem přerůst

Přístup ochrany veřejného zdraví (public health)

- Vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky
- Nesleduje zájem individuálního klienta, ale ochranu populace (VH,HIV atd.)
- Může dojít k zanedbání potřeb a perspektiv klienta

Přístup Harm Reduction – snižování rizik, minimalizace poškození

- Přístup především individuální, zaměřený na individuální potřeby a perspektivy klienta
- Cílem není abstinence
- Akceptuje, že klient v daném okamžiku užívá a nemůže nebo nechce přestat
- Snaží se zachovat klienta při životě v maximálně možném zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu (zejména: život a zdraví ohrožující infekce, další tělesné komplikace, dlouhodobé působení vysokých dávek, předávkování, sociální debakl a ztráta lidské důstojnosti)
- Výzkumy ukazují, že jakákoliv léčba uživatele je 3x levnější než jeho nijak nezachycený kriminálně - drogový život

Sociální a sociálně pedagogický přístup

- Zdůraznění vnějších faktorů: nepříznivé sociální prostředí, nevhodná výchova, ztráta nebo absence sociálních dovedností atd.
- Metodami jsou sociální a výchovné poradenství, vedení, intervence a asistence
- Návlek soběstačnosti, sebeobsluhy, soc. komunikace a pracovních dovedností
- Resocializace, reedukace a rekvalifikace

Přístupy morální a spirituální

- Pojetí drogové závislosti jako morálního debaklu
- Příkladem může být působení Salesiánů, Anonymních Alkoholiků a A.Narkomanů

Spirituální model

- řešení pomocí náboženství

Přístup holistický – celostní

- zde se používají i alternativních metody jako akupunktura, akupresura,

Dnes je v ČR nejvíce používán bio-psycho-socio-spirituální model, zejména jeho spirituální složka je podtrhována jako novinka. Má především navracet k vnitřním, individuálním duchovním složkám jedince. Rovněž význam drog v životě lidstva se změnil až v konci 20 století. V historii a u jednodušších národů drogy jsou a byly součástí života, iniciačních rituálů, změn apod.. Kritizováno je především bezcílné a nehluboké uchopení drogového užívání v civilizovaných státech současnosti.

3. Protidrogová strategie ČR a Jihočeského kraje

Koncepční řešení drogové politiky státu je zakotveno v usnesení vlády č. 1305/2004 Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009.

Tato strategie zejména:

- Definuje svoji funkci, popisuje hlavní charakteristiky situace v ČR, základní východiska, přístupy, principy, cíle, časový rámec, strukturu akčních plánů, role a odpovědnosti klíčových subjektů v protidrogové politice ČR

Národní strategie obsahuje svůj Akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006. Tento akční plán je rozdělen na následující oblasti.

V oblasti primární prevence Akčního plánu jsou definovány především tyto cíle:

- Účinná koordinace primární prevence s jasně vymezenými kompetencemi subjektů participujících v oblasti primární prevence
- Dostupné kvalitní a efektivní programy PP
- Dostupnost programů cílené PP a včasné intervence zaměřené na nejvíce ohrožené skupiny
- Jednotný sběr dat v oblasti PP
- Pro oblast snižování rizik jsou to zejména tyto cíle:
 - Co nejvyšší podíl aktivních uživatelů drog v kontaktu s pomáhajícími institucemi, které je mohou ovlivňovat směrem k bezpečnějšímu životnímu stylu, k léčbě, k abstinenci
 - Prevence zdravotních poškození způsobených v souvislosti s užíváním drog
 - Snižování počtu injekčních uživatelů drog
- Pro oblast snižování nabídky a prosazování práva jsou definovány zejména tyto cíle:
 - Efektivní zajišťování a odčerpávání maximálního objemu výnosů z trestné činnosti organizovaného zločinu
 - Účinnější postih organizovaného zločinu
 - Zkvalitnění koordinace a spolupráce mezi všemi složkami policie ČR

- Účinná spolupráce mezi policejními a celními orgány v oblasti snižování nabídky OPL a zvýšení úrovně postihu organizátorů nedovolené výroby a obchodu s OPL
- Omezení úniku léků a léčivých přípravků na černý trh
- Zvýšená bezpečnost silničního provozu
- Zvýšený podíl alternativních opatření k trestu odnětí svobody uživatelů drog
- Účinné odhalování nedovoleného dovozu, vývozu a tranzitu OPL a účinné odhalování výroby a distribuce legálních drog orgány celní správy ČR
- Snižování dostupnosti alkoholu a tabáku v obecné populaci a mezi mládeží
- Zvýšení odborné kvalifikace a interdisciplinární přístup pracovníků řešících případy drogové trestné činnosti

Pro oblast Informace – výzkum – hodnocení zmiňujeme zejména tyto úkoly:

- Poskytování komplexních objektivních, spolehlivých a vyvážených informací o užívání drog, jeho dopadech a o realizovaných opatřeních
- Koordinace aktivit v oblasti PR a stanovení hlavních témat komunikace s veřejností na další rok
- Snižování počtu osob užívajících OPL ve věznicích
- Dostupná a úplná data o užívání alkoholu a tabákových výrobků a jejich následků
- Funkční a kvalitní drogový informační systém
- Dostatek kvalitních dat o užívání drog a jeho následcích
- Poskytování informací o užívání drog a jeho následcích
- Včasné varování před novými syntetickými drogami
- Rozšiřování kvalitních dat o užívání drog v ČR a EU, o jeho následcích a trendech v této oblasti
- Hodnocení opatření protidrogové politiky

Z oblasti Koordinace a financování uvádíme tyto úkoly:

- Žadatelé o dotace informování o změně pravidel
- Dostatečný objem finančních prostředků na protidrogovou politiku v rozpočtových kapitolách jednotlivých resortů a VPS
- Aktualizovaný právní rámec pro činnost všech subjektů splňující potřeby současné protidrogové politiky
- Fungující a účinná koordinace
- Jasně definované a vymezené kompetence orgánů státní správy a samosprávy
- Informování a odborně vzdělání pracovníci resortů a krajů v protidrogové politice
- Poskytování dotací kvalitním a efektivním programům protidrogové politiky
- Koordinované poskytování dotací a kontrola jejich používání

Pro oblast Mezinárodní spolupráce jsou stanoveny především tyto úkoly:

- Výraznější zapojení ČR do spolupráce s mezinárodními orgány a institucemi v protidrogové politice
- Zvýšení úrovně vzdělání a informovanosti v oblasti mezinárodní protidrogové legislativy, spolupráce a aktivit
- Zapojení ČR do mezinárodních informačních systémů
- Zajištění přípravy ČR na předsednictví EU v souladu se zvolenou strategií MZV

Celé znění zmíněného usnesení o národní strategii je možné stáhnout na www.drogy-info.cz. Jihočeská strategie a její akční plán vycházejí ze strategie národní. Liší se zejména jemností úkolů a specifikací kompetencí. Její znění je možné prostudovat nebo stáhnout na www.kraj-

jihocesky.cz . Nicméně definuje základní minimální síť služeb v drogové oblasti v Jihočeském kraji.

Do současné sítě služeb v drogové oblasti v Jihočeském kraji patří zejména tyto služby:

Kontaktní centrum v Písku s terénním program v regionu a pobočkou v Milevsku
Kontaktní centrum v Prachaticích, s terénním programem v regionu a pobočkou ve Vimperku
Kontaktní centrum ve Strakonících, s terénním programem v regionu
Kontaktní centrum v Táboře, s terénním programem v Táboře
Kontaktní centrum v Jindřichově Hradci, s terénním programem v Třeboni, J. Hradci a Č. Velenicích
Kontaktní centrum v Českých Budějovicích s terénním programem v Č.Budějovicích a nefarmakologickou složkou substitučního buprenorfinového programu
Terénní program v Českém Krumlově a Kaplici, který zůstal po optimalizaci a zániku místního kontaktního centra
Jihočeský streetwork – terénní program pro službou nepokryté oblasti JČK a terénní program v Českých Budějovicích
Jihočeské substituční centrum – substituční metadonový program
Dlouhodobá léčba v Terapeutických komunitách Němčice, Karlov, Podcestný mlýn, které byly poprvé podporovány jako součást sítě služeb v roce 2004
Krátkodobá a střednědobá léčba včetně možnosti detoxikace v Psychiatrické léčebně (PL) Červený dvůr (podporována jako součást sítě od roku 2003) a PL Lnáře
Detoxikace pro mladistvé byla realizována při Záchytné stanici v ČB
Ambulantní léčba byla poskytována v kontaktních centrech jako další program center a, mimo neevidovaných soukromých ordinací psychiatrů a AT poraden v kraji i v ČB, poskytovala ambulantní léčbu také Poradna drogových závislostí a Poradna v Jindřichově Hradci
Rodičovská skupina Modrá spirála rodičovská skupinová terapie v ČB
Následná péče až na lokální poskytování ambulantní následné péče pracovníky kontaktních center v kraji zcela chybí (od roku 2006 je v provozu Centrum následné péče, které je již součástí minimální sítě JČK)

4.Systém kvality služeb a certifikace v ČR

Od roku 2005 probíhají v ČR certifikace kvality služeb většina programů výše zmíněné sítě služeb má své programy certifikovány. Certifikace kvality služeb proběhla dle existujících Standardů kvality služeb. Tyto standardy se dělí na Obecné a Speciální standardy. Proces certifikací byl realizován a koordinován nezávislou agenturou s cílem stanovit a srovnat standard kvality služeb a nadále vázat finanční prostředky pouze na kvalitou zajištěné programy.

5.Otazníky k oblasti Primární prevence tedy předcházení problému.

Realizace aktivit předcházení drogovému problému je provázeno několika obecnými tématy. A sice odpovědi na otázku komu je primární prevence určena a s ní související smysl prevence? A dále vnímání drogového užívání společností a vliv kulturních a jiných kořenů v ČR. Obě oblasti, jak se ukáže, spolu velmi souvisí.

Pro odpovědi na otázku komu je určena prevence a jaká má být právě dnes je třeba rozdělit škály užívání v dnešní době. Jinak by se nám mohlo stát, že předstoupíme před prakticky se

vším experimentující adolescenty s 10 let starou argumentací, kterou nejen, že mladí nepochopí, ale patrně bude vyhlížet dosti nepravděpodobně nebo lživě.

Škála užívání:

- Abstinence
- Experimentální – jednorázová zkušenost, nejvýše 2-3.
- Rekreační – příležitostné/pravidelné, zakomponované do životního stylu, nepůsobí zdrav./soc. problémy.
- Problémové – dlouhodobé/injekční – heroinu, kokainu, metamfetaminu, může působit vážné zdrav./soc. problémy.
- Závislé – nepřetržité pravidelné, určuje životní styl a působí vážné poškození somatického, psychologického a sociálního zdraví.

Na základě takto rozlišených stupňů užívání můžeme poskytovat správně diferencovanou primární prevenci. Liší se svými cíly. Všimněme si, jak se liší například působíme-li na někoho, kdo ještě nezkusil žádnou nelegální návykovou látku s cílem odradit od experimentu a někoho kdo je jako většina pražské středoškolské mládeže po svých prvních experimentech s marihuanou. Nebudou zde lepším cílem aktivity odrazující od pokračování s experimenty? Dalšími cíly tak mohou být např. snížení frekvenci užívání, snižování rizik spojených s užíváním drog atd..

Smysl primární prevence se také pohybuje mezi předcházením nebo změně chování při užívání drog, snižování náchylnosti jednotlivců k užití drogy, definitivní odrazení od užívání drog, oddálení prvního užití drogy, snížení rizik nebo rizikového chování spojené s užíváním, zastavení mladých v jejich experimentech s drogou atd..

6. Základní přístupy v primární prevenci

2 základní přístupy v primární prevenci

Specifická (vzdělávání o drogách) s cílem podporovat sociálně přijatelné postoje a chování vědomosti, porozumění a způsoby přemýšlení hodnotový systém, názory a postoje, osvojování dovedností (jako je například [návčik odmítání nabízené drogy](#), [návčik odolávání tlaku vrstevníků působící na jedince ve smyslu užití drogy aj.](#)). Funkcí je zde poskytování objektivních informací a rozvíjení specifických dovedností a tím podporovat informovanou volbu. Toto východisko zvyšuje povědomí a porozumění a nabízí příležitost pro diskusi, jež nevede ke stigmatizaci posluchačů. Ve stále větší míře odpovídá současnému stavu užívání mezi dospívajícími, jež se v současnosti stává „normativním chováním“. Nabízí možnost stanovovat realistické a dosažitelné cíle (pravděpodobně i efektivnější). Vychází z teorie deviance a sociologie mladých – tj. snaží se vysvětlit, proč se mladí lidé chovají tak, jak se chovají, místo toho, aby toto chování „pouze onálepkovali“ jako špatné a nepřijatelné. **V této oblasti se nejvíce využívá forem workshopů, seminářů a sebeprožitkových aktivit, návčiků a přehrávání rolí a v neposlední řadě brainstorming.** V celém primárně preventivním působení je nezbytné zohlednit a přizpůsobit preventivní dění a aktivity v návaznosti na věková specifika a ostatní specifika cílové populace (osoby ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, národnostní menšiny, zastoupení pohlaví a věk posluchačů, úroveň vzdělanosti aj.). Dá se stručně shrnout, že za specifickou primární prevencí považujeme vše, co by bez přítomnosti drog ve společnosti neexistovalo. Například fotbalem proti drogám, není v tomto případě specifická primární prevence, protože fotbal bez drog existuje, ale výcvik například ve smyslu odmítání drog je specifická primární prevence, stejně jako peer programy (působení a provádění primární prevence prostřednictvím vrstevníků).

Nespecifická (předávání informací, volný čas) s cílem naprosto a navždy odradit od užívání návykových látek, jednostranné (odstrašující) informace připravené dospělými, zaměstnávání mladých lidí sociálně přijatelnými aktivitami. Funkcí jsou zde (vzdělávací) intervence jasně a jednoznačně podporující cíl naprosté abstinence. Vychází z předpokladu, že užívání drog je jednoznačně špatné a pro společnost nepřijatelné. Jakékoli užívání drog nevyhnutelně vede k závažným zdravotním a sociálním problémům. Vychází z obav rodičů o dobro jejich dětí, z obav politiků ze ztráty kontroly nad skupinou uživatelů drog. Z výzkumů vyplynula řada pochybností o efektivitě tohoto přístupu. Např. tvrzení, že primární prevence selhala, protože mladí přes abstinenci orientovaný přístup v experimentech nebo v rekreačním užívání pokračují. Stručně lze nespecifickou primární prevenci charakterizovat tím, že uvedená aktivita (opět např. fotbalem proti drogám) by existovala i v případě, že by drogový problém neexistoval. Je však nezbytné konstatovat, že nespecifická primární prevence má své nezastupitelné místo a velký význam především v oblasti efektivního využívání a trávení volného času. K tomuto účelu jednoznačně pomáhají a přispívají různé zájmové činnosti, kde svou úlohu hrají školy a školská zařízení, a v neposlední řadě nevládní neziskové organizace. Je však problémem, že děti a mládež, které vyhledávají zájmovou činnost či efektivně využívají volný čas, jsou velmi často bezproblémové a nezapojují se do rizikového chování tak jako osoby nevyhledávající vhodné volnočasové aktivity. Tím je samozřejmě celé působení prostřednictvím volnočasových aktivit značně omezeno, ač v mnoha případech je volný čas a jeho využívání často politiky a laickou a mnohdy i odbornou veřejností hodnoceno jako neefektivnější preventivní dění. Svoji nezastupitelnou roli mají nevládní neziskové organizace a církevní organizace, které mají připravené programy pro děti a mládež trávící volný čas „na ulici“ nebo tzv. „zevláním“. Jedná se především o tzv. sídlištní party, různá uskupení (Huligans, skinheads, punk, ale například i satanisté aj.), ve kterých děti a mládež nacházejí své místo, saturují svou potřebu začlenění se do nějaké vrstevnické skupiny či kompenzují jakýkoliv emocionální deficit například nedostatečné vazby mezi rodičem a dítětem aj.. V této oblasti především působí tzv. streetworkeri (dříve působila i síť sociálních asistentů při okresních úřadech) a v neposlední řadě centra volného času určená pro neorganizovanou skupinu dětí a mládeže. V těchto centrech je pak možné další působení za účelem zefektivnění využívání volného času, čímž se snižuje riziko začlenění se do rizikové kolektivy či započítání vlastního rizikového chování a jednání (organizování výletů, hraní divadla a dalších aktivit, které vytvářejí sami pro sebe). Své nezastupitelné místo v oblasti nespecifické primární prevence představují programy zážitkové pedagogiky, které jsou aplikovány ve formě tzv. „Go programů“ či adaptačních kurzů při nově vznikajících kolektivech aj.. Těchto programů začínají v posledních letech využívat školy a školská zařízení, avšak stále se potýkají s nedostatkem finančních prostředků.

K čemu jsme se v oblasti programů prevence dopracovali a co by programům prevence nemělo chybět:

- Dlouhodobost
- Systematičnost
- Pestrost
- Interaktivnost
- Zaměření na prožitek
- Jasně definované a měřitelné cíle

Výzvou v oblasti primární prevence je především standardizace poskytované prevence, kritéria výběru pro poskytování nadstandardní prevence, hledání nových témat a přístupů, důraz na

psychologické kompetence preventistů, přepracování a znovu otevření témat rizik legálních drog jakými jsou alkohol a tabák.

7.Vývoj a vznik drogové závislosti

Stručný popis současného stavu problematiky:

Problematika zneužívání drog představuje v současnosti vážný problém, který zaměstnává odborníky mnoha různých oborů. Spotřeba drog dosahuje velmi vysoké úrovně. V České republice je podle odhadu zneužíváno zhruba osmdesát druhů chemických látek. Spolu s nárůstem spotřeby drog dochází ke vzrůstu různých společenských a zdravotních problémů.

Dnešní stav v oblasti problematiky drog je stále velmi neuspokojivý a lze očekávat zvětšování a prohlubování problému. Droga se v České republice stává něčím "normálním" a jakýmsi symbolem svobody a vlastní volnosti. K tomuto faktu stále více přispívají některé nevhodné aktivity, jakými jsou například negativní vliv médií, spolků a sdružení usilující o legalizaci marihuanových drog, nedostatečnou protidrogovou prevencí v obecné populaci, nukleární rodině a dalšími vlivy. Jako velmi nebezpečný a nezbytný k okamžitému řešení je stálý věkový pokles prvokonzumentů (experimentátorů) drog. Velmi neuspokojivým faktem je stálý nárůst užívání kanabinoidů, tzv. tanečních drog jako je extaze a LSD a snižující se věk prvokonzumentů drog. Riziko vzniku závislosti na drogách je nejvyšší u mladých lidí. V roce 1996 tvořili mladí lidé ve věku od 15 do 24 let 75 % skupiny uživatelů drog. Podíl mužů a žen se začal vyrovnávat, i když muži stále převažují.

EMCDDA označila data, která ukazují, že věk prvního experimentu s drogou je nižší u dívek než u chlapců. Tento problém může být výsledkem skutečnosti, že dívky mají starší partnery, kteří je mohou povzbudit k počátku užívání. Problém zneužívání drog má nezanedbatelné celospolečenské a ekonomické dopady pro celou společnost.

Základní vymezení pojmů:

Abstinence - vyjadřuje jednání, které vede ke zdržení se užívání návykových látek z důvodů zdravotních, osobních, sociálních, náboženských, morálních, právních či jiných. Kdokoliv abstinuje, může být nazýván abstinent. Termín současný abstinent, neboli current abstainer je definován jako osoba, která neužívá žádnou látku po určité období, např. 3, 6 nebo 12 měsíců(5).

Experimentátoři - jsou osoby, jež zkusily, ať již jednorázově nebo opakovaně, užít nějakou ilegální drogu. Závislost u nich není vyvinuta, droga nezasahuje do jejich sociálního fungování a dosavadního způsobu života. Tito lidé jsou stále schopni pravidelně docházet do zaměstnání nebo do školy, nemají hlubší konflikty s rodinou ani s jinými dospělými autoritami a mohou mít kamarády, kteří sami drogy neberou.

Vybrané teorie vzniku drogové závislosti:

V současné době jsou popsány teorie vzniku drogové závislosti, kdy např. P.Bém, K.Kalina hovoří o bio-psycho-sociálním modelu vzniku drogové závislosti, kde autoři hovoří o vztazích mezi drogou, uživatelem a prostředím (viz schéma 1, 6).

Tento model však je také znázorňován jako model člověk – droga – prostředí (schéma 2). Podle tohoto modelu jsou rozděleny rizikové faktory v oblasti osobnosti (člověk) na vnitřní a vnější. Vnitřními faktory jsou míněny především biologické dispozice a poruchy osobnosti. Vnější faktory zahrnují prodrogové společenské postoje a společenský stres, neurotizující vlivy, prostředí jedince, dostupnost drog, společenskou dislokaci a v neposlední řadě partu a volný čas, brzký začátek experimentování, stejně jako chybné vnímání škodlivosti drog či neadekvátní sociální vazby. Droga v tomto schématu zobrazuje vlastní účinky drogy, její schopnost vyvolat závislost a v neposlední řadě její dostupnost. V úrovni prostředí se jedná o takové stavy jako je historie užívání drog v rodině či vrstevníky, vliv sociální interakce, abúzus drog rodiči, sourozenci či vrstevníky, nedostatečná vazba mezi rodičem a dítětem, prodrogové společenské normy aj..

V posledních letech se tento model rozšířil o dimenzi existenciální/spirituální bio - psycho – sociálně – existenciální (schéma 3), kde se již nejedná o vzájemné působení v trojúhelníku nýbrž se již jedná o působení ve čtverci, kde jsou jednotlivé faktory navzájem propojené. Dimenze biologická mimo jiné hovoří o tom, že se podařilo identifikovat důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony. Do značné míry byly prozkoumávány procesy neurotransmisí informací účastníci se na presynaptické a postsynaptické úrovni. Drogy zde provádějí hluboké změny. Jednotlivé typy drog navozují různorodé změny kognitivních funkcí, afektů a chování.

V dimenzi biologické jsou obsaženy biologické změny v chemismu mozku a procesech se sdružují s dalšími poruchami nálady a emocí. Negativní psychologické důsledky drogové závislosti zahrnují často nízké sebehodnocení, zlost, grandiozitu a mimo jiné i zášť vůči ostatním. Důsledky psychologické dimenze mohou být hostilita, výrazná sebelítost a přecitlivělost, nedostatek sebevědomí, nízká frustrační tolerance včetně různých obav a poruch osobnosti. Tento negativní soubor důsledků užívání drog není tak důležitý jako negativní řetězce, do kterých se důsledky mohou spojovat a které paradoxně udržují vzorce nadměrného užívání drog, ze kterých vznikly. Tím provokují chování klienta k dalšímu vyhledávání a konzumaci drog, čímž obtíže a vlastní závislost vzrůstají a dochází k podstatnému zvyšování tolerance drogy.

V dimenzi sociální se jedná o osoby experimentující či již drogově závislé, které se musí potýkat s narůstajícími sociálními problémy. Nejprve trpí systém blízkých osobních vztahů, které podporují a posilňují zdravý vývoj a fungování. Manželství a vztahy osob drogově závislých jsou často narušovány frustrací, zlostí ústící v nenávisť, strachem, zklamaným očekáváním, pocity viny, lítostí, depresi a pronikavými pocity beznaděje a bezmoci. Tento intenzivní emocionální stres a nespokojenost jsou charakteristické pro většinu vztahů závislých osob a také často vedou k dalšímu užití drogy, která na počátku problémy ve vztazích způsobila a ve které postižení hledají úlevu. Dalším z důsledků je ztráta dovedností potřebných k pojmenování problémů ve vztazích, k řešení manželských konfliktů a k udržení intimních vztahů. Tyto problémy však nejsou jedinými sociálními důsledky. Samozřejmě, že užívání drog přímo souvisí s potížemi v zaměstnání, finančními problémy, rozpory se zákonem, narušením či rozbitím přátelství, zadržením a uvězněním, odmítání společností a jiné formy sociální stigmatizace, pokles sociálního statutu, problémy s přijetím identity a sociálních rolí, ztráta společenského postavení.

Dimenze existenciální (spirituální) se zabývá duchovním vývojem člověka. Užíváním drog se klient dostává do velmi intenzivních pocitů odcizení, izolace a prázdnoty, včetně ztráty smyslu a účelu života. Morální hodnoty se mohou zkomplikovat nevypočitatelným chováním, nutkáním a motivací k intoxikaci. V této souvislosti se dají klienti přirovnat k "lodi bez kormidelníka". Nic mimo drogy nemůže naplnit klientovu prázdnotu. Prostřednictvím drogy nahrazují svá "strádání", přičemž toto řešení je vždy krátkodobé a krátce po něm následuje ještě větší stres, kterým se klienti nezabývají, vzhledem k tomu, že tuto nově vzniklou situaci

opětovně řeší aplikací drogy. Tím vzniká okamžitá úleva, která ve svém důsledku vede k tomu, že se rozhodují a jednají v rozporu se svými zájmy a mnohdy i přesvědčením.

Tento model je poslední době stále více potvrzován v praxi, protože se v posledních letech ukazuje, že i z funkčních rodin se rekrutují děti, mladiství a mladí dospělý experimentující či užívající ilegální drogy.

Hlavní formou snižování závislostí ve společnosti je provádění primární prevence, jejímž cílem je eliminovat rizika vzniku drogového experimentu či pozdější závislosti. Základním východiskem je potlačování rizikových faktorů a zvyšování míry protektivních (ochranných) faktorů. Samozřejmě, že nelze opomenout provokující faktory. Ty mohou být výrazným podnětem pro vlastní experiment s drogou. Jedná se především o podněty jako je zvědavost, neumění řešení problémů, únik z bezvýchodné situace, zlepšení nálady či výkonnosti, nuda a jistě v neposlední řadě i potřeba upozornění na sebe nebo potřeba obstát v partě.

Zneužívání ab/usus drog.

Podle definice Mayovy nadace pro vzdělávání a výzkum rozumíme zneužíváním drog konzumaci jakékoliv drogy (omamné či psychotropní látky) za účelem, který se liší od účelu, který byl původně zamýšlen ve způsobu přiměřené konzumace a množství konzumované látky. Závislost na drogách, jako každá nemoc má své předstupně a svá logická stádia vývoje. Obecně zde platí pravidlo stejné jako u každé jiné nemoci a to, že každá nemoc je snáze léčitelná a zvládnutá v návaznosti na stádiích vývoje nemoci. Stejně je tomu i tak u vývoje drogové závislosti, čím je dřívější záchyt a léčba v oblasti drogové závislosti je přímo závislý na hloubce a rozvoje závislosti.

Stádia užívání drog:

1. Stádium - experimentování:

V tomto stádiu začíná jedinec užívat drogu v prostředí druhých osob a to především za předpokladu, že je jedinci droga nabídnuta. Tímto způsobem poznává první účinky drogy a její časté euforizující účinky. Většinou se tak děje z důvodů zvědavosti, touhy po neobvyklých zážitcích a na základě vlastního rozhodnutí. Samozřejmě, že neopomenutelnou součástí je interakce jedince, který s drogou experimentuje, se svými vrstevníky. Droga totiž nejčastěji je nabízena kamarády a případně spolužáky, tedy osobami pro experimentátora blízkými. Samozřejmě nelze opomenout ani takové faktory, jako je nuda, potlačení jakéhokoliv nedostatku (např. zvýšení výkonnosti, odstranění či zmírnění osobnostního handicapu aj.). V tomto stádiu užívání drog se nejedná o takové závažné užívání, které by narušovalo zdraví jedince či návazně jedincovu pracovní způsobilost. Finanční nároky v tomto stádiu jsou poměrně nízké a mnohdy nijaké, protože droga je jedinci většinou bezplatně nabídnuta. Vzhledem k tomu, že se jedná o první zkušenosti s drogou, nemůžeme ani očekávat zásadní vliv drogy na emocionální sféru. Rizikem však zůstává samotný velmi častý euforizující účinek drogy, který může jedince zaujmout a tak jej motivovat k dalšímu užití.

2. Stádium - aktivního vyhledávání:

Toto stádium jak už samotný název vypovídá je o vyhledávání drogy s následnou konzumací. Od předchozího stádia se jedná o výrazný posun jedince k užívání drogy a to například

z důvodu účinků drogy, které jedince oslovily natolik, že začal drogu sám aktivně vyhledávat. Velmi častým jevem je sdružování s dalšími uživateli drog a tím dochází k postupnému a plynulému vyčleňování se z původního prostředí osob a mnohdy i omezování původních zájmů. Zásadním posunem je fakt, že osoba v tomto stádiu začíná drogu aktivně vyhledávat a začíná tvořit své vlastní zásoby drog či budovat zdroje, ze kterých je možné drogu získat. Na základě tohoto se začíná s ostatními osobami ve svém okolí o drogu dělit a vyhledává užívání drog často v návaznosti na prostředí (diskotéky, herny, bary, kluby aj.). Jedinec začíná za drogy dávat finanční prostředky, avšak nejedná se ještě o výraznou finanční náročnost, která by přinášela ekonomické dopady pro jedince (zadlužování, krádeže aj.). V tomto stádiu je většinou ještě nenarušeno zdraví jedince, ale užívání drog s sebou nese první tzv. „kocoviny“ a „dojezdy“. Tyto stavy však mohou již způsobovat jedinci lehkou formu neserióznosti a nespolehlivosti ze strany ostatních osob či zaměstnání. Dochází těmito stavy například k pracovním výkyvům jedince, ne které okolí bezesporu reaguje. Z hlediska emocionální a pocitové úrovně a komfortu dochází k narušení tohoto stavu, protože pocity slasti a radosti jsou dodávány mnohdy právě a hlavně prostřednictvím jakékoliv drogy.

3. Stádium – zaujetí drogou:

V tomto stádiu jedinec poměrně výrazně mění své postoje, oproti původnímu prostředí a chování, které jedinec měl před kontaktem s drogou. Spotřeba drog narůstá a tím se i zvyšují vydané finanční částky za koupené drogy. Zvýšeným užíváním drog se objevují problémy v oblasti výživy a objevují se poruchy spánku. V návaznosti na vyšší kontakt s drogou začíná často měnit svůj vzhled a celkový zevnějšek se stává postupně neupravený. Pokračují častější „dojezdy“ a „kocoviny“ a serióznost a spolehlivost začíná být významně zpochybněna. K tomuto přispívá i stav neúměrného vydávání finančních částek za drogy. Objevují se první dluhy a to často u osob velmi blízkých. V souvislosti s vysokou mírou konzumace návykových látek a tělesně nepříznivé stavy dochází k výrazně horším výkonnosti a objevují se výpadky. Proto je takováto osoba často konfrontována se svými nedostatky, které opakovaně řeší prostřednictvím drogy. V emocionální oblasti je zjevné kolísání a střídání nálad, které vedou k dalším sporům a nesrovnalostem v okolí uživatele (rodiče, zaměstnavatel, blízké autority a další osoby). Svým celkovým jednáním a chováním se objevuje výrazné odcizení až úplné distancování od původního prostředí z období, kdy neužíval drogy. Objevují se první pokusy jedince o přerušování kontaktu s drogou, které však často právě z důvodu zvýrazněné nepohody způsobené odnětím začíná opět řešit pomocí drog. Tímto se tyto pokusy stávají neúčinné.

4. Stádium – závislosti:

Osoby v této fázi jsou již plně obklopeny samotnými uživateli drog a dochází k upevňování postoje, které se projevuje nejčastěji tvrzením, že všichni berou drogy a že na tomto jednání nic špatného není. V tomto období je velmi výrazná lživost a následná zadluženost, která jedince nutí k dalším činům za účelem obstarání prostředků na drogy, jako jsou krádeže a v neposlední řadě i prodej drog. Drogu začíná užívat i sám, bez společnosti ostatních uživatelů a dávky jsou stále zvyšovány za účelem uspokojení své „emocionální“ potřeby – euforie. Zde jsou dávky již velmi vysoké, což se plně promítá opětovně do ekonomické roviny a páchání trestné činnosti. Zdraví je již narušeno fyzickými a v neposlední řadě i duševními problémy. Zevnějšek je velmi neupravený a jsou značně nespolehliví. V tomto stádiu velmi často přestávají plnit povinnosti a dodržovat sociální normy a z těchto důvodů následně ztrácejí práci. Tím se zvyšují finanční problémy. V této době osoby berou drogy z důvodu, aby se cítily normálně. Tento stav pocitového diskomfortu je často podmiňován vnitřními pocity viny, které opětovně překonává

prostřednictvím drogy. Osoba v tomto stádiu je plně zaujata drogou a droga se pro něj stala „ústřední“ záležitostí v jeho životě.

7. Vývojové stupně užívání drog:

Tyto vývojové stupně do značné míry souhlasí se stádii užívání drog, avšak se v některých aspektech velmi významně liší.

1. Příležitostné-experimentální užívání drogy:

Jedná se o sporadické užívání drogy, které je většinou náhodné (zřídka). Neobjevuje se častěji než cca 5x za život. Jedná se většinou o experiment, tedy ochutnání drogy. Toto užití drogy velmi často provází a umožňují určité tzv. úvodní podmínky, kterými nejčastěji je kombinace mnoha faktorů, které jsou blíže specifikovány v předešlé části tohoto článku – vývoj drogové závislosti v návaznosti na uvedená schémata v příloze. Jedná se tedy o výjimečné užití drog, kterými jsou nejčastěji konopné drogy. Experimentování s drogami probíhá nejčastěji od období puberty do cca 23 let. Mnohdy je experiment považován společností (především vrstevníky) za něco normálního, avšak přináší s sebou i významná rizika, kterými mohou být různá traumata a způsobené úrazy v důsledku intoxikace drogou (především halucinogeny). Svá rizika představuje i možnost tzv. nezvládnutého experimentu, kde může dojít k předávkování a následně ohrožení na životě a rizikem je i možný přenos infekčních onemocnění (především u injekční aplikace drogy, při které je sdílen injekční materiál a ostatní parafenálie s ostatními uživateli drog).

2. Rekreační užívání drogy:

Osoba v tomto vývojovém stupni užívání drog konzumuje drogu opakovaně, tedy nad rámec experimentu, avšak vlastní užívání drogy je svou četností mírné. Nedochozí zde k vlastnímu nákupu drog, ale nedochází ani k odmítnutí drogy, pokud je nabídnuta. Většinou dochází ke konzumaci při večírcích či v průběhu jiných společenských akcí a dalších příležitostech. Je možné toto jednání hodnotit jistou formou „odreagování“, který je spojený s životním stylem. Způsob chování rekreačního uživatele velmi často souvisí se stereotypem rekreačních aktivit. Tento vývojový stupeň užívání drogy je nejčastější v období od puberty až po 25 rok věku.

3. Příležitostné užívání drogy:

Jedná se o častější kontakt s drogou než je tomu v předchozích vývojových stupních. Výraznou změnou je, že jedinec začíná kupovat drogy sám za účelem jejich užití při určité příležitosti nebo situace. Velmi často se jedná o užití drogy pro povzbuzení, nebo „odpočinek“, aby se vyrovnal s obtížnými situacemi. Mnohdy jsou drogy v neposlední řadě užívány i z důvodu odstranění či zmírnění osobnostního handicapu (dodání si odvahy, zvýšení výkonnosti aj.). V tomto vývojovém stádiu se objevuje „instrumentalizace“ užívání drogy, což znamená, že droga se stává prostředkem či předmětem například relaxace jedince. Jedná se už o

„zvyk“ který je již určitou formou patologického stavu/nemoci a tak i hrozbou/počátkem rozvíjející se závislosti. Nemůžeme zde mnohdy hovořit o rozvinuté fyzické závislosti, ale spíše o závislosti psychické. Příležitostné užívání drogy je časté pro osoby od puberty až po cca 30 rok věku.

4. Intenzivní užívání drog:

V tomto vývojovém stupni užívání se jedná o velmi časté braní drogy. Tím se výrazně snižuje kontrola nad vlastním užíváním. Droga je užívána při stále obvyklejších příležitostech a tak se jedinec pomalu dostává do stádia každodenního užívání drogy. V této době se sám pro sebe udržuje v iluzi, že je schopen své jednání kontrolovat a že má drogu pod kontrolou a že může s drogou kdykoliv přestat. Bohužel toto není reálný stav problému. Jedná se velmi často o jakési sebeobraně jednání a myšlení, které nekoresponduje s reálnými možnostmi samotného uživatele. V průběhu předchozích vývojových fází užívání drog došlo k rozvinutí nemoci a zde již můžeme bezesporu hovořit o návyku na drogy. V této době je nezbytná odborná pomoc a odborné vedení léčby a motivačního tréninku. Nejčastěji se objevuje u uživatelů ve věku od puberty po cca 35 let.

5. Nucené (závislostní) užívání drog:

Osoba v tomto vývojovém stádiu je nucená užívat drogu denně a to velmi často i vícekrát denně. Užívání drog je pro jedince nezbytnou součástí dne, protože již není možné být bez drogy. Droga se stala součástí denní potřeby a pokrývá veškeré potřeby, proto je osoba užívající drogy v tomto vývojovém stádiu závislostního užívání nucena stále více riskovat. Toto se projevuje především v oblasti zajištění finančních prostředků na drogy za účelem obstarání si drogy jejím nákupem. Není výjimkou ani vlastní ilegální výroba drog. Jedná se o stav plně rozvinuté závislosti, ze kterého je téměř nemožné se vymanit ze vzniklé závislosti sám bez cizí pomoci. Proto je nezbytná cizí a vysoce odborná pomoc, která je často dlouhodobého charakteru. Jedná se již o rozvinutí chronického onemocnění „závislostí“ a velmi častý je nástup do specializovaného léčebného zařízení nejčastěji pobytovou formou. Toto období závislosti je časté ve věkovém rozmezí od puberty do cca 40 let.

Použitá literatura:

- K.Kalina a kol. - Drogy a drogové závislosti Mezioborový přístup 1 (2002)
- K.Kalina a kol. - Drogy a drogové závislosti Mezioborový přístup 2 (2002)
- J.Radimecký - vybrané přednášky a presentace 2001-2004
- J.Libra (os Podané ruce) - Analýza institucionálního kontextu drogových služeb JČ kraje-návrh minimální sítě drogových služeb Jihočeského kraje
- Š.Schwarc (JČK 2003) – Závěrečná zpráva o stavu ve věcech drog v JČK za rok 2002
- Š.Schwarc (JČK 2004) – Závěrečná zpráva o stavu ve věcech drog v JČK za rok 2003
- Š.Schwarc (JČK 2005) – Závěrečná zpráva o stavu ve věcech drog v JČK za rok 2004
- M.Nerud (JČK 2006) – Závěrečná zpráva o stavu ve věcech drog v JČK za rok 2005
- Radimecký, J., (Ed.), Kormaňáková, B., Solčány, J., Zahálka, M. a Zim, M. (2006) - Analýza situace a potřeb v oblasti léčby a následné péče uživatelů návykových látek v Jihočeském kraji: Závěrečná zpráva. WHITE LIGHT I., o.s. Ústí nad Labem.
- Schwarc, Š., Brejcha, T., Němec, M., (os Prevent 2006) - Závěrečná zpráva ze sondy do drogové scény a analýzy potřeb regionu Jindřichohradecko, 2006
- BEDNÁŘOVÁ, Z. 2003: *Slabikář sociální práce na ulici*. 1. vyd. Brno: Doplněk,104 s. ISBN 80-7239-148-8
- KALINA, K. et al. 2001: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Filia Nova,118 s.ISBN 80-238-8014-4
- KALINA, K. et.al., 2003: *Drogy a drogové závislosti 1.Mezioborový přístup*.Úřad vlády ČR a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti,318S. ISBN 80-86734-05-6
- KALINA K. et.al., 2003: *Drogy a drogové závislosti 2.Mezioborový přístup*.Úřad vlády ČR a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 342s. ISBN 80-86734-05-6
- ROTGERS F. et.al. 1999: *Léčba drogových závislostí*. Přel. M.Hajný,. M.Slátačová. 1.vyd. Praha: Grada Publishing spol. s r.o.,264 s. Přel.z:Treating Substance Abuse.ISBN 80-7169-836-9
- VÁGNEROVÁ M. 2002: *Psychopatologie pro pomáhající profese:variabilita a patologie lidské psychiky*, 3.vyd. Praha: Portál, 444s. ISBN 80-7178-678-0
- ZÁBRANSKÝ T. 2003: *Drogová epidemiologie*. 1.vyd. Olomouc: 95 s. ISBN 80-244-0709-4
- ZÁŠKODNÁ H. 1998: *Psychosociální problémy adolescentů*. 1.vyd. Č.B.: JUZSF,93 s. ISBN 80-7040-306-3

PŘÍLOHY :

Schéma 1 :

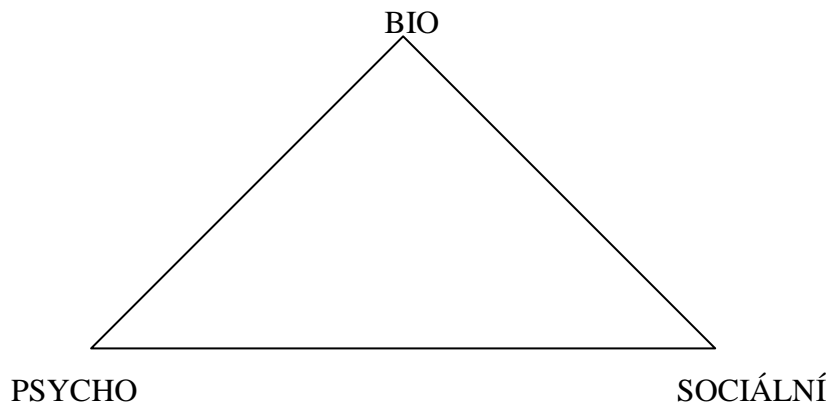


Schéma 2 :

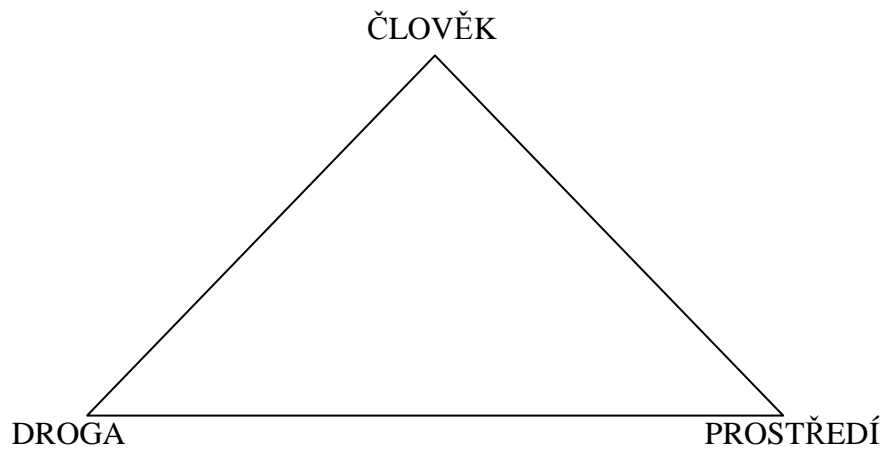


Schéma 3 :

