

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky



**Poruchy správania a emócií ako dôsledok
požívania návykových látok**

Bakalárska práca

Brno 2014

Vedúci bakalárskej práce:
Mgr. et Mgr. Karel Červenka, Ph.D.,

Vypracovala:
Miroslava Michlíková

Prehlasujem, že som túto bakalársku prácu vypracovala samostatne, iba za použitia citovaných literárnych prameňov, ďalších informácií a zdrojov v súlade s Disciplinárnym poriadkom pre študentov pedagogickej fakulty Masarykovej univerzity a so zákonom č. 121/2000 Sb., o práve autorskom, o právach súvisiacich s právom autorským a o zmenách niektorých zákonov (autorský zákon), v znení neskorších predpisov.

V Brne dňa

.....

Podpis

OBSAH

Úvod.....	5
1 Detský vek, obdobie dospievania a poruchy správania.....	6
1.1 Detstvo.....	6
1.2 Obdobie dospievania.....	7
1.3 Poruchy správania a emócií.....	10
1.4 Klasifikácia poruch správania.....	12
1.4.1 Faktory podielajúce sa na vzniku poruch správania.....	15
1.4.2 Dopad problémov v správaní na život dieťaťa.....	16
1.4.3 Prevencia vzniku poruch správania.....	17
2 Drogy a poruchy správania nimi spôsobené.....	18
2.1 Klasifikácia drôg.....	18
2.2 Účinky drôg.....	19
2.3 Subkultúry mládeže.....	20
2.4 Závislosť.....	21
2.4.1 Druhy závislosti.....	22
2.4.2 Faktory podielajúce sa na vzniku závislosti.....	22
2.5 Poruchy psychiky a poruchy správania spôsobené užitím (užívaním) psychoaktívnych látok.....	24
2.6 Drogová prevencia.....	32
3 Praktická časť.....	35
3.1 Výskumná otázky.....	35
3.2 Výsledky dotazníku.....	36
3.3 Výsledky hypotéz.....	43
Záver.....	45
Zhrnutie.....	46
Použitá literatúra.....	47
Zoznam grafov.....	49
Prílohy.....	50

Podakovanie:

Rada by som poďakovala Mgr. et Mgr. Červenkovi, Ph.D., všetkým mojim kamarátom a všetkým respondentom, ktorí sa zúčastnili dotazníku a dokázali sa v ňom vyznať, ako aj mojim rodičom za podporu.

Úvod

Pre svoju prácu som si vybrala tému „poruchy správania a emócií ako dôsledok požívania návykových látok“. Problematiku tejto tématiky som si vybrala, pretože som sa počas môjho dospievania často nachádzala v prostredí mladých ľudí, ktorý užívali ilegálne návykové látky. Sama som mohla pozorovať aké vplyvy má návyková látka na osobnosť človeka. V dnešnej dobe sú návykové látky bežnou súčasťou života nielen každého mladého a dospievajúceho človeka, ale aj niektorých dospelých. Deti sa s návykovými látkami často stretnú prvý krát už vo veľmi mladom veku či už v škole, alebo u kamarátov na byte. A práve vo veku okolo dospievania má každý mladý jedinec potrebu experimentovať s návykovými látkami, čo môže viesť k neskoršiem pravidelnému užívaniu. Cieľom práce je pomocou dotazníkov zistiť veľkosť vplyvu návykových látok na ľudské správanie a ich emócie.

Prácu som rozdelila do 3 častí.

V prvej kapitole sa venujem iba samotným definíciám detského veku a obdobia dospievania, ktoré je najvýznamnejšie práve pre vznik závislosti na návykových látkach. Následne kapitola obsahuje objasnenie, čo sú poruchy správania a emócií ako aj ich rozdelenie, faktory ktoré sa podieľajú na ich vzniku a tiež spôsobu prevencie.

Druhá kapitola je najobširnejšia a zaoberá sa samotnými návykovými látkami. A to ich rozdelením, účinkami, drogovou prevenciou, druhmi závislostí a faktormi podieľajúcimi sa na ich vzniku. Ku koncu kapitoly objasním aké poruchy správania a emócií môžu rôzne skupiny návykových látok vyvolať po dlhodobom, alebo aj krátkodobom užívaní.

Tretia kapitola obsahuje dotazník, ktorý som dala vyhodnotiť 100 respondentom z bežnej populácie, ďalej obsahuje vyhodnotenie hypotéz na základe výsledkov, ktoré mi dotazník poskytol.

1. Detský vek a obdobie dospievania

Detstvo ako aj dospievanie je dôležitým obdobím každého človeka a najviac sa v ňom formuje ľudská osobnosť. Každá prekážka, výzva, úspech aj neúspech sa v dospelosti odrazia na jedincovi. Z tohto obdobia vyplýva ako bude dospelý jedinec vyzerat' a aké budú jeho priority. V tejto kapitole definujem jednotlivé obdobia vývinu jedinca a jeho dospievanie, najväčší dôraz budem klásť na definíciu obdobia puberty a adolescence, lebo práve tieto obdobia sú najrizikovejšie čo sa týka náchylnosti na drogy.

1.1 Detstvo

Detský vek je rozdelený do viacerých období a to od narodenia až po 11 - 12 rokov, čo je začiatok puberty. V tomto období sa z hľadiska vývinu toho stihne udiat' najviac za celý život. Z človeka sa formuje dospelá osobnosť prostredníctvom všetkých zmien a zážitkov čo sa dejú v jeho živote, a ktoré na neho v tomto období najsilnejšie pôsobia.

Kojenecké obdobie

Prvá časť kojeneckého veku sa nazýva novorodenecké obdobie. Je to obdobie do prvého mesiaca života dieťaťa. Kojenecké obdobie je od prvého mesiaca približne do 1 roku života. V tomto období sa toho v ľudskom živote stane najviac čo sa týka aj telesnej aj duševnej stránky. Kojenec dospeje k praktickej inteligencii, začne nadväzovať vzťahy s druhými ľuďmi a pokiaľ má príležitosť tak aj so zvieratami. Celý organizmus aj duševný život dieťaťa je v kojeneckom období najzraniteľnejší, najovplyvniteľnejší ako v kladnom tak aj v zápornom zmysle. (Říčan, 2004)

Batoliaci vek

Je to obdobie ktoré trvá od jedného do zhruba troch rokov. V tomto období sa dieťa stáva samostatnejším, aktívnym subjektom, vedomým si vlastnej inteligencie a svojich možností. Charakteristickým znakom tejto fázy je osamostatňovanie a uvoľňovanie z rôznych väzieb. Je to obdobie prvej emancipácie, ktorá je podmienkou ďalšieho vývoja. Batol'a usiluje o sebaapresadenie, o potvrdenie svojich kompetencií ale aj o zistenie svojich limitov. (Vágnerová, 2008)

Predškolské obdobie

Predškolské obdobie trvá od 3 do 6-7 rokov. Koniec tejto fázy nie je určený len fyzicky, ale predovšetkým sociálne – nástupom do školy. Predškolský vek je stabilizáciou vlastnej pozície vo svete, diferenciaciou vzťahu ku svetu. Tiež je označovaný ako obdobie iniciatívy, dieťa má potrebu niečo zvládnuť, vytvoriť a potvrdiť tak svoje kvality. Ku zmenám dochádza aj v sociálnych sférach, pretože je typický rozvoj vzťahu s vrstevníkmi namiesto rodiny. Aby bolo pre dieťa možné nájsť si miesto vo vrstevníckej skupine, musí sa naučiť presadiť samého seba a spolupracovať. (Vágnerová, 2008)

Mladší školský vek

Dieťa sa nachádza v tomto období vo veku 6-11 rokov. Je to obdobie, ktorého nástup znamená radikálnu životnú zmenu. Začína školská dochádzka. Škola otvára dieťaťu veľmi rýchlo nové obzory, o ktorých nemalo ani tušenie, urýchľuje rozumový rozvoj a učí ho myslieť novým spôsobom. Do života, ktorého náplňou bola doposiaľ len hra, prichádza škola a s ňou aj množstvo povinností. To znamená vyšší nárok na kázeň, schopnosť odložiť zábavu na neskôr, úsilie o výkon aj vo chvíli keď by dieťa radšej robilo niečo úplne iné. Dieťa sa môže sústrediť na osvojovanie základných znalostí a schopností, čo mu môže jedného dňa umožniť plné spoločenské uplatnenie. (Řičan, 2004)

1.2 Obdobie dospievania

Je to prechodné obdobie medzi detstvom a dospelosťou. Vo väčšine literatúr sa uvádza, že je to obdobie vo veku 10 až 20-22 rokov. V tomto období dochádza ku kompletnej premene osobnosti, či už fyzickej, alebo psychickej. Veľa zmien je podmienených biologicky, ale mnohé z nich ovplyvňujú psychické a sociálne faktory. Je to obdobie hľadania a prehodnocovania, v ktorom má jedinec zvládnuť vlastnú premenu, dosiahnuť prijateľné sociálne postavenie a vytvoriť si subjektívne uspokojivú, zrelšiu formu vlastnej identity. (Vágnerová, 2008) Tomuto obdobiu sa budem venovať podrobnejšie, pretože práve v tomto období väčšinou vznikajú závislosti na návykové látky.

Puberta

Toto obdobie sa väčšinou rozmedzuje do obdobia 11 až 15 rokov. Je to obdobie, ktoré je snáď z celého dospievania najdramatickejšie a najzaujímavejšie, lebo jedinec v tomto veku prechádza najväčšou telesnou ako aj mentálnou premenou, kedy prestáva byť dieťaťom, ale začína jeho premena na dospelého človeka. (Říčan, 2004)

Veľký význam pre vývoj všetkých zložiek osobnosti má zamestnanie jedinca vo voľnom čase v období dospievania. Treba napríklad počítať s väčším citovým rozkvyvom, ktorý môže samotné dieťa prekvapiť. Jeho nálady bývajú labilné, nápadne často sa meniace, prevládajú však záporné emócie: mrzutosť, nepokoje, vysoká aktivita následne zasa apatia hraničiaca s depresiou. U citlivejších jedincov sa objavia poruchy sústredenia, ľahká unaviteľnosť, horší spánok, úzkosť. Dospievajúci sám nerozumie tomu čo sa deje a preto hľadá vysvetlenie prirodzene v tom ako sa k nemu správajú ostatní. Občas sa pre dieťa nové protikladné city prejavujú výbuchom deštruktívneho správania, výtržnosťami a násilnosťami. Napriek výraznej citovej labilitate v tomto období stúpa sebakontrola a ubúda citová bezprostrednosť. (Říčan, 2004)

Závislosť na rodičoch klesá už od kojeneckého veku a od predškolského veku sa vytvárajú väzby k vrstevníkom, na ktoré sa dieťa stále viac orientuje. Puberta znamená ďalší krok k samostatnosti. Napriek tomu sú však vzťahy k rodičom stále na prvom mieste. Skupina vrstevníkov, hlavne v škole, ale aj v iných záujmových krúžkoch, má na dieťa stále väčší vplyv. Verejná mienka triedy, alebo inej skupiny, je v tomto veku obyčajne tak silná, že dieťa je ochotné riskovať aj prípadný konflikt s rodičmi len preto, aby bolo v kolektívne populárne, alebo aspoň nevybočovalo. Často krát sa nechá dohnať k jednaniu, ktoré nezodpovedá jeho povahe: opije sa, skúsi drogu, provokuje bezpečnosť, zachová sa bezohľadne k staršiemu človeku. (Říčan, 2004)

Adolescencia

Toto obdobie sa definuje do vekového rozmedzia 15 až 20-22 rokov. Človek sa v tomto veku vyznačuje najväčšou krásou ako aj fyzickou vyspelosťou, je najdychtivejší a najbystrejší. Začína brať svoj život zodpovedne do vlastných rúk, teda

aspoň tak by to vo väčšine prípadov malo byť, i keď sa niekedy stretáme s opakom. (Říčan, 2004)

Vstup do adolescencie je daný predovšetkým dobou, kedy mladý človek telesne dozrieva (u mužov o niečo neskôr ako u žien) a zároveň dobou, kedy si zvolí svoju budúcnosť a začína sa pripravovať na určité povolanie. Koniec obdobia je už oveľa zložitejšie určiť. Individuálne by to mohla byť napríklad prvá výplata, vstup do povolania, ale aj to sa nedá povedať tak jednoznačne, lebo každé povolanie vyžaduje inak dlhú prípravu na jeho uskutočnenie. Dvadsiaty rok sa určil tak nejako dohodou. U vysokoškolákov sa pridávajú tri roky, pretože sa predpokladá, že ekonomická závislosť a žiacka rola ich adolescenciu predlžia. (Říčan, 2004)

Je to predovšetkým obdobie kedy dochádza ku komplexnejšej psychosociálnej premene. Dôležitým sociálnym medzníkom býva napríklad ukončenie profesnej prípravy, alebo voľba ďalšieho štúdia. V tomto období tiež zvykne dôjsť k prvému sexuálnemu styku a zvyknú sa rozvíjať vzťahy medzi vrstevníkmi a to predovšetkým v partnerstve. Zmyslom adolescencie je poskytnúť čas a priestor človeku, aby porozumel sám sebe, zvolil si čo by chcel v budúcnosti dosiahnuť a osamostatnil sa vo všetkých oblastiach. Dospelosť vôbec nemusí byť pre všetkých adolescentov príjemná, môže sa im javiť ako príliš náročná a preto dávajú prednosť predĺženiu prechodného štúdia. Adolescencia býva chápaná ako obdobie voľnosti, kedy má jedinec dostatok slobody, ale minimálnu zodpovednosť. (Říčan, 2004)

Práve toto sú obdobia v ktorých najčastejšie vzniká závislosť. Pokiaľ dieťa nie je vedené k záujmovým činnostiam, k prehlbovaniu svojich záujmov, môže sa začať vo svojom voľnom čase nudiť. To môže viesť k tomu, že sa dieťa dostane do nevhodnej partie, kam sa snaží zapadnúť a ako už bolo spomenuté, často krát je pre to ochotné urobiť čokoľvek. Napríklad vyskúšať aj akúkoľvek drogu, prípadne alkohol, lebo ako sa od začiatku hovorí „len jeden krát to skúsím a viac už nie“. Veľmi často to však nezostane pri „jeden krát“, ale stane sa z toho akási náplň voľného času, čo vedie ku závislosti, z ktorej sa mladý človek len veľmi ťažko dostane. Väčšinou si totiž ani len neprizná, že má nejaký problém a ďalej presviedča okolie a seba, že „má všetko pod kontrolou“.

Niektorí citlivejší jedinci si môžu pomocou drogy riešiť svoje problémy s prvými láskami. Tiež problémy v rodine sú častým dôvodom, lebo dieťaťu sa v tomto

období dospievania zdá, že mu nikto nerozumie a všetci sú proti nemu. Preto by sme mali na dieťa brať v tomto období väčší ohľad, snažiť sa porozumieť všetkým jeho trápeniam a skúsiť mu pomôcť, prípadne mu dať návod ako si môže sám pomôcť inak ako prostredníctvom návykovej látky.

1.3 Poruchy správania a emócií

Poruchy správania a emócií sú v dnešnej dobe veľmi frekventovaná téma. Medzi deťmi, adolescentami, ako aj dospelými sú veľmi rozšírené a často krát ich vznik podmieňuje mimo iné, práve užívanie návykových látok. Pedagóg by mal mať prehľad o najčastejšie používaných termínoch ako aj byť schopný porozumieť lekárskej správam. Preto medzi nasledujúce definície je mimo iné zaradená aj medicínska definícia.

Podľa definície medzinárodnej klasifikácie chorôb sú poruchy správania charakterizované ako opakované a pretrvávajúce, asociálne, agresívne, alebo vyzývavé konanie, ktoré má ráz trvalého správania (aspoň 6 mesiacov). Príklady správania, ktoré je podkladom pre diagnózu, zahŕňajú nadmerné bitkárstvo a terorizovanie, krutosť voči iným ľuďom a zvieratám, ťažké poškodzovanie majetku, podpaľačstvo, krádeže, opakované klamanie, záškoláctvo a utekanie z domu, nezvyčajne časté a veľké výbuchy zlosti a neposlušnosti. Spomínané správanie, ak je dostatočne výrazné, postačuje na diagnózu, ale jednotlivé asociálne činy nestačia. (MKCH)

Definícia združená pre národné duševné zdravie a špeciálne vzdelávanie

Pojem poruchy správania, alebo emócií je výrazom pre postihnutie, kedy sa správanie a emocionálne reakcie žiaka líšia od odpovedajúcich vekových, kultúrnych, alebo etnických noriem a majú nepriaznivý vplyv na školský výkon, ako aj na jeho akademické, sociálne, predprofesné, profesné a osobnostné schopnosti. Súčasne je toto postihnutie:

- niečo viac než prechodná, viac-menej predvídateľná reakcia na stresujúcu udalosť z jeho prostredia

- vyskytuje sa súčasne najmenej v dvoch rôznych prostrediach, z ktorých aspoň jedno súvisí zo školou
- pretrváva aj cez individuálnu intervenciu v rámci vzdelávacieho programu (pokiaľ sa tím odborníkov vo svojom posudku nezhodne na základe histórie daného jedinca, že intervencia bude neúčinná)

Poruchy správania, alebo emócií môžu koexistovať s inými postihnutiami.

Táto kategória môže zahrňovať deti a mladistvých so schyzofréniou, emocionálnymi poruchami, úzkostnými poruchami, alebo inými trvalými poruchami správania a jeho ovládania, pokiaľ majú čiastočný, alebo celkový nepriaznivý vplyv na školský výkon. (Vojtová, 2004)

Bower v roku 1981 definoval charakteristiky dieťaťa s poruchami emócií a správania. Platnosť jeho konceptov potvrdzujú aj súčasné výskumy.

5 charakteristík dieťaťa s poruchou emócií a správania podľa Bowera

1. Neschopnosť učiť sa – pokiaľ ju nemôžeme vysvetliť intelektovými, zmyslovými, alebo zdravotnými problémami...
2. Neschopnosť nadväzovať uspokojivé sociálne vst'ahy s vrstevníkmi a s učiteľmi...
3. Neprimerané správanie a emotívne reakcie v bežných podmienkach...
4. Celkový výrazný pocit nešťastia, alebo depresie...
5. Tendencia vyvolávať somatické symptómy ako je bolesť, strach, a to v spojení so školskými problémami...(Vojtová, 2004)

Základné cieľové skupiny etopedie

Základnou cieľovou skupinou etopedie tvoria všetky deti, deti v riziku porúch správania, deti s problémami v správaní a deti s poruchami správania

1. Deti bez výraznejších problémov v správaní – prax spočíva predovšetkým v preventívnych aktivitách a opatreniach – napríklad sú to preventívne programy sociálne patologických javov, eliminácia ohrozujúcich podmienok v školskom prostredí, atď.

2. Deti v riziku – prax spočíva v preventívnych aktivitách a opatreniach, v diagnostike, v poradenskej práci
3. Deti s problémami správania a s poruchami emócií a správania – prax má ťažisko v intervenciách, diagnostike a v poradenstve.
4. Dieťa s poruchami emócií a správania – prax má ťažisko v intervenciách, diagnostike, v poradenstve a rehabilitáciách. (Vojtová, 2004)

1.4 Klasifikácia poruch správania a emócií

Podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb, poruchy správania a emócií rozdeľujeme na viacero druhov. Nasledujúce definície sú prevažne z medicínskeho hľadiska, ale považujem za veľmi užitočné ich sem dať, lebo špeciálny pedagóg v etopédiách veľmi často spolupracuje s lekárskymi dokumentáciami. Pokiaľ však pedagóg správne rozumie medicínskej interpretácii, môže vďaka tomu nájsť vhodné pedagogické riešenia týchto problémov.

Hyperkinetické poruchy (F90)

Hyperkinetické poruchy (ADD, ADHD) sú diagnostikované vo všetkých vekových kategóriách – od detstva až po dospelosť a má rôzne symptómy podľa veku. Tieto poruchy zahŕňajú chybný vývoj zapríčinený: a) štrukturálnou poruchou mozgu; b) aktuálnym poškodením CNS (traumou, infekciou, hypoxiou); c) chybnou funkciou, t.j. nedostatočnou, alebo nadmernou stimuláciou. (Hort, V. Hrdlička, M. Kocourková, J. Malá, E. akol. 2008.)

Poruchy správania (F91)

Poruchy správania sa prejavujú u 10-15 % detí a adolescentov. Poruchy správania v detstve silno ovplyvňujú kriminalitu v dospelosti. Často sú spojené so spoločenskou kohéziou, socioekonomickou úrovňou a disharmonickým rodinným prostredím (poruchy správania rodičov, antisociálne a kriminálne správanie rodičov, nezamestnanosť, alkoholizmus, rozvody, rodina s veľkým počtom členov). Počet rizikových faktorov je zásadný a čím ich je viac, tým sa zvyšuje riziko poruchy. Poruchy správania sú oveľa častejšie u chlapcov a u potomkov antisociálnych psychopatických dospelých. Poruchy správania zahŕňujú dva zásadne odlišné typy

diagnózy: poruchy so zlou prognózou a poruchy s dobrou prognózou. (Hort, V. Hrdlička, M. Kocourková, J. Malá, E. akol. 2008.)

Zmiešané poruchy správania a emócií (F92)

Obecná charakteristika: kombinácia trvalo vzdorovitého, agresívneho a disociálneho správania s výraznou emočnou poruchou a neurotickými symptómami. Okrem poruch správania je častá úzkosť, fóbia, hypochondria. Ďalej môžu byť prítomné obsesie, kompulzie, alebo derealizácia a depersonalizácia. Pokiaľ sa vyskytuje zreteľne trvalejšie depresívne ladenie, smútok, nezáujem, beznádej striedaná s agresivitou, krádežami, zneužívaním návykových látok a ďalším asociálnym správaním, ide o depresívnu poruchu správania (Hort, V. Hrdlička, M. Kocourková, J. Malá, E. akol. 2008.).

Emočné poruchy so začiatkom špecifickým pre detstvo (F93)

Zväčša sú len zveličením normálnych vývinových trendov, nie sú to kvalitatívne abnormálne fenomény. Primeranosť vývinovému štádiu je kľúčové diagnostické kritérium, ktoré definuje rozdiel medzi emočnými poruchami so začiatkom špecifickým pre detstvo (F 93) a neurotickými poruchami (F40-F48)

Nezahŕňa: poruchu združenú s poruchou správania. (MKCH)

Poruchy sociálneho fungovania so začiatkom špecifickým pre detstvo a dospievanie (F94)

Do tejto skupiny poruch podľa MKCH patrí: elektívny mutizmus, reaktívna porucha príchylnosti u detí, dezinhibovaná porucha príchylnosti u detí. Je to pomerne heterogénna skupina porúch, ktorých spoločnou črtou sú abnormality sociálneho fungovania začínajúce sa vo vývinovej perióde, kde kľúčovou úlohou v etiológii mnohých prípadov majú pravdepodobne prevratné straty a zmeny prostredia. (MKCH)

Sociálna klasifikácia poruch správania

- *Porucha správania so sociálnym základom (disociálne správanie)*

Je to správanie, ktoré sa dá zvládnuť primeranými pedagogickými postupmi za pomoci odborníkov formou poradenskej, alebo prípadne ambulantnej terapeutickej starostlivosti. Problémy sa často viažu na sociálne mikroprostredie dieťaťa a súvisia s jeho vývojovým obdobím. Častejšie sa opakujú kázeňské priestupky, porušovanie noriem býva úmyselné a vo veľkej miere súvisí so vzdorovitosťou, negativizmom. Správanie nie je sprevádzané výraznejšou nenávisťou.

- *Asociálna porucha správania*

Ide o poruchu správania, ktorá má výrazný dopad do sociálnych vzťahov jedinca. Správanie nezodpovedá mravným normám spoločnosti, nedosahuje však ešte úroveň ničenia spoločenských hodnôt.

- *Porucha správania antisociálneho rázu, delikvencia*

Týmto termínom označujeme správanie, ktorým jedinec porušuje právne normy spoločnosti, v ktorej sa nachádza. Správanie je namierené proti spoločenským normám a zvyklostiam, proti spoločnosti. Je trestne stíhateľné ako trestné činy, alebo priestupky. Jedinci s antisociálnym správaním si svoju delikvenciu uvedomujú a zámerne sa správajú spôsobom, ktorý je spoločensky nežiadúci a nechcený. Delikventné deti a mladiství trpia často ďalšími emocionálnymi poruchami a poruchami správania. (Vojtová, 2009)

Školská klasifikácia porúch správania

- Porucha správania vyplývajúca z konfliktu – záškoláctvo, klamanie, krádeže
- Porucha správania spojená s násilím – agresivita, šikana, lúpeže
- Porucha správania súvisjúca so závislosťou – toxikománia, závislosť na automatoch

Klasifikácia podľa Myschkera (1993, in: Hillenbrand, 1999) rešpektuje aj školské aj psychologické hľadisko. Rozdeľuje poruchy správania do štyroch skupín:

- Poruchy správania s externými vplyvmi – patrí sem agresivita, hyperaktivita, porucha pozornosti, impulzivita.

- Poruchy správania s internými vplyvmi – strach, komplex menejcennosti, úzkosť, stráta zájmu o dianie, poruchy spánku.
- Nezreté sociálne vzťahy – zníženie schopnosti koncentrácie, infantilné správanie, ľahká unaviteľnosť, znížená výkonnosť.
- Socializovaná delikvencia – násilnícke správanie, vznetlivosť, nezodpovednosť, poruchy vzťahov. (Vojtová, 2009)

1.4.1 Faktory podielajúce sa na vzniku porúch správania

Na vzniku porúch správania sa podieľa viacero faktorov. Sú to hlavne biologické, psychické a sociálne faktory. Zlúčením týchto faktorov sa zaoberá biopsychosociálny model. Biopsychosociálny model je komplexný a systémový pohľad na vzťahy, ktoré ovplyvňujú zdravie aj chorobu vonku aj vnútri jedinca. Choroba je spôsobená viacerými faktormi a zdravie je udržiavané balanciou medzi nimi. (Raudenská, Javůrková, 2011)

Biologické faktory

Výrazný vplyv dedičnosti (genetických dispozícií), prenatálnych a perinatálnych faktorov, toxínov a infekcií predstavuje genetickú dispozíciu k disharmonickému vývoju a agresívnemu spôsobu správania. Môže tiež ísť o oslabenie, alebo poruchu centrálného nervového systému, ktorá vzniká na báze prenatálneho poškodenia a môže mať podiel na dispozícií nežiaduceho správania. Medzi prenatálne rizikové faktory patria alkoholizmus a fajčenie matky, choroby, užívanie liekov, vplyv infekcií na vývoj plodu, podvýživa matky počas tehotenstva, škodliviny postihujúce plod (rtg lúče, radioaktívne žiarenie). K perinatálnym faktorom začleňujeme predčasný pôrod a pôrodné komplikácie, mechanické poškodenie mozgového tkaniva tlakom, ťahom, poškodenie spôsobené hypotoxiou (nedostatkom kyslíka). Postnatálne faktory delíme na drobné poškodenia mozgu – ADHD, LMD a na veľké poškodenia mozgu – detská mozgová obrna, zápal mozgových blán (meningitída), zápal mozgu (encefalitída), mozgové poškodenie vznikajúce na báze materských krvných doštičiek, poranenia a otras mozgu, mentálna retardácia, epilepsia. (Mosty k rodine, 2010)

Psychické faktory

Zahrňajú schopnosti osobnosti – u mládeže s problémovým správaním sa zistila nedostatočná schopnosť nadväzovať kontakty. Deti a mládež s problémovým správaním majú väčšinou nižšie IQ, ale vyskytujú sa aj deti s asociálnym správaním a nadpriemerným IQ. Tieto deti majú väčšinou problémy, ktoré súvisia so zlyhávaním v škole. (Drogová prevencia v sociálnej práci, 2010)

Sociálne faktory (vonkajšie)

Sociálne príčiny poruch správania: pôsobenie rodiny, školy, vplyv rovesníckych skupín, spôsob trávenia voľného času a vplyv médií. Rodina je naprirodzenejším a najzákladnejším prostredím dieťaťa. Funkčná a harmonická rodina dokáže dieťaťu zabezpečiť komplexný rozvoj osobnosti, dysfunkčná rodina je často príčina poruch správania. Taktiež vstup do školy je jedným z rozhodujúcich činiteľov v živote dieťaťa, tzv. uzlový bod. Výskumy nasvedčujú, že u problémových detí prevláda výrazný nezáujem o školu a učenie. Tieto deti sa neradi učia, treba ich pobádať k učeniu, sú nesústredené, nepozorné, ťažko sa prispôbujú požiadavkam školy, nerešpektujú príkazy učiteľov. (Mosty k rodine, 2010)

1.4.2 Dopad problémov v správaní na život dieťaťa

Dlhodobé problémy správania veľmi ovplyvňujú človeka v bežnom živote a to predovšetkým v troch oblastiach:

- V *individuálnej* – vývoj charakteru určuje popri vekových zvláštnostiach aj priebeh socializácie a edukácie dieťaťa, charakter sa vytvára behom života prijatím hodnôt, noriem a požiadavok sociálneho okolia.
- V *sociálnej* – prostredníctvom sociálnej interakcie sprostredkovávajú dieťaťu druhí ľudia jeho obraz, ukazujú mu, ako sa má vnímať, aký je, čo dokáže; dieťa si interpretuje tieto signály a buduje si na ich základe svoje sebahodnotenie, svoj obraz a podľa neho vstupuje do interakcie so svojim okolím; nedokáže nadväzovať uspokojivé sociálne vzťahy.
- V *životnej perspektive* – problémy so správaním ovplyvňujú školskú úspešnosť a stávajú sa bariérou v dosahovaní takej úrovne vzdelania, ktorá zodpovedá

potencialite dieťaťa; to je často vylučované zo vzdelávania, opakuje ročník, sťahuje sa zo školy do školy. (Vojtová, 2004)

1.4.3 Prevencia vzniku porúch správania

Fázy prevencie majú dve hlavné úlohy, ktoré spočívajú v primárnej prevencii a sekundárnej prevencii. Primárna smeruje ku všetkým žiakom, sekundárna smeruje ku žiakom v riziku.

Primárna prevencia

Cieľom primárnej prevencie je zabrániť vzniku problému. Ide o univerzálnu prevenciu. Univerzálna prevencia pôsobí na všetkých zúčastnených rovnakým spôsobom a rovnakou mierou. Má dva základné stupne:

- *Prvý stupeň* – zavedenie školského poriadku a jasné stanovenie pravidiel v správaní.
- *Druhý stupeň* – zahrňuje univerzálny postup a nácvik správania pri riešení problémových situácií, do ktorých sa žiaci môžu dostať. Ide už o program prevencie rizikového správania. Výukové stratégie preventívnych programov zahrňujú diskusie, videonahrávky so sociálnymi scenármi, hranie rolí, hodnotenie a spätnú vazbu. (Vojtová, 2009)

Sekundárna prevencia

Aktivity a opatrenia sekundárnej prevencie sú určené jedincom, alebo malým skupinám rizikových detí. Už sa nezaoberajú predchádzaniu poškodenia, ale snažia sa odvrátiť poškodenie, ktoré vzniklo pôsobením rizikových faktorov na jedinca. Spočíva prevažne v sprostredkovaní informácií a znalostí potrebných ku podpore jedinca. Realizuje sa prostredníctvom odborného poradenstva, spoluprácou odborníkov z rôznych odborov v prospech zlepšenia životných podmienok jedinca, ďalším vzdelávaním pedagógov, ktorí sa nejakým spôsobom na edukácii jedinca podieľajú. (Vojtová, 2009)

2. Drogy a poruchy správania nimi spôsobené

Droga je akákoľvek látka, upravená surovina nerastného, živočíšneho, alebo rastlinného pôvodu, ktorá je po vstupe do živého organizmu schopná zmeniť jednu, alebo viac jeho funkcií, pôsobí priamo, alebo nepriamo na centrálny nervový systém. Za drogy možno teda považovať všetky prírodné, polosyntetické a syntetické látky, ktoré akýmkoľvek spôsobom aplikované do organizmu môžu za určitých okolností vyvolať chorobný stav – závislosť (fyzickú, alebo psychickú) tým, že účinkujú priamo, alebo nepriamo na centrálny nervový systém. Jednotlivé drogy sa od seba líšia účinkom na psychiku, v dopade na somatické a psychické funkcie, i na intenzite a rýchlosti vyvolania závislosti u konzumenta. (Liba, 2004)

2.1 Klasifikácia drôg

Rozdelenie drôg podľa legálnosti:

- *Legálne*
 1. alkohol – druhá najrozšírenejšia legálna droga
 2. lieky – často podceňované závislosti na psychoaktívnych látkach nie sú o nič menej nebezpečné ako závislosti na nelegálnych látkach
 3. tabak – najrozšírenejšia droga s najzávažnejšími zdravotnými účinkami
 4. prchavé látky – toluén a iné priemyslové rozpúšťadlá, náplne do zapalovačov, benzén, benzín
- *Ilegálne*
 1. halucinogény – šalvia divotovrná, halucinogénne hriby (psilocybin), LSD
 2. konopné drogy – marihuana, hašiš
 3. opiáty – ópium, morfium (morfin), metadon, heroín
 4. stimulancia – amfetamíny, kokaín, crack, pervitín (metamfetamín)
 5. tanečné drogy – extáza (MDMA), GHB

Rozdeleni drog na „tvrdé“ a „mäkké“

- *Tvrde* – toluén, acetón, heroín, morfin, LSD, lysohlávky, kokaín, pervitín, alkohol, extáza, efedrín, kodeín

- *Mäkké* – marihuana, hašiš, kokový čaj, káva, čaj
(drogy-info.cz)

Klasifikácia drog podľa WHO

1. Závislosť od alkoholu
2. Závislosť od opioidov – heroín, morfium
3. Závislosť od kanabionidov
4. Závislosť od sedatív a hypnotík – barbituráty
5. Závislosť od kokáínu
6. Závislosť od iných psychostimulácií – pervitín, amfetamín
7. Závislosť od halucinogénov – lysohlávky, LSD, extáza
8. Závislosť od nikotínu
9. Závislosť od prchavých látok
10. Závislosť od iných návykových látok a kombinovaní látok

2.2 Účinky drôgy

O účinku možno hovoriť v súvislosti s pôsobením drogy na mozog ako riadiace centrum tela a psychiky. Pri dlhodobom užívaní (alebo opakovanom pôsobení) sa účinky prejavujú aj v somatickej oblasti a sú trvalejšie, niekedy až úplne trvalé. Poznáme tri spolupôsobiace účinky.

Účinok euforizujúci

Toto je najzákernejšia vlastnosť drogy, je to účinok ktorý je človekom vnímaný ako euforický. Eufória je stav pri ktorom človek prežíva radosť zo života, je príjemným stavom duševnej a telesnej pohody a vysokého sebavedomia. Dôvodom eufórie býva za normálnych okolností dosiahnutie nejakého cieľu, nasýtenie nejakej potreby alebo nalpnenie nejakej predstavy. Pod vplyvom drôg prichádza pocit eufórie bez účasti človeka samotného, bez cieľavedomej činnosti, bez radosti a šťastia. (<http://zavislosti.webovka.eu/vaud.html>)

Zmocňujúci účinok

Na základe eufórie sa droga postupne zmocňuje človeka. Myslenie a vôľa sa postupne zameriavajú len na získanie drogy, jej konzumovanie a vyhľadávanie miest

kde sa môže jedinec s drogou dostať do kontaktu. Na začiatku človek s drogou iba experimentuje, je to obdobie najväčšej posadnutosti. Vysoká tolerancia na drogu, nadmerné sebavedomie a výroky typu: „Mám to pod kontrolou“. (<http://zavislosti.webovka.eu/vaud.html>)

Zhubný účinok

Spolu s euforizujúcim a zmocňujúcim účinkom drogy, spoluúčinkuje deštruktívny účinok drogy. Každá droga významne ovplyvňuje čas prežitia človeka. Napríklad alkohol skraca život aj o viac ako 24 rokov, fajčenie o 14 rokov, marihuana o 30 a heroín dokonca až o 45 rokov. Závislosť na drogách človeka najskôr vyradí z rodinného života, neskôr z pracovného a v konečnom dôsledku ho sama zabije. (<http://zavislosti.webovka.eu/vaud.html>)

2.3 Subkultúry mládeže

Časté uvoľňovanie rodinných väzieb v nefunkčných rodinách a celkové oslabenie sociálnych väzieb mladých ľudí v postindustriálnej spoločnosti vedie k tomu, že si niektoré vrstevnícke skupiny mládeže vytvárajú svoje vlastné, na prvý pohľad nezávislé ideológie, ktoré môžu byť živnou pôdou delikventného správania. Istá časť mladých ľudí má k dobrému spoločenskému uplatneniu jednoduchší prístup ako iná skupina mladých ľudí. Rizikovou skupinou sú deti narodené málo kvalifikovaným rodičom, deti o ktoré rodičia málo dbali, deti žijúce na preľudnených perifériách veľkomiest, deti dochádzajúce len nepravidelne do nepríliš dobrých škôl. Pre istú časť dospievajúcich sú ciele stredných a vyšších vrstiev takmer nedosiahnuteľné. Novinkou je, že ciele bohatších skupín sú dnes vnucované mladým aj dospelým ľuďom všetkých vrstiev pomocou médií a reklám. Cesta za bohatstvom a mocou je ale veľmi namáhavá – a je omnoho jednoduchšia pre toho, kto sa narodil do rodiny disponujúcej nie len finančným, ale aj sociálnym kapitálom. Spoločensky hadikepovaní mladí ľudia, ktorí potrebným finančným ani sociálnym kapitálom nedisponujú, si hľadajú náhradné cesty, rýchlejšie vedúce k zdanlivo rovnakému cieľu – spoločenskému úspechu. (Matoušek, Matoušková, 2011)

- *Drogová subkultúra* – typické pre nich je holdovanie alkoholu, drogám a sexuálnej promiskuite. Prostriedky získavajú žobraním, pôžičkami, drobnými

krádežami, alebo predajom drôg. Užívanie drôg a kriminalita sú množiny s veľkým prienikom aj u tých ľudí, ktorých trestná činnosť nespočíva v nedovolenom obchodovaní s drogami, či v nedovolenom držaní drôg.

- *Rasistická subkultúra* – táto subkultúra ma blízko k subkultúre násilia. Líši sa od nej prepracovanejšími ideológiami aj tým, že rasizmus ako hnutie má svoje dejiny.
- *Subkultúra pseudonáboženská* – satanisti sú u nás považovaní skôr za náboženskú sektu, ale v skutočnosti sektou nie sú, pretože ich učenie nemá systematickú povahu a nie je výsledkom revízie niektorého z tradičných náboženstiev. Taktiež nemajú žiadneho autoritatívneho vodcu, ani žiadnu vnútornú štruktúru – existujú ako rozdrobené, neprepojené skupiny. (Matoušek, Matoušková, 2011)

Niektoré špecifické rizika návykových látok u detí a dospelých v porovnaní s dospelými:

- vyššie riziko ťažkých otráv
 - rýchlejšie sa vytvára závislosť
 - zaostávanie v psychosociálnom vývoji
 - vyššie riziko nebezpečného jednania po vplyve návykovej látky
 - návykové problémy sa u dospelých spájajú častejšie s ďalšími komplikáciami, ako je zlyhanie v životných rolách, trestná činnosť atď.
- (Hort, V. Hrdlička, M. Kocourková, J. Malá, E. akol. 2008.)

2.4 Závislosť

Je to súbor príznakov, ktoré vznikajú následkom pôsobenia príslušného podnetu na organizmus alebo psychiku človeka. Príznaky závislosti sa aktivizujú pri oslabení pôsobenia podnetu, ale najmä pri jeho absencii. Závislosť môže mať podobu potreby, kde podľa druhu potreby je možné vymedziť tri skupiny závislosti. (Liba, 2001)

- *necestinné (nevyhnutné)* – obvykle ide o biologické potreby (potrava, životné prostredie, pohyb)

- posibilné (možné) – profesie, činnosti, osôb, spoločenských podmienok
- obsedantné (nutkavé) – môžu byť v norme, alebo v subnorme (koníčky, záujmy, pôžitky, alkohol, drogy). (Liba, 2001)

2.4.1 Druhy závislosti

Závislosť fyzická

Hovoríme o nej vtedy, keď organizmus už drogu zahrnul do svojej látkovej výmeny. Mechanizmus vzniku fyzickej závislosti spočíva v prispôbovaní sa organizmu novej úrovni homeostázy v dôsledku konzumovania drogy a reakciami na porušenie tejto novej homeostázy. Fyzická závislosť sa viaže na látkovú premenu, reguláciu prenosu vzruchov, inhibíciu alebo stimuláciu biorytmov, sexuálnu oblasť. Pokiaľ konzument telu drogu nedodá, organizmus začne protestovať formou abstinenčného syndrómu. (infodrogy.sk)

Závislosť psychická

Vzniká na všetky drogy a môžeme ju charakterizovať ako „neodolateľné nutkanie“ a potrebu pokračovať v konzumácii drogy. Ide o zmenu duševného stavu subjektu následkom opakovaného podávania drogy, ktorá je sprevádzaná rôzne intenzívne vystupňovanou túžbou opäť drogu užívať, napriek tomu, že konzument vie o rizikách dopadu na svoje zdravie. Pri tomto druhu závislosti jedinec stráca záujem o všetko iné, čo s drogou nesúvisí. Závislosť psychická sa viaže na racionálnu, emocionálnu, behaviorálnu oblasť, sexuálnu oblasť z hľadiska prežívania. (infodrogy.sk)

2.4.2 Faktory podielajúce sa na vzniku závislosti

Biologické faktory

Za biologické faktory môžeme považovať niektoré problematcké okolnosti počas tehotenstva matky – napríklad či matka bola počas tehotenstva alkoholička, alebo toxikomanka a či sa plod takto stretával s účinkami návykových látok ešte pred narodením. Taktiež ďalším faktorom biologickej závislosti môže byť samotný priebeh pôrodu. Či boli počas pôrodu podané matke psychotropné, alebo tlmivé látky, čo ovplyvňuje neurobiológiu jedinca a taktiež psychomotorický vývoj jedinca v pôrodnom

období, prítomnosť tráum, ochorení a ďalších obmedzujúcich a traumatizujúcich faktorov. (Kalina, 2003)

Psychické faktory

Ide o skúmanie tzv. psychogénnych vplyvov a faktorov, ktoré môžu byť už aj v prenatalnom období. Nejde o biologické faktory, ale o faktory, ktoré nejakým spôsobom ovplyvňujú psychiku plodu. Napríklad pokiaľ žena berie tehotenstvo ako stresovú záležitosť, prenášajú sa informácie o tomto strese aj na plod. Významným faktorom sú ďalej aj úroveň postnantálnej starostlivosti a to harmonická starostlivosť o dieťa, ako aj podpora v období dospievania, v kríze hľadania identity a adekvátne pomoc v prípade objavujúcich sa rôznych duševných chorôb ako napríklad depresia, prípadne úzkosť. Práve neadekvátne pomoc pri týchto chorobách býva príčinou neskoršieho užívania návykových látok ako spôsob sebamedikácie. (Kalina, 2003)

Sociálne

Tieto vplyvy zahŕňajú širokú škálu okolností ako je rasová príslušnosť, spoločenský status rodiny, úroveň sociálneho zaistenia a prostredie v ktorom jedinec žije. Inak formuje človeka život na dedine a inak vo veľkomeste. Dospievanie sa deje v procese sociálneho učenia, na ktorom sa podieľa predovšetkým rodina so svojimi pravidlami, mýtami a morálkou. V dnešnej dobe sa stále viac rozpráva o rozpade rodín, o nedostatku času dospelých pre mladých o absencii rituálov pozitívne formujúcich mladého človeka. Mladiství preto v dnešnej dobe často hľadajú vzory mimo rodinu. Vyhľadávajú silných jedincov, alebo skupiny, ktoré im dajú pocit prijatia, súdržnosti a smerovanie k nezávislosti. Špecifickejšia situácia nastáva pokiaľ je dieťa v rodine vychovávané v tesnej blízkosti závislej osoby. Je konfrontované s braním drog či s alkoholom ako s normou. (Kalina, 2003)

Spirituálne

Rizikovým faktorom v tejto oblasti býva absencia zmyslu života, duchovných hodnôt a duchovnej autority. (Kalina, 2003)

2.5 Poruchy psychiky a poruchy správania spôsobné užitím (užívaním) psychoaktívnych látok

Táto kapitola obsahuje poruchy rozličnej závažnosti a klinických foriem, ktorých spoločným znakom je súvis s užívaním jednej, alebo viacerých psychoaktívnych látok získaných na lekársky predpis, ale aj bez neho.

Medzinárodná klasifikácia chorôb

F10- Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím alkoholu

F11- Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím opiátov

F12- Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím kanabinoidov (marihuana, hašiš)

F13- Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím sedatív alebo hypnotík

F14- Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím kokaínu

F15- Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím iných stimulujúcich látok vrátane kofeínu

F16- Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím halucinogénov

F17- Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím tabaku

F18- Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím prchavých rozpúšťadiel

F19- Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím viacerých drog a iných psychoaktívnych látok

Psychické a somatické zmeny, ktoré sú dôsledkom psychoaktívnych látok

Závislosť na psychoaktívnych látkach mení psychické prejavy ako aj celú osobnosť jedinca. Dlhodobé užívanie látok môže viesť až ku psychickým zmenám, ktoré sú vyvolané poškodením mozgu. Zmeny psychiky môžu byť rôzne a dajú sa zhrnúť do nasledujúcich bodov:

- Emocionálne prežívanie – býva deformované, citové reakcie nie sú vždy primerané vyvolávajúcemu podnetu. Ľudia, ktorí užívajú drogy bývajú

labilnejší, dráždivejší, zo sklonom k extrémnym citovým reakciám aj poruchám citového ladenia. Časté býva vzťahovačné až paranoidné ladenie, celková anhedónia, úzkostná či depresívna nálada.

- Zmeny v oblasti kognitívnych procesov – dlhodobé užívanie návykových látok zhoršuje schopnosť koncentrácie pozornosti, pamäťovej funkcie a mení spôsob myslenia.
- Zmena motivácie a hodnôt – závislý človek má inú hierarchiu hodnôt, ktorá ovplyvňuje aj jeho jednanie. Nemá dostatok vôle k prekonaniu problémov spojených s abstinenciou, nebýva schopný potrebného sebaovládania. Jedinec závislý na drogách nemyslí na budúcnosť, neplánuje ju a nechce o nej vedieť. Je sústredený iba na prítomnosť.
- Zmena správania – pod vplyvom drogy môže byť človek bude aktivizovaný, alebo naopak v útlme, neschopný akejkolvek aktivity. Niektorý závislí drogu potrebujú len aby boli schopný akejkolvek činnosti. Dochádza ku zhoršeniu výkonnosti, čo sa prejavuje hlavne v práci, prípadne v škole.
- Zmena životného štýlu – životný štýl závislého človeka je výrazne zredukovaný iba na jednoduchý stereotyp. Cieľom dňa býva získanie drogy, jej užívanie a následné opakovanie týchto úkonov. (Vágnerová, 2012)

Zneužívanie drog, alkoholu a násilné správanie sa často kombinujú a to hlavne u mladistvých. Násilne sa správajúci mladí jedinci majú častejšie ako starší, ktorí sa násilne nesprávajú, duševné poruchy, alebo ochorenia, užívajú drogy, sú vylučovaní zo školy a dopúšťajú sa trestných činov. Násilne sa správajúci chlapci sa častejšie ako dievčatá dopúšťajú ďalších aj nenásilných trestných činov (krádeží) a predávajú drogy. Násilne sa správajúce dievčatá majú častejšie než rovnako sa správajúci chlapci nižší intelekt. Pokiaľ sa u dospievajúcich chlapcov kombinujú zlá dochádzka do školy, užívanie drog a účasť v bitkách, vysoko rastie pravdepodobnosť, že sa v ďalších desiatich rokoch svojho života dopustí násilného trestného činu. (Koukolík, Drtilová, 2008)

Alkohol a s ním spojené poruchy psychiky a správania

Alkohol je centrálna psychotropná látka, ktorá u mnohých ľudí tlmí úzkosť, avšak súčasne pritom narušuje motoriku. Molekula alkoholu je malá, do krvi vstupuje

veľmi rýchlo, preto koncentrácia alkoholu v krvi dosahuje maximum už po hodine od užitia. Do mozgu a nervových tkanív sa alkohol dostáva už po 15 minútach od užitia. U človeka, ktorý požil alkohol trpí pozornosť, pracovné tempo sa zrýchluje, pribúdajú chyby, predlžuje sa reakčná doba, porušuje sa koordinácia pohybov, stúpa odvaha, mizne opatrnosť, strach aj tréma. (American psychiatric association, 1994)

Nervový systém a hlavne CNS je voči alkoholu najvímavejší. Jeho vplyv sa prejaví na psychike, v správaní, v jeho práci aj v osobných vzťahoch. Ide o ľahkú poruchu vnímania a pamäti, stupňovanie duševnej únavy, afektívnu labilitu, oslabenie vôle, zvláštnu zmes precitlivenosti a súčasnej citovej otupenosti. Známa je aj žiarlivosť alkoholikov, ktorá je daná poruchou potencie ako aj pocitom viny voči partnerovi. (American psychiatric association, 1994)

S alkoholom súvisiace poruchy sú spojené s výrazným nárastom násilia a sebevražd. Odhaduje sa, že za viac ako polovicu nehôd zodpovedajú šoféri pod vplyvom alkoholu. Ťažká alkoholová intoxikácia, špeciálne pri ľuďoch s antisociálnou poruchou správania, vedie ku spáchaniu kriminálnych činov. Domnievame sa, že viac ako polovica vrahov a ich obetí boli intoxikovaní alkoholom v čase vraždy. (American psychiatric association, 1994)

Delirium tremens

Uvádza sa ako najčastejšia alkoholická psychóza a tvorí asi 80-90% všetkých alkoholických psychóz. Dostavuje sa po večerných a nočných stavoch úzkosti hneď z rána. Pacient je úzkostný, ťažko spí, trpí nechutenstvom a neklúdom. V popredí sú halucinácie všetkých zmyslov, prevažne však zrkové a telové. Nálada pacienta sa strieda od strachu k eufórii. Z telesných príznakov je známa ataxia, tras celého tela, tras jazyka, začervenaná tvár, zvýšená teplota, zrýchlený pulz, zakalené vedomie, pacient je dezorientovaný miestom aj časom. Stav končí spravidla po 2-5 dňoch a zakončený je spánkom, ktorý môže trvať aj niekoľko dní. Na dobu počas delíria má pacient čiastočnú alebo úplnú amnéziu. (O. Reidl, V. Vondráček, a kol., 1971)

Ópium a s ním spojené poruchy psychiky a správania

Ópium je omamná látka získaná z nezrelých makovíc maku siateho. Patrí medzi drogy s narkoticko-analgetickým účinkom. Jeho účinnou látkou je morfín, čo znamená, že pri intoxikácii je účinok ópia daný obsahom morfia. Dominantným prejavom intoxikácie morfínom je eufória. Stúpa sebavedomie, sociálna aktivita u niektorých jedincov naopak aktivita klesá a subjekt upadá do stavu príjemnej letargie. S postupným privykaním na morfín dochádza k psychosociálnemu a somatickému úpadku jedinca, podobne ako pri účinku heroínu. (Liba, 2001)

Závislosť na opiátoch je často spájaná s mnohými drogovými zločinmi (držanie, alebo distribúcia drog, falšovanie drôg, krádeže, alebo prijímanie kradnutých vecí). Rozvody, nezamestnanosť, alebo nelegálna zamestnanosť sú tiež často spájané zo závislosťou na tejto droge. Pre väčšinu ľudí je prvý zážitok s opiátmi skôr dysforický, ako euforický, taktiež sa môžu objaviť pocity na zvracanie. Užívatelia opiátov sú vysoko náchylní na depresie, čo môže prepuknúť až do depresívnej poruchy. Frekvencia depresií je častejšia práve v období intoxikácie. Insomnia býva častá v období odvykania od drogy. Medzi ľuďmi závislými na opiátoch je bežnejší výskyt asociálnej poruchy osobnosti než medzi bežnými ľuďmi. Často sa vyskytuje aj posttraumatická stresová porucha. Poruchy správania v detstve alebo v rannej dospelosti boli identifikované ako významný risk pri vzniku porúch zapríčinených návykovými látkami, špeciálne opiátmi. (American psychiatric association, 1994)

Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím kanabinooidov

Kanabinoidy sú substancia, ktorá je vyrábaná z rastlín konope (*Cannabis sativa*), kde vrchné listy rastliny sú odstrihnuté a následne vysušené. Kanabinoidy sa zvyčajne fajčia, ale môžu byť aj prijímané orálne zmiešané s čajom, alebo pridávané do jedál. Zložka *Cannabis sativa*, ktorá je primárne zodpovedná za psychoaktívne efekty marihuany je delta – 9 – tetrahydrocannabinol (THC). (American psychiatric association, 1994)

Niekoľko štúdií demonštrovalo terapeutické účinky kanabiooidov napríklad pri kontrole nevoľnosti a zvracania u istých typov rakoviny a u pacientov s AIDS. Spomalené je vnímanie času a prítomné sú pocity uvoľnenia a zaostreného

senzorického uvedomovania. Vnímanie zvýšeného sebedomia a zvýšenej kreativity, nesprevádza lepší výkon, dochádza k narušeniu krátkodobej pamäte, motorickej kooridnácie a prejavuje sa zvýšený apetít. Užívanie konopných drôg môže zvyšovať riziko vzniku depresie, alebo naopak depresia môže v rámci „sebameditácie“ viesť k užívaniu psychoaktívne pôsobiacej marihuany. Doterajšie nálezy potvrdili, že adolescenti sú pravdepodobne viac vnímaví pre rozvoj depresie v súvislosti s užívaním konopných drog. U ľudí, ktorí užívali marihuanu ako nástroj na riešenie životných problémov, je riziko depresie výrazne vyššie ako u užívateľov, ktorý nemali tento motív. To nasvedčuje tomu, že pri vzniku porúch, ktoré marihuana vyvoláva, hrá významnú rolu veľa psychologických a sociálnych faktorov. U užívateľoch konopných drôg bolo opakovane sledované zvýšené riziko samovraždy. (Svetová zdravotnícka organizácia, 2004)

Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím sedatív, alebo hypnotík

Najbežnejšie sedatíva sú prášky na spanie (benzodiazepíny a barbituráty). Účinky sedatív/hypnotík siahajú od jemnej sedácie po celkovú anestézu a v prípade ťažkého predávkovania k smrti. Tieto drogy sa všeobecne užívajú pre ich intoxikačné a inhibíciu uvoľňujúce vlastnosti. Lieky na spanie sa tiež môžu stať návykovými a nezriedka sa na ne vyvíja tolerancia. V konečnom dôsledku v ťažkých prípadoch prichádza spánok a v dôsledku útlmu dýchania môže nasledovať smrť. Taktiež sa objavujú prejavy stavu opitosti, ako únava, bolesť hlavy a nauzea. (Svetová zdravotnícka organizácia, 2004)

Závislosť na sedatívach, alebo hypnotikách, môže byť často spojená s užívaním iných návykových látok. Sedatíva sú často užívané ako prostriedok, ktorý má zabrániť nežiadúcim účinkom týchto drog. Pre starších užívateľov, aj keď krátkodobých, je riziko nárastu kognitívnych problémov. V niektorých literatúrach býva uvedené, že pri odvykaní od týchto látok môže podobne ako pri alkohole dôjsť k agresívnemu správaniu. Dlhodobé a časté užívanie sedatív, alebo hypnotík môže viesť k depresiám, ktoré bývajú tak silné, že môžu viesť k pokusom o samovraždu ako aj k dokonaným samovraždám. Pri opakovanom požívaní za účelom eufórie sa rýchlo vytvára tolerancia, ktorá vedie ku zvýšeniu dávok. Napriek tomu tolerancia účinkuje na mozog oveľa pomalšie a keď osoba berie stále väčšie množstvo látky pre dosiahnutie

eufórie, môže nastať náhly nárast depresií a nízkeho krvného tlaku, čo môže viesť až k smrti. Taktiež býva častá antisociálna porucha správania. (American psychiatric association, 1994)

Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím kokaínu

Kokaín je prírodná látka vyrábaná z listov koky, ktoré sú konzumované viacerými spôsobmi. Žuvanie listov koky je známe už roky prevažne v Južnej Amerike, kde koka rastie. Kokaínový hydrochloridový prášok je zvyčajne šňupaný, ale rozpustený vo vode je podaný intravenózne. Niekedy je zmiešaný s heroínom, alebo inými látkami. Najbežnejšou formou kokaínu v Spojených štátoch je crack. (American psychiatric association, 1994)

Kokaín je droga s krátkodobým účinkom, ktorá spôsobuje rapídny a silný efekt na centrálny nervový systém, hlavne pokiaľ je podaný intravenózne, alebo fajčením v podobe „cracku“. Bezprostredne po podaní kokaínu, či už intravózne, alebo fajčením, užívateľ pociťuje pocit eufórie a pohody. Dramatické zmeny v správaní nastávajú až pri závislosti. Užívatelia zo závislosťou na kokaíne často míňajú veľké čiastky peňazí za krátku dobu na to, aby si mohli zaobstarať drogu. To vedie k strate životných úspor, ale aj domovov a majetku. Jedinci sa môžu podieľať na kriminálnej činnosti, len preto aby získali peniaze na kokaín. Nevyspytateľné správanie, sociálna izolácia, sexuálna disfunkcia ako aj násilie sú často súčasťou dlhodobej závislosti na kokaíne. Promiskuitné sexuálne správanie, alebo využívanie sexu pre získanie drogy sa stalo faktorom v šírení sexuálne prenosných chorôb. Jedinci zo závislosťou na kokaíne majú často dlhodobé depresívne stavy, čo môže viesť až k depresívnej poruche. Mentálne poruchy spôsobené užívaním kokaínu môžu trvať hodiny po užití, ale aj týždne. (American psychiatric association, 1994)

Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím iných stimulujúcich látok

-Pervitín

Je to psychomotorický stimulant. Zreteľne ovplyvňuje motoriku, ale aj psychické funkcie, užitie vedie ku eufórii, znižuje únavu, navodzuje stereotypné

správanie, spôsobuje nechutenstvo. Urýchľuje tok myšlienok, zvyšuje pozornosť a sústredenosť. Zlepšuje schopnosť empatie, odstraňuje zábrany. Nastupuje eufória, pocit sebaistoty a rozhodnosť, intoxikovaný nemá potrebu spánku. Po odoznení účinkov nastáva fáza depresie s hlbokými pocitmi vyčerpania a celkovou skleslosťou. Môžu sa dostaviť poruchy spánku a samovražedné myšlienky. (Kalina, 2003)

-Kofeín

Kofeín sa nachádza napríklad v káve, čaji, kolových nápojoch, čokoláde a v kakau a s najväčšou pravdepodobnosťou je to najužívanejšia psychotropná látka na svete. Má psychostimulačné účinky – vplýva na centrálny nervový systém stimulačne, pôsobí ako diuretikum, zrýchľuje peristaltiku čriev, uvoľňuje napätie hladkých svalov, stimuluje srdcový sval, zvyšuje telesnú teplotu. V menších dávkach môže zlepšovať náladu a psychickú výkonnosť. Vo vyšších dávkach môže vyvolávať pocity úzkosti a napätia, nepokoj, náladovosť, psychomotorický nepokoj, tachykardiu, bolesti hlavy, poruchy spánku, časté močenie, zažívacie ťažkosti. Za bežných okolností nevedie ku závislosti, ale viaceré údaje ukazujú, že u chronických požívačov kávy má kofeín všetky príznaky drogy vyvolávajúcej závislosť (neovládateľná potreba pitia kávy, zvýšená tolerancia, abstinenčné psychické aj fyzické príznaky) (Liba, 2001)

Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím halucinogénov (LSD, lysohlávky)

Táto skupina obsahuje napríklad LSD, meskalín, MDMA a psilocybín. Sú charakteristické schopnosťou skreslovať vnímanie človeka, výrazne meniť náladu a procesy myslenia. Ich názov je odvodený od schopnosti spôsobovať halucinácie, ktoré sa ale vyskytujú iba pri veľmi vysokých dávkach. Halucinogény spôsobujú zvýšenie akcie srdca a krvného tlaku, zvýšenú telesnú teplotu, zníženú chuť do jedla, nevoľnosť, zvracanie, brušný diskomfort, rýchle reflexy, motorickú nekoordinovanosť a dilatáciu zreníc. (Jacobs a Fehr, 1987). Tieto drogy tiež postihujú pamäťové procesy a procesy myslenia. Intenzita účinkov a emočná reakcia na ne je u jednotlivých osôb rôzna tak, ako pri všetkých drogách. Reakcie môžu siahať od radosti a eufórie k strachu a panike. Účinky jednotlivých drôg v tejto kategórii sú podobné a pohybujú sa v rozpätí od

excitácie alebo depresívnych účinkov cez analgetické a anestetické účinky, v závislosti od užitej dávky a momentálnej situácie. (Svetová zdravotnícka organizácia, 2004)

Nástup aj účinky týchto látok sa veľmi líši od množstva podanej látky, od jej čistoty a individuálnej citlivosti na podanú látku. Pri nižších dávkach je charakteristický výskyt ilúzií a pseudohalucinácií, zvýšenej citlivosti k priestorovému vnímaniu a ku vnímaniu farieb. Vo väčšine prípadov je intoxikácia sprevádzaná miernymi pocitmi eufórie, dobrej nálady, ale niekedy sa môžu objaviť aj pocity nepohody, úzkosti a depresie. Vysoké dávky môžu spôsobiť výraznejšie poruchy myslenia, zvýšenú vzťahovačnosť až paranoju, sprevádzanú poruchami pamäti, úsudku a pozornosti. Veľmi rizikóvymi javmi sú depersonalizácia a derealizácia. Depersonalizácia býva často spojená s halucináciami či už fyzickými, alebo duševnými (pocit straty empatie, lásky nenávisťi). Derealizačné pocity môžu navodiť stav úplného odcudzenia vlastného tela. (Kalina, 2003)

Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím tabaku

I keď tabak obsahuje tisícky látok, so závislosťou sa najčastejšie spája nikotín, pretože je to psychoaktívna látka a spôsobuje pozorovateľné behaviorálne účinky, akými sú zmeny nálad, zníženie stresu a zvýšenie výkonu. Behaviorálne účinky asociované s niktotínom počas fajčenia zahŕňajú vzrušenie, zvýšenú pozornosť a koncentráciu, zlepšenie pamäti, zníženie úzkosti a potlačenie chuti do jedla. (Svetová zdravotnícka organizácia, 2004)

Závislosť na nikotíne je bežnejšia medzi ľuďmi s mentálnymi poruchami. Poruchy nálad ako aj úzkosť sú častejšie u fajčiarov tabaku, ako u tých čo sú bývalí fajčiari, alebo u tých, ktorí nikdy fajčiť nezačali. Fajčenie tabaku na rozdiel od mnohých iných psychoaktívnych látok, neovplyvňuje výraznejšie psychické funkcie, správanie, osobnostnú úroveň a kvalitu sociálnych vzťahov. Hoci okrem nikotínu tabak obsahuje aj ďalšie látky, nikotín je psychoaktívna látka a spôsobuje pozorovateľné behaviorálne účinky, akými sú zmeny nálad, zníženie stresu, zvýšenie výkonu, vzrušenie, zvýšená pozornosť a koncentrácia, zlepšenie pamäti, zníženie úzkosti a potlačenie chuti do jedla. Jeho škodlivé látky sa prejavujú predovšetkým na somatickom zdraví ako napríklad rakovina pľúc, bronchitída, srdcové a cievne ochorenia,

poškodzovanie plodu a potraty žien v období tehotenstva. Abstinenčný stav pri fajčení môže sprevádzať podráždenosť, nepriateľský postoj, pocity strachu, dysforická a depresívna nálada, znížená srdcová frekvencia a zvýšená chuť do jedla. (American psychiatric association, 1994)

Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím prchavých rozpúšťadiel

Niektoré prchavé chemikálie ako napríklad toluén a alifatické dusičnany vyvolávajú účinky v centrálnom nervovom systéme a k vôli ich ľahkej dostupnosti ich užívajú najmä deti a adolescenti. Zložky prchavých látok majú iba málo spoločného okrem toxicity a behaviorálnych prejavov, ktoré vyvolávajú. Niektoré behaviorálne prejavy sú podobné tým, ktoré sú spôsobené požívaním alkoholu. Niekoľko minút po inhalácii je pozorovateľná mdloba, dezorientácia a krátke obdobie excitácie s eufóriou, po ktorých nasleduje pocit závratu a dlhšie obdobie útlmu vedomia. U väčšiny ľudí užívajúcich toluén a iné rozpúšťadlá sú pozorované výrazné zmeny duševného stavu ako napríklad povznesená nálada, halucinácie, nebezpečné bludy (viera užívateľa, že je schopný lietať, alebo plávať), pravdepodobne sa objaví spomalené myslenie. Tieto behaviorálne poruchy sú sprevádzané vizuálnymi poruchami, nystagmom, nekoordinovanosťou, neistým postojom, nejasnou artikuláciou, bolesťami brucha a začervenaním kože. Častá je aj úzkosť. Opakované užívanie prchavých látok môže viesť k problémom v škole, alebo v zamestnaní ako aj k rodinným problémom. (Svetová zdravotnícka organizácia, 2004)

2.6 Drogová prevencia

Prevencia znamená predchádzanie (profilaxiu) určitým problémom. Ide o opatrenia, ktoré majú zabrániť ich vzniku. Cieľom profilaxie je predchádzanie škodám, ktoré spôsobujú návykové látky a drogy. WHO definovalo prevenciu ako súbor intervencií s cieľom zamedziť či znížiť výskyt a šírenie škodlivosti účinkov alkoholu a nealkoholických drog. Rozlišujeme medzi primárnou, sekundárnou a terciárnou prevenciou, ktoré v roku 1964 zaviedol Caplan. (Smiková, 2012)

- Primárna prevencia

Zameriava sa na všeobecné zabránenie vyvolávajúcich alebo existujúcich rizikových faktorov pre určité choroby, respektíve zdravotné poruchy a na individuálne spoznávanie a ovplyvňovanie rizikových faktorov za účelom ich zamedzenia. Hlavnými zložkami primárnej prevencie sú: vytváranie povedomia a informovanosti o drogách a o nepriaznivých, zdravotných a sociálnych dôsledkoch, spojených s užívaním drog, podpora protidrogových postojov a noriem, posilňovanie prosociálneho správania v protiklade so zneužívaním drog, posilňovanie jednotlivcov i skupín v osvojovaní osobných a sociálnych zručností na rozvoj protidrogových postojov, podporovanie zdravších alternatív, tvorivého a naplňajúceho správania a životného štýlu bez drog. (Smiková, 2012)

- Sekundárna prevencia

Znamená včasné zistenie a diagnózu danej choroby, alebo poruchy ako uplatnenie opatrení vhodných na zastavenie vývoja tejto choroby alebo na jej odstránenie. Vývoj choroby sa pritom nachádza v počiatocnom štádiu. Vzhľadom na užívanie psychotropných látok sa dostáva do popredia otázka prechodu od zdraviu neškodného a spoločensky prijateľného užívania týchto látok k ich škodlivému užívaniu (zneužívaniu). Príslušné opatrenia sa pritom zameriavajú na včasné rozpoznanie zmeny smerom ku škodlivému užívaniu psychotropných látok. (Smiková, 2012)

- Terciárna prevencia

Pod terciárnou prevenciou sa rozumie liečba ochorenia, ktorej cieľom je oddialiť alebo zabrániť nástupu negatívnych dôsledkov (napr. chronického stavu). Vývoj choroby je vtedy už v pokročilom štádiu. (Smiková, 2012)

Odborníci poukazujú na to, že predovšetkým rozlišovanie medzi primárnou a sekundárnou prevenciou už nie je aktuálne a moderné, najmä v prípade preventívnej práce s dospelými, alebo adolescentami nemá delenie veľký zmysel, lebo ohrozenie v skoršom štádiu života sa nedá vždy rozoznať a v reálnom živote nie je možné oddelenie ohrozených a neohrozených mladých užívateľov. V roku 1994 Mrazeková a Haggerty rozpracovali ideu tzv. prevenčného kontinua a nazvali ho prevenčné spektrum. Podľa tohto modelu možno prevenciu rozdeliť do troch kategórií:

1. Univerzálna prevencia

Zameraná na celú populáciu všeobecne ako aj na špecifické skupiny.

2. Selektívna prevencia

zameraná na subpopuláciu v podmienkach vysokého rizika (deti alkoholikov, mladí dospelí vo vysoko stresových situáciach)

3. Indikovaná prevencia

zameraná na jednotlivcov, ktorí prejavujú špeciálne znaky a symptómy, alebo prejavujú znaky závislosti (Smiková, 2012)

3 Praktická časť

Cieľom výskumnej časti mojej práce je zistiť do akej miery návykové látky ovplyvňujú správanie a emócie ľudí. Praktickú časť som robila formou dotazníku, ktorý som zverejnila na sociálnej sieti. Na dotazník odpovedalo celkovo 100 respondentov vo veku 18-25 rokov. Keďže respondenti boli vyberaní náhodne, ich rozloženie nemusí zodpovedať skutočnému rozloženiu v populácii. Preto sa výsledky tejto práce vzťahujú iba na výskumnú skupinu a ich interpretácia na celú populáciu je obmedzená. Pre väčšiu hodnovernosť výsledkov by bolo vhodné použiť viac respondentov s rozložením bližším k reálnemu.

3.1 Výskumná otázka

1: Súvisí miera užívania návykových látok s mierou rozvoja porúch správania a emócií?

Podotázky

2: Sú deti z rozvedených rodín náchylnejšie k užívaniu návykových látok?

3: Vedie užívanie ľahkých drog k užívaniu ťažkých drog?

Hypotézy

H1: Miera užívania návykových látok súvisí s mierou rozvoja porúch správania a emócií.

H2: Deti z rozvedených rodín sú náchylnejšie k užívaniu návykových látok.

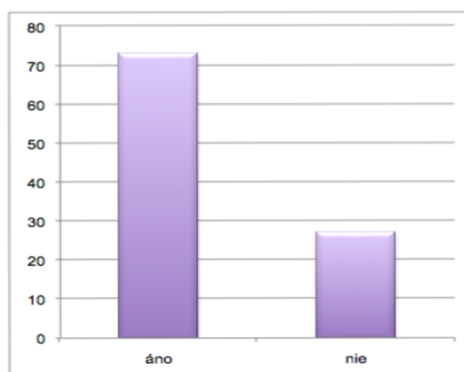
H3: Užívanie ľahkých drog vedie k neskoršiemu užívaniu ťažkých drog.

3.2 Výsledky dotazníku

Pre rozčlenenie respondentov do skupín som použila nasledovné otázky:

10. otázka: Máš nejaké skúsenosti s ilegálnymi návykovými látkami (marihuana, hašiš, extáza, LSD, lysohlávky, heroín, ...)?

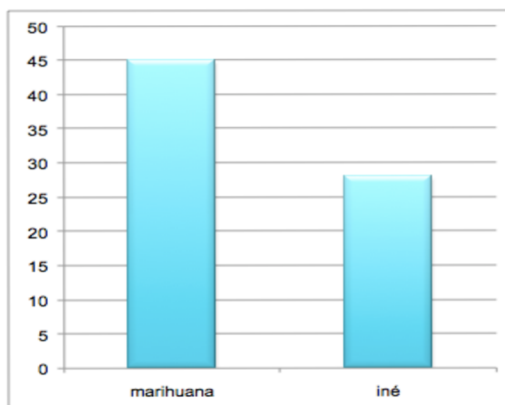
(n=100)



graf 1.

Z výsledkov môžeme vyčítať, že z celkového počtu 100 respondentov 72 (72%) v živote vyskúšalo ilegálnu návykovú látku.

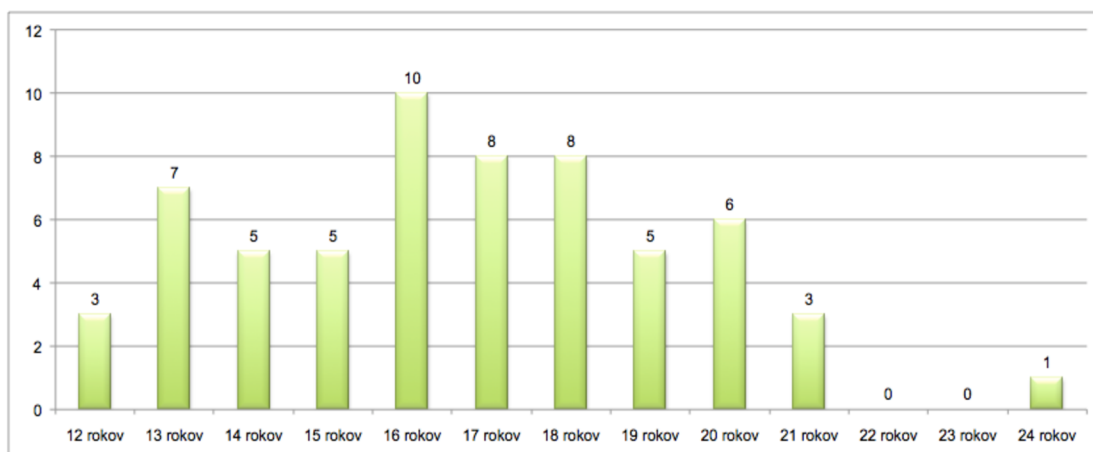
14. otázka: Ktoré z ilegálnych drôg si požil? (n=72)



graf 2.

Z respondentov, ktorí vyskúšali ilegálnu návykovú látku 28 (38%) požilo aj inú návykovú látku ako marihuanu.

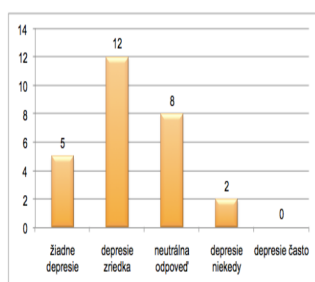
11. otázka: Koľko si mal/a rokov pri prvej skúsenosti s ilegálnymi látkami? (n=73)



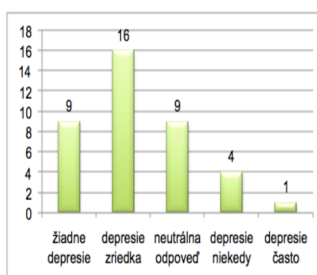
graf 3.

Z grafu môžeme vyčítať, že väčšina respondentov vyskúšala ilegálnu návykovú látku v období dospievania, čo je vek v rozmedzí 11-20 (22) rokov. Vo veku 15 rokov začína obdobie adolescencie, ktoré je definované ako obdobie v ktorom najčastejšie vznikajú závislosti, lebo mladý jedinec sa snaží nájsť sám seba. Práve v okolí 15 rokov najviac respondentov vyskúšalo ilegálnu návykovú látku.

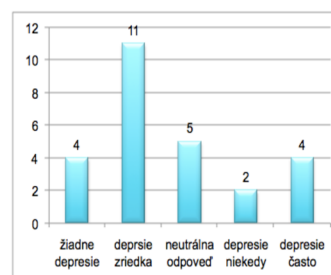
18. otázka: Trpím depresiami (otázku ohodnoťte 1-5 /nikdy-často/).



graf 4.
ľudia neužívajúci
návykové látky (n=28)



graf 5.
ľudia užívajúci
marihuanu (n=44)



graf 6.
ľudia užívajúci iné
návykové látky (n=28)

Podľa grafov si môžeme všimnúť, že skupina ľudí, ktorá neužíva a ani v minulosti neužívala žiadne návykové látky na otázku ani raz neodpovedala, že by pociťovali časté depresie. Práve v skupine, ktorá obsahuje respondentov, ktorí požívali návykové látky iné ako marihuanu a alkohol sa vyskytuje najviac respondentov odpovedajúcich, že pociťujú časté depresie.

Ďalšie výsledky rozčlenené do skupín podľa odpovedí na otázky 10 a 14

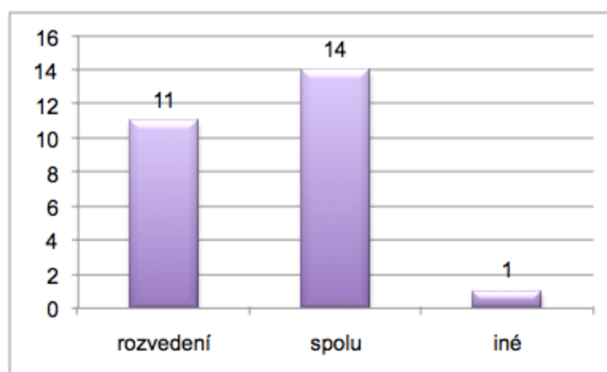
Nasledujúce výsledky som rozdelila do 3 skupín podľa odpovedí respondentov. Prvá skupina sú respondenti, ktorí nikdy v živote nevyskúšali žiadnu ilegálnu návykovú látku, druhá je skupina, ktorá vyskúšala iba marihuanu a v tretej skupine sú respondenti, ktorí vyskúšali viacero ilegálnych návykových látok.

Skupina respondentov neužívajúcich ilegálne návykové látky

Ako prvej by som sa chcela venovať skupine ktorá ilegálne návykové látky nebrala ani v minulosti, ani v prítomnosti. Respondentov z tejto skupiny bolo len 28 a to 17 žien a 11 mužov.

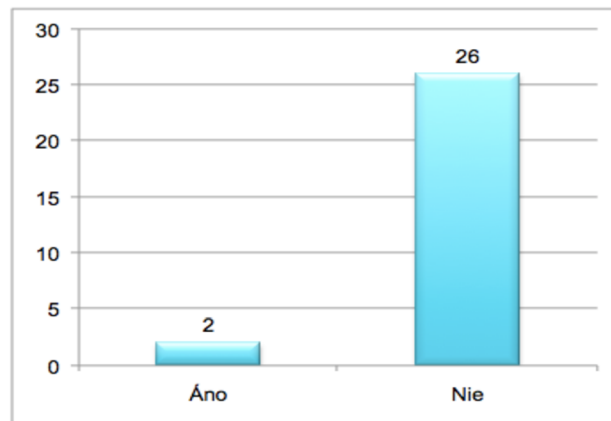
Je evidentné, že ani jeden z nich nenapísal, že by pociťoval časté depresie, prípadne ťažký smútok. 17 respondentov má rodičov žijúcich spolu a 11 rodičov rozvedených. 14 z nich uviedlo, že býva stále s rodičmi, čo je presná polovica. Na otázku či sa „cíti byť osamelý“ neodpovedal nikto na 100% áno. Čo sa krádeží týka, iba dvaja z nasledujúcich respondentov odpovedali kladne. Na otázku „zničil si niekedy súkromný, alebo verejný majetok“ 8 respondentov odpovedalo kladne. Na napomenutie políciou boli upozornení len 3 respondenti a tiež 3 respondenti niekedy v živote utiekli z domu.

- Rozvodovosť rodičov respondentov v tejto skupine (n=28)



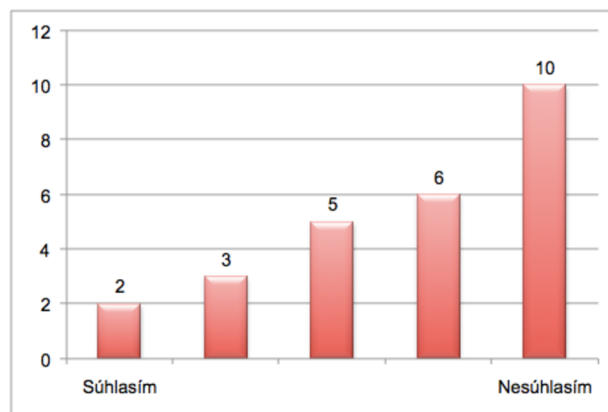
graf 7.

- Ukradol si niekedy v živote niečo? (n=28)



graf 8.

- Súhlasím/nesúhlasím s legalizáciou marihuany. (n=28)



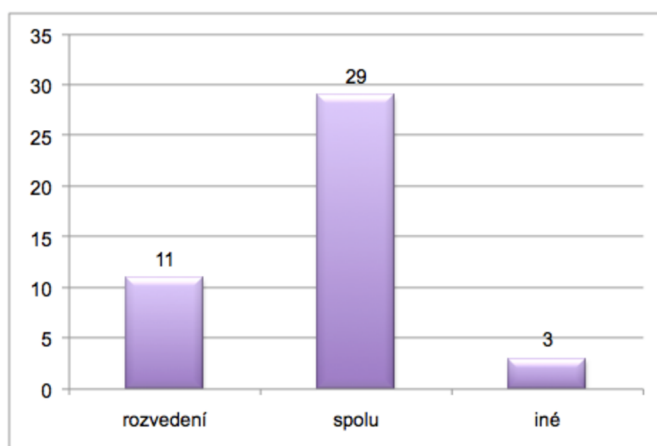
graf 9.

Skupina respondentov užívajúcich z ilegálnych návykových látok iba marihuanu

Nasledujúca skupina, ktorej sa budem venovať, sú respondenti, ktorí skúsili návykovú látku, a to marihuanu. V tejto skupine bolo respondentov 44 a z toho 17 mužov a 27 žien. Najviac z nich užíva návykovú látku zo zábavy. 11 respondentov má rodičov rozvedených a tým pádom 33 má rodičov, ktorí žijú stále spolu v jednej domácnosti. 16 respondentov uviedlo, že žije stále s rodičmi a zbytok sa priklonil k odpovediam, že bývajú „s kamarátmi/na internáte“. Na otázku či sa cítia osamelí iba 2 respondenti odpovedali s istotou áno, ostatní sa buď vyjadrili neutrálne, alebo skôr záporne. Tiež čo sa týka depresí iba jeden respondent odpovedal že má časté depresie, ostatní zostali neutrálni, alebo opäť odpovedali záporne. Za najdôležitejšie tieto respondenti považujú „aby ma niekto ľúbil“, „byť úspešný v tom, čo robím“ a „kvalitné

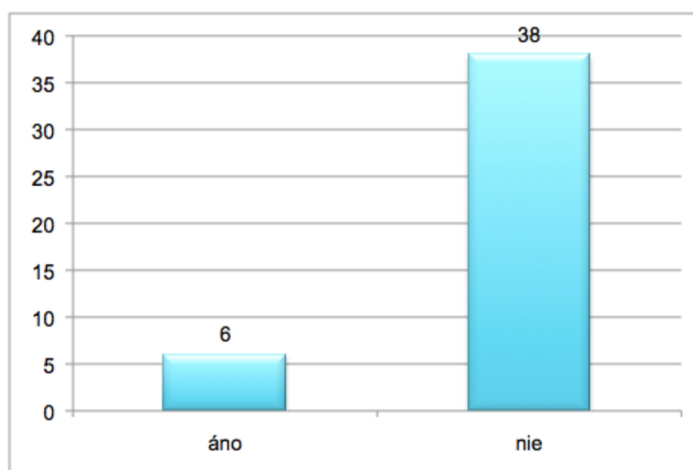
vzdelanie“. Za najmenej podstatné považujú „akceptáciu kamarátmi“. Iba 6 respondentov uviedlo, že vo svojom živote ukradli niečo hodnotné a 11 zničilo súkromný, alebo verejný majetok. Upozornení políciou bolo 8 respondentov. K úteku z domu sa priznali 3 respondenti. Minimum respondentov si myslí, že by brali viac návykových látok keby boli dostupnejšie a keby mali viac peňazí. Taktiež iba 6 respondentov sa domnieva, že marihuana by mala byť na 100% legalizovaná.

- Rozvodovosť rodičov respondentov v tejto skupine. (n=44)



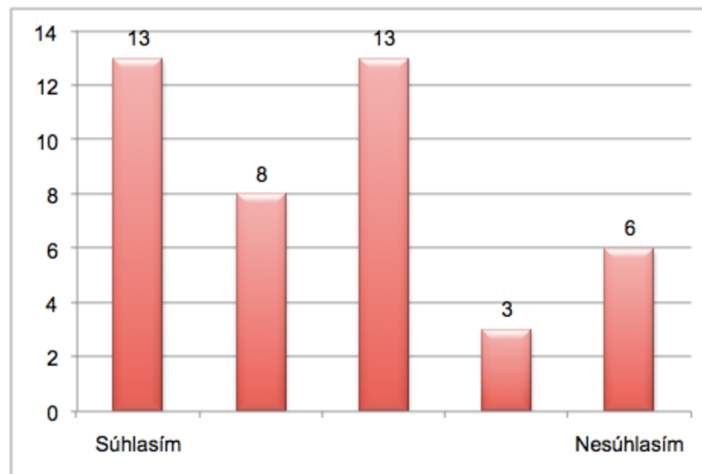
graf 10.

- Ukradol si niekedy v živote niečo? (n=44)



graf 11.

- Súhlasím/nesúhlasím s legalizáciou marihuany. (n=44)

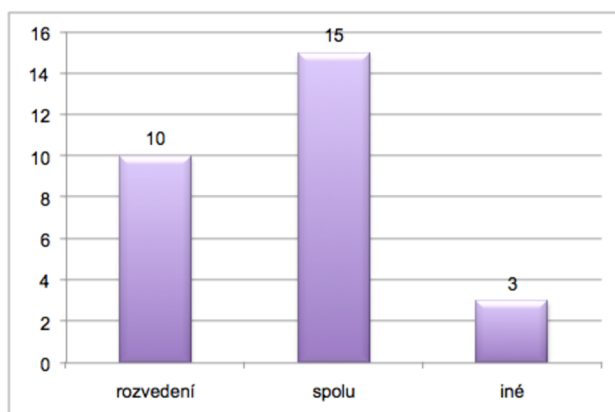


graf 12.

Skupina respondentov užívajúcich aj iné ilegálne návykové látky

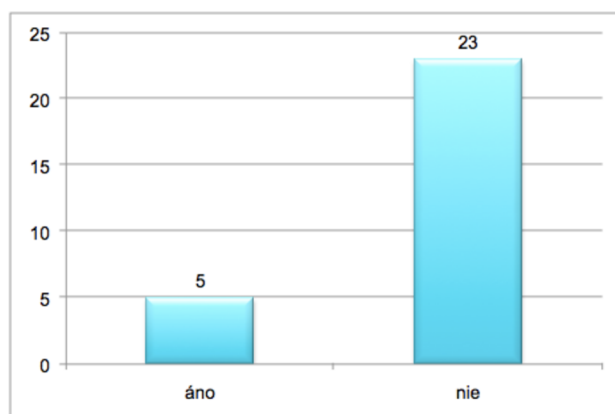
Posledná skupina, ktorej sa budem venovať obsahuje respondentov, ktorí požívajú návykové látky aj iného druhu ako marihuana. Respondentov v tejto skupine je 28, z toho 14 žien a 14 mužov, prevažne vo veku 20-25 rokov. Rodičia týchto respondentov v 15 prípadoch stále žijú v jednej domácnosti a 13 je rozvedených. 10 z respondentov býva stále s rodičmi, zvyšní z opýtaných vybrali možnosť „internát/bývanie s kamarátmi“. Vo všetkých prípadoch okrem 2 bola prvá droga, ktorú vyskúšali marihuana. 3 z respondentov ohodnotili svoje depresie najsilnejšie, 4 ako menej silné zatiaľ čo ostatní sa vyjadrili buď neutrálne, alebo, že depresiami netrpia. Pre týchto respondentov je pomerne dôležitá akceptácia kamarátmi ako aj komfortný život – 7 z opýtaných ho označilo pre nich za najdôležitejší. Na otázku, či je pre mňa dôležité „aby ma niekto ľúbil“ iba 4 z respondentov odpovedali, že je to pre nich vysoko dôležité. Krádež spáchali 5 z opýtaných, zatiaľ čo súkromný, prípadne verejný majetok zničilo 12 z opýtaných respondentov. 16 z opýtaných uviedlo, že boli napomenutí, prípadne zatknutí políciou. Útek z domu uskutočnilo 7 respondentov, 9 z respondentov uviedlo, že návykovú látku si dajú na vyvolanie relaxácie a 12 z respondentov „pre zábavu“. Väčšina z respondentov na otázku či by mala byť marihuana legálna odpovedalo kladne ako aj na otázku, či „pokiaľ sú drogy užívané s mierou, nemôžu uškodiť“. Väčšina z respondentov sa nevyjadrila, že by požívali viacej návykových látok, keby mali viac peňazí, ani keby boli návykové látky dostupnejšie.

- Rozvodovosť rodičov respondentov v tejto skupine (n=28)



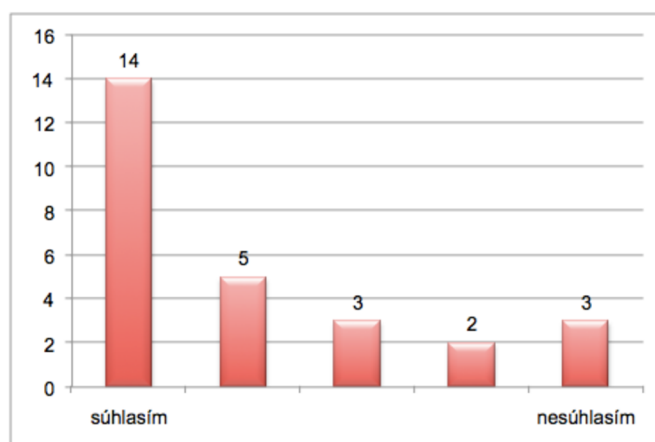
graf 13.

- Ukradol si niekedy v živote niečo? (n=28)



graf 14.

- Súhlasím/nesúhlasím s legalizáciou marihuany. (n=28)



graf 15.

3.3 Výsledky hypotéz

H1: Miera užívania návykových látok súvisí s mierou rozvoja porúch správania a emócií

Z výsledkov môžeme pozorovať, že ľudia, ktorý v živote nebrali žiadne návykové látky majú nižší sklon k depresiám ako ľudia, ktorí požívajú marihuanu, prípadne tvrdšie návykové látky. Tiež môžeme sledovať, že v rovnakej miere je aj pocit, že sa cítia byť osamelí.

Na otázku, či niekedy zničili súkromný, alebo verejný majetok z 28 respondentov, ktorí nikdy neužívali návykovú látku 8 (30%) odpovedalo kladne. U 44 respondentov užívajúcich marihuanu 12 (27%) odpovedalo kladne. A z 28 respondentov užívajúcich tvrdšie návykové látky ako marihuanu odpovedalo 12 (42%), že v minulosti zničili súkromný, alebo verejný majetok.

Na otázku, ktorá sa týkala napomenutia políciou, prípadne zatknutia z 28 respondentov nikdy neužívajúcich návykové látky odpovedalo 3 (11%) kladne, u 44 respondentov užívajúcich marihuanu 8 (18%) bolo napomenutých políciou, a u skupiny 28 respondentov užívajúcich ilegálne návykové látky iné ako marihuanu 16 (57%) bolo napomenutých, prípadne zatknutých políciou.

Otázku týkajúcu sa útekov z domu 3 (11%) z 28 respondentov zo skupiny ľudí, ktorí neužívali návykové látky odpovedalo kladne. Zo skupiny 44 respondentov, ktorí užívajú marihuanu ako jedinú ilegálnu návykovú látku odpovedali tiež 3 (7%) z respondentov kladne. V poslednej skupine sústreďujúcej sa na skupiny ľudí, ktorá užíva ďalšie ilegálne návykové látky ako marihuanu sa útoku z domu zúčastnilo 7 (25%) z 28 respondentov.

Z výsledkov je evidentné, že miera užívania návykových látok zvyšuje mieru rozvoja porúch správania a emócií a to predovšetkým u ďalších ilegálnych látok.

Hypotéza **bola** potvrdená.

H2: Deti z rozvedených rodín sú náchylnejšie k užívaniu návykových látok.

Môžeme vidieť, že v prvej skupine respondentov, ktorí neužívajú žiadne návykové látky je 16 rodín žijúcich stále spolu a 11 (41%) rodín rozvedených.

U skupiny respondentov užívajúcich marihuanu zo 44 respondentov 11 (25%) z nich má rodičov rozvedených a tým pádom 33 z nich žije v spoločnej domácnosti. Medzi respondentami užívajúcimi ilegálne návykové látky iné ako marihuana 15 rodín žije v jednej domácnosti a 13 (46%) rodín je rozvedených. Z výsledkov vidíme, že rodinné zázemia nemá vysoký vplyv na užívanie návykových látok.

Hypotéza **nebola** potvrdená.

H3: Ľahké drogy vedú k neskoršiemu užívaniu ťažkých drog.

Je pravda, že z výsledkov si môžeme všimnúť, že respondenti, ktorí v živote vyskúšali akúkoľvek ilegálnu návykovú látku, tak prevažne marihuana bola prvá látka, ktorú začali užívať. Z celkového počtu 72 respondentov, ktorí vyskúšali marihuanu, však len 28 (38%) prešlo k tvrdším drogám, čo nie je ani polovica. Nie je teda možné tvrdiť, že by ľahké drogy viedli k užívaniu ťažkých drog, je však viac než pravdepodobné, že všetci ľudia, momentálne, alebo v minulosti užívajúci tvrdé ilegálne návykové látky začínali pri ľahkých návykových látkach.

Hypotéza **nebola** potvrdená.

Záver

V predloženej bakalárskej práci som sa zaoberala problematikou návykových látok v spojení s poruchami správania a emócií. Vypracovala som dotazník, ktorý sa zaoberal vplyvom drog na osobnosť ako aj dôvodmi, prečo začali respondenti návykové látky užívať. Pomocou dotazníku som chcela dokázať hore uvedené hypotézy. Bakalárska práca sa skladala z dvoch častí a troch kapitol.

V prvej kapitole teoretickej časti zoznamujem čitateľa s témami detstva a dospievania. Hlbšie sa zaoberám práve témou dospievania, lebo v tomto období je jedinec najnáchylnejší k užívaniu návykových látok. Defínujem poruchy správania a emócií. Detailne som opísala ich klasifikácie, faktory, ktoré sa podieľajú na ich vzniku ako aj ich dopad v správaní na život dieťaťa a prevenciu.

Druhá kapitola mojej bakalárskej práce obsahuje opis návykových látok komplexne, ale aj detailne opísané skupiny jednotlivých návykových látok a s nimi spojené poruchy správania a emócií, ktoré môže ich užívanie vyvolať. Samotná závislosť je v tejto kapitole opísana tiež spolu s faktormi, ktoré sa podieľajú na jej vzniku.

Tretia kapitola mojej bakalárskej práce je zložená z výskumnej časti. Výskum som robila pomocou dotazníku, na ktorý odpovedalo 100 respondentov. Celá časť sa zaoberá respondentami, ktorý brali v minulosti, alebo stále berú ilegálne návykové látky ako aj skupinov respondentov, ktorý nikdy ilegálne návykové látky neskúsili. Medzi moje techniky výskumnej časti patrí dotazník. Cieľ mojej práce bol splnený a pomocou dotazníkov sa mi podarilo odpovedať na hlavnú a aj na vedľajšie výskumné otázky a potvrdiť, prípadne vyvrátiť hypotézy s nimi spojené.

Pre moju prácu by pravdepodobne prinieslo presnejší výsledok dlhodobé pozorovanie jednotlivých osôb pred a následne po dlhodobom požívaní ilegálnych návykových látok. Tento výskum by však nebol vzhľadom na môj čas a náklady možné uskutočniť, no napriek tomu, je evidentné z výsledkov dotazníkov, že miera užívania návykových látok súvisí s mierou rozvoja poruch správania a emócií.

Zhrnutie

Bakalárska práca „Poruchy správania a emócií ako dôsledok požívania návykových látok“ je rozdelená do štyroch kapitol. V prvej kapitole je teoreticky opísané detstvo a obdobie dospievania. Tiež sú tu detailne charakterizované poruchy správania a emócií, ich vznik a prevencia. V druhej teoretickej kapitole sú opísané jednotlivé návykové látky a poruchy správania a emócií, nimi spôsobené. Tiež definujem pojem závislosť, jej druhy a faktory podieľajúce sa na vzniku. Tretia kapitola mojej bakalárskej práce je praktická, a je robená formou dotazníku, na ktorý odpovedalo 100 respondentov. Otázky v dotazníku boli kladené tak, aby odpovedali na otázky a podotázky uvedené v bakalárskej práci. Cieľom bakalárskej práce bolo zistiť veľkosť vplyvu návykových látok na ľudské správanie a ich emócie. Cieľ bakalárskej práce bol splnený.

Summary

This bachelor thesis titled Emotional and behavioral disorders as a consequence of addictive drugs abuse is divided into four chapters. The first chapter contains theoretically described childhood and adolescence. It also comprises detailed behavioral and emotional disorders and their prevention. The second theoretical chapter describes individual addictive substances and behavioral and emotional disorders caused by these substances. I also define the term “addiction“, its kinds and factors contributing to its origin. The third chapter of my bachelor thesis is practical and has been made as a survey in which 100 respondents took part. Questions in the survey were asked in such manner so that they answered questions and subquestions in the bachelor thesis. The aim of the bachelor thesis was to research the extent of influence of addictive substances on human behavior and emotions. The aim of the bachelor thesis has been reached.

Použitá literatúra

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington DC, 1994, ISBN 0-89042-061-0
- DROGOVÁ PREVENCIA V SOCIÁLNEJ PRÁCI: *Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie, 2009*, Zodp. red. Dušan Šlosár, Košice: Košický samosprávny kraj, 2009, ISBN: 978-80-970251-8-2
- HORT, V. HRDLIČKA, M. KOCOURKOVÁ, J. MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008, ISBN: 978-80-7367-404-5.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*, 1. vyd. Praha: Úrad vlády českej republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6
- KOUKOLÍK, F. DRTILOVÁ J. *Vzpora deprivantu, nestvúry, nástroje, obrana*, 2. Vyd. Praha: Galén, 2008, ISBN: 978-80-7262-410-2
- LIBA J., *Zdravie drogy a drogová závislosť*, Prešov: Metodické centrum v Prešove, Fakulta humanitných a prírodných vied Prešovskej univerzity, Prešov, 2001, ISBN 80-8068-036-1
- MATOUŠEK, O. MATOUŠKOVÁ, A. *Mládež a delikvencia*, Praha: Portál, 2011, ISBN: 978-80-7367-825-8
- MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA CHORÔB
- MOSTY K RODINE: časopis o sociálnej práci s rodinou a deťmi. Vydáva SPDDD Úsmev ako dar v spolupráci s Trnavskou univerzitou, 2010, roč. 1, č. 2, ISSN 1338-2713
- RAUDENSKÁ, J. JAVURKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, Praha: Grada, 2011, ISBN: 978-80-247-2223-8
- RIEDL O., VONDRÁČEK V. a kol. *Klinická toxikologie*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1971, ISBN: 08-044-71
- ŘÍČAN, P., *Cesta životem*, 2. preprac. vyd., Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-829-5
- SMIKOVÁ, E. *Efektívna drogová prevencia v školách a školských zariadeniach*, 1.vyd. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum, 2012, ISBN 978-80-8052-409-8

- SVETOVÁ ZDRAVOTNÍCKA ORGANIZÁCIA, *Neuroveda o užívaní psychoaktívnych látok a závislosti*, Ženeva, 2004, ISBN 80-969196-1-X
- VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2012, ISBN: 978-80-262-0225-7
- VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie 1*, Praha: Karolium, 2008, ISBN 978-80-246-0956-0
- VOJTOVÁ, V. *Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*, 2.vyd., Brno, 2009, ISBN 978-80-210-4573-6

Internetové zdroje:

- Informačný portál o ilegálnych a legálnych drogách (online), (cit. 15. marca 2014)
Dostupné na World Wide Web:
<http://www.drogy-info.cz/>
- Závislosti (online), (cit. 15. marca 2014)
Dostupné na World Wide Web
<http://zavislosti.webovka.eu/>
- Drogový informačný portál (online), (cit. 16. apríla 2014)
Dostupné na World Wide Web
<http://www.infodrogy.sk>

Zoznam grafov:

Graf 1: Skúsenosti respondentov s ilegálnymi návykovými látkami

Graf 2: Ilegálne látky, ktoré respondenti požili

Graf 3: Vek respondentov v ktorom mali prvú skúsenosť s ilegálnou látkou

Graf 4: Depresie respondentov, ktorí neužívajú ilegálne návykové látky

Graf 5: Depresie respondentov, ktorí užívajú marihuanu ako ilegálnu návykovú látku

Graf 6: Depresie respondentov, ktorí užívajú iné ilegálne návykové látky

Graf 7: Rozvodovosť rodičov respondentov, ktorí neužívajú ilegálne návykové látky

Graf 8: Krádeže respondentov, ktorí neužívajú ilegálne návykové látky

Graf 9: Názor na legalizáciu marihuany respondentov, ktorí neužívajú ilegálne návykové látky

Graf 10: Rozvodovosť rodičov respondentov, ktorí užívajú marihuanu ako ilegálnu návykovú látku

Graf 11: Krádeže respondentov, ktorí užívajú marihuanu ako návykovú látku

Graf 12: Názor na legalizáciu marihuany respondentov, ktorí užívajú marihuanu ako ilegálnu návykovú látku

Graf 13: Rozvodovosť rodičov respondentov, ktorí užívajú iné ilegálne návykové látky

Graf 14: Krádeže respondentov, ktorí užívajú iné ilegálne návykové látky

Graf 15: Názor na legalizáciu respondentov, ktorí užívajú iné ilegálne návykové látky

Prílohy:

Príloha 1

Dotazník:

1. Pohlavie

Muž

Žena

2. Vek

16-18

18-20

20-22

22-25

25 +

3. Počet súrodencov

0

1

2

3

4+

4. Zo súrodencov som

Najstarší

Najmladší

„Stredný“

Nemám súrodencov

5. Rodičia sú
 - Spolu
 - Rozvedení
 - Iné
6. Žijem
 - S rodičmi
 - Sám
 - S kamarátmi
 - Na internáte
 - Iné
7. V akom si vzťahu?
 - Ženatý/á
 - Žijem s niekym
 - Zasnúbený/á
 - Chodím s niekym (jedna osoba pravidel'ne)
 - Chodím s niekym príležitostne
 - Nikdy som s nikým nechodil
8. Pil si niekedy alkohol?
 - Áno
 - Nie
9. Pokiaľ áno, ako často piješ alkohol?
 - 1-5 krát do roka
 - 1-5 krát do mesiaca
 - 1-5 krát do týždňa
 - Denne
10. Máš nejaké skúsenosti s ilegálnymi drogami (marihuana, hašiš, extáza, LSD, lysohlávky, heroin)?
 - Áno
 - Nie
11. Ak áno, koľko si mal/a rokov pri prvej skúsenosti s ilegálnymi návykovými látkami ?
12. Aká bola prvá ilegálna návyková látka, ktorú si vyskúšal/a?

13. Pokiaľ užívaš ilegálne drogy, ako je to často?

1-5 krát ročne

1-5 krát mesačne

1-5 krát týždenne

Denne

14. Ktoré návykové látky z nasledujúcich si požil?

Alkohol

Marihuana

Extáza

LSD

Lysohlávky

Pervitín

Heroin

Kokain

15. Pokiaľ si užívaš drogu, užívaš ju preto aby si:

Aby som sa cítil ako člen skupiny

Na vyvolanie relaxácie/upokojenie stresu

Pre zábavu

Aby som vydržal hore dlhšie do noci

Pre zlepšenie nálady

Iné

16. Požívaš drogu, keď si sám?

Nikdy

Zriedka

Príležitostne

Často

Nasledujúce otázky ohodnoťte od 1-5 (nikdy-často)

17. Cítim sa osamelý

18. Mám depresie/som smutný

Nasledujúce otázky ohodnoťte od 1-5 (pre teba najdôležitejšie-najmenej dôležité)

19. Akceptácia kamarátmi

20. Aby ma niekto ľúbil

21. Byť úspešný v tom čo robím

22. Komfortný život

23. Kvalitné vzdelanie

24. Uznávanie rodiny

25. Už si niekedy ukradol niečo?

Áno

Nie

26. Už si niekedy zničil súkromný, alebo verejný majetok ?

Áno

Nie

27. Už si niekedy utiekol z domu?

Áno

Nie

Nasledujúce otázky očísľujte od 1-5 (súhlasím-nesúhlasím)

28. Myslím, že marihuana by mala byť legalizovaná

29. Pokiaľ by drogy boli dostupnejšie, užíval by som ich častejšie

30. Užíval by som viac drog, keby som mal viac peňazí