

## Literatura

1. David H. P., Dytrych Z., Matějček Z., *Born: Unwanted*, Avicenum, Praha, 1988, s. 143.
2. Dunovský J.: *Dítě a poruchy rodiny*, Avicenum, Praha, 1986, s. 137.
3. Dunovský J.: Eggers H., *Sociální pediatrie*, Avicenum, 1989, s. 253.
4. Dunovský J.: *Longterm and Shortterm Foster Care*, přednáška na sympoziu o pěstounské péči, Unicef, Riga, 1995.
5. Dunovský J.: Náhradní rodinná péče z hlediska dětského lékaře, *Čs. Pediat.*, 36, 1981, 1, 333-337.
6. Dunovský J.: Postavení dítěte ve společnosti se zřetelem k sociálnímu osíření, MPSV ČSR, Praha, 1970, s. 107.
7. Dunovský J.: Somatické změny u dětí přijímaných do dětské vesničky, *Čas. Lék. čes.*, 111, 1972, 50, 1181-1185.
9. Radvanová S., Kuluchová J., Dunovský J.: *Výchova dětí v náhradní rodinné péči*, SNP, Praha, 1980, s. 132.
8. *Kolektiv autorů: Metodika odborných služeb v náhradní rodinné péči*, MPSV ČSR, Praha, 1979, s. 259.
10. *Stav dětí ve světě*: Unicef, New York, 1996.
11. Triseliotis J.: Sellick C., Short R., *Foster Care, Theory and Practice*, B. T. Batsford, London, 1995, s. 196.

## 23 TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ DÍTĚ

### 23.1 CO JE TO SYNDROM CAN

V životě dětí se setkáváme více či méně často s celou řadou situací, kdy zjišťujeme, že se jim nedaří tak dobře, jak by bylo pro jejich prospěch nebo aspoň uspokojivý rozvoj žádoucí, a dokonce, že strádají nejrůznějšími nedostatky, újmami tělesnými i duševními, vedoucími k jejich poranění, škodám na celkovém stavu a vývoji, někdy dokonce až ke smrti.

Toto poškozování dětí až jejich ničení se děje většinou úmyslně týráním, zneužíváním či zanedbáváním.

To má celou řadu příčin, mechanismů, projevů a forem, zasahujících prakticky do všech sfér života takto ohrožovaných nebo již postižených dětí. Poněvadž je to jev či proces mnohotvarý, na němž se účastní a podmiňuje jej celá řada faktorů, nazývá se oprávněně syndromem, tedy souborem příznaků týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (2). Příznaky jsou velmi rozmanité, mající i svou časovou dimenzi a to jak do minulosti tak hlavně do budoucnosti (např. týrané dítě - týrající rodič). Současně má i svou mnohorozměrnost prostorovou (uskutečňuje se prakticky ve všech prostředích dítěte, nejčastěji však v rodině!). Také původci tohoto ubližování dítěti jsou nejrozmanitější lidé, z nichž ovšem nejčastěji ti, kteří jsou dítěti překvapivě nejbližší (rodiče, příbuzní, vychovatelé, známí, přátelé). Avšak i cizí lidé mohou těžce zasáhnout dítě (např. znásilnění, únos, sexuálně motivovaná vražda dítěte apod.).

Poznávání syndromu, nazývaného v literatuře již běžně jako syndrom Child Abuse and Neglect (CAN), a hlavně pak jeho léčení, rehabilitace či řešení je také z těchto důvodů velmi komplikované a náročné a vyžaduje účast celé řady disciplín, zabývajících se jakkoli dítětem. Jde tedy o interdisciplinární řešení, které spolu s komplexností a maximální kvalifikovaností se stává rozhodujícím principem v péči o děti vůbec (4).

Rovněž celkové pojetí se různí. Od jeho chápání jako trestného činu se nyní ustupuje. Více či méně se prosazuje potřeba přistupovat ke CAN jako k velmi složitému sociálně patologickému jevu a tak jej také v jeho celistvosti řešit. Někdy se dokonce mluví o selhání ekologie rodiny (1, 3, 16).

### 23. 1. 1 VÝVOJ CHÁPÁNÍ UBLIŽOVÁNÍ DÍTĚTI

Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí je problém starý snad jak lidstvo samo. Vnímání a hodnocení tohoto jevu závisí na stupni rozvoje společnosti, hierarchii jejích hodnot, v této souvislosti především na hodnotě dítěte a jeho postavení v ní, na kvalitě vztahu rodičů a dospělých k dětem. Právě tento vztah prošel velmi složitým vývojem, jak bylo uvedeno v příslušné kapitole.

Ublíživání dítěti ve všech jeho formách v našem století zdaleka neustalo, jak by se mohlo předpokládat s demokratizací společnosti a poznáváním významu dítěte a dětství. Naopak, začalo se intenzivněji vnímat, poznávat a v nejzávažnějších případech také řešit (trestně právní cestou). Dlouho převažovalo obecné mínění, že je to jen výjimka a že každý, kdo má dítě, se o ně náležitě stará a miluje je. U nás navíc tato teze v minulém režimu byla akcentována představou, že socialismus nemá žádné sociální problémy a že tedy děti nikdo u nás netýrá.

Teprve v padesátých letech se ve světě začali lékaři cíleně zabývat touto problematikou. (Caffey 1946, Silvermann 1953). Popsali závažná poranění (mnohočetné fraktury, vnější a vnitřní krvácení, poranění nejrůznějších orgánů apod.), která nebylo možno vysvětlit nahodilým úrazem. Nazvali je **neúrazová poranění**. Na to v r. 1962 popsal Kempe (8) tzv. **syndrom bitého dítěte** a rozvířil nejprve v Severní Americe a později v celém rozvinutém světě rozsáhlou kampaň proti týrání dětí (povinnost hlášení, náležitě řešení takových případů odpovědnými orgány, rozvinutí dobrovolných aktivit ve prospěch těchto dětí apod).

U nás jsme se začali – bohužel jen na pediatrické půdě – zabývat tímto problémem (12) až v r. 1970.

### 23. 1. 2 FORMY A PROJEVY SYNDROMU CAN

Patří sem **tělesné týrání**, způsobované bitím, kopáním, škrcením, popálením atd. a vedoucí k nejrůznějším poraněním až smrtelným.

K tomu se řadí úmyslné nepečování o dítě, jeho **zanedbávání**, vyústující v jeho nejspívání (failure to thrive) a opět až k smrti. A to nejen běžně v rozvojovém světě, ale i vyjimečně u nás. K tělesnému týrání se postupně začalo přiřazovat **psychické a emocionální týrání**, vedoucí k nadměrnému strachu dítěte, jeho ponižování, nadávání mu, izolace apod. Zcela specifický druh psychického týrání je souboj rodičů o dítě v rámci rozvodového a porozvodového sporu, kde dítě se stává nástrojem vzájemné nenávisti rodičů. Přitom na 40 000 dětí ročně ztrácí jednoho z rodičů z důvodu rozvodu jejich manželství. Stále výraznější součástí psychického, ale i fyzického týrání je šikana, a to jak v společenství dětí tak také rodiny se všemi svými závažnými důsledky na život takto ohroženého a postiženého dítěte (11).

Tělesné zanedbávání je pak velmi úzce spojeno se **zanedbáváním psychickým**. V jeho popředí stojí u nás tolik známý deprivací syndrom v dětském věku a důsledky nedostatečného uspokojování základních duševních a společenských potřeb

např. v kolektivních zařízeních. V současné době se stále více setkáváme s tzv. mikrodeprivací či subdeprivací (13), kdy děti jsou neuspokojovány jen částečně ve svých základních potřebách.

K těmto formám týrání a zanedbávání dítěte ať psychického nebo somatického, jež však nikdy nemůžeme od sebe přesně oddělit, v sedmdesátých letech bylo přiřazeno tehdy znovu objevené **sexuální zneužívání** dítěte. Rozlišují se formy dotykové – **kontaktní**, např. osahávání, koitus v různých podobách včetně znásilnění a incestu. A pak formy nedotykové – **nekontaktní** jako exhibicionismus, voyerství, fetišismus. Zvláštní roli zde hraje zdánlivě neškodná pornografie. Ve své tvrdé podobě však nebezpečně vzbuzuje předčasné sexuální touhy a hlavně aktivity u nezralých a nepřipravených dětí. To může vést k tzv. aktivní pornografii, kde děti se stávají objektem zobrazování nejrůznějších aktů, včetně pohlavního styku. Zde už jsme u dětské prostituce, sexuální turistiky, celé oblasti tak zvaného **komerčního sexuálního zneužívání**. Pro jeho současnou nebezpečnost se svolávají mezinárodní konference (OSN Stockholm 1996) a přijímají nové mezinárodní dohody.

V poslední době se věnuje pozornost **zvláštním formám** CAN jako je organizované, systémové týrání dětí, rituální týrání a pro lékaře zvláště významný fenomén – Muenchausenův syndrom by proxy, v zastoupení. Jde o vymyšlení si patologických příznaků rodiči na dítěti a vynucování si u lékaře často velmi náročné diagnostické i léčebné postupy – např. nevlastní matka se rozhodla, že její dítě má diabetes mellitus a začala je sama „léčit“ insulinem.

### 23. 1. 3 VÝSKYT SYNDROMU CAN

V zemích, srovnatelných s naší, se odhaduje roční výskyt syndromu CAN něco kolem 1 – 2 % ročně. Pokud bychom se přidrželi prvního údaje, pak by mělo být ročně zasaženo u nás něco kolem 25 000 dětí do 18 let věku. Při tom ze všech našich dostupných statistik různých oborů, zabývajících se touto problematikou, lze usoudit, že víme jen asi o 5 000 případech. (6) Znamená to tedy, že musíme laickou i odbornou veřejnost o tomto krajně nepříznivém fenoménu podstatně více informovat a poučovat. Především však na něj musí myslet dětský lékař a to již při jakýchkoli známkách, byť jen jej naznačujících.

## 23. 2 DIAGNOSTIKA SYNDROMU CAN

Pediatr se v zájmu ohroženého dítěte musí naučit diagnostikovat tento jev. To však není vždy lehká záležitost a to jak po stránce odborné tak profesně etické i obecně lidské.

V případech, kde jsou **patrné známky násilí** na dítěti či zanedbanosti a podvýživy, bývá diagnóza CAN celkem snadná. Je třeba však při jakémkoli podezření na ni vždy myslet. Jde např. o zvláštní fraktury, především v různé fázi hojení, opakované výrazné hematomy, zvláště či na nečekaných místech těla (obtisknutá mužská dlaň ve tváři batolete), popáleniny (např. jizvy po uhašení cigarety na tělíčku dítěte), prokazatelná vraždy dítěte a to hlavně sexuálně motivovaná. Složitější je již diagnóza podvýživy, způsobené úmyslně vzhledem k možnosti výskytu nejrůznějších poruch výživy (malabsorpční syndrom, chronické onemocnění, vrozená vada). Rovněž se stále více vyskytuje nedostatečná zdravotní péče o dítě (neléčená závažná onemocnění, často i úmyslně).

Daleko obtížnější je diagnostikovat týrání dítěte, hlavně **v oblasti psychické**. Duševní a citové týrání je provázeno vždy závažnými změnami chování dítěte. Jejich rozpoznání a posouzení, pokud nejde o akutní psychický šok, způsobený nějakým mimořádným zážitkem dítěte nebo událostí, vyžaduje účast dalších odborníků jako dětského psychologa, neurologa, psychiatra. Ta je ovšem nezbytná ve všech případech takového poškození nebo poškozování dítěte. To se samozřejmě týká i psychického zanedbávání.

Nejobtížněji se však diagnostikuje **sexuální zneužívání** dětí, pokud se ovšem nejedná o znásilnění, jež zanechává zjevné stopy na těle i duši dítěte, nebo pokud pachatel nebyl přistižen při činu. Ve všech ostatních případech většinou diagnózu zneužití těžce prokazuje. Není totiž k dispozici dostatek objektivních známek (pokud nějaké jsou, je třeba je vždy náležitě dokumentovat). Diagnóza se proto převážně zakládá na výpovědi oběti, dítěte, jehož věrohodnost bývá obvykle zpochybňována; proti výpovědi obviněného. Obecně se také více věří dospělému než dítěti. Navíc až v osmdesáti procentech případů se odehraje toto zneužití v rodině, která svou silou intimity a soudržnosti nedovolí proniknout až k samotnému objasnění skutku. Pokud se tak stane, dítě je velmi často přinuceno členy rodiny odvolat, co před tím tvrdilo.

Proto diagnostika pohlavního zneužívání dětí má být vždy prováděna jen těmi nejzkušenějšími odborníky, měl by mu být přítomen vyšetřovatel, za jednosměrným zrcadlem advokát obviněného, rozhovor s dítětem by se měl registrovat na videozáznam. Měl by být uskutečněn jen jedenkrát, zvláště jedná-li se o závažný případ. Vyšetření dětského gynekologa či chirurga je samozřejmou součástí komplexního vyšetření takového dítěte. Nelze pominout i vyloučení pohlavně přenosné nemoci.

Nezbytná je vždy přítomnost sociální pracovnice ať již zdravotního zařízení nebo již přímo orgánu péče o rodinu a děti. Tak veškeré diagnostické úsilí vyúsťuje do interdisciplinárního přístupu, v jehož rámci se také uskutečňuje prvotní potvrzení nebo vyvrácení diagnózy CAN či podezření na ni.

Dětský lékař vychází při tom ze své dobré znalosti celkové situace dítěte a jeho prostředí i ze všech změn, které při svém vyšetření zjistí. Těžiště jeho činnosti je především v oblasti zdravotní, i když samozřejmě musí vnímat a hodnotit změny

v psychickém a sociálním stavu a vývoji dítěte. Potřebuje-li ověřit svůj názor, měl by se obrátit o pomoc na konzilium právě zmíněných odborníků, zvláště nemá-li s touto problematikou dostatečnou zkušenost. Činí tak ovšem za předpokladu, že se nejedná o nebezpečí z prodlení a že zabrání dalšímu ubližování dítěti. Nejlépe však učiní, když předá případ k celkovému řešení nějakému specializovanému pracovišti, nejlépe dětskému krizovému centru (5).

Z hlediska profesně etického je problematika syndromu CAN a její řešení velmi obtížná pro dětského lékaře také pro její nezvyklost a náročnost. Lékař je totiž svou dosavadní výchovou převážně orientován na nemoc a ve své činnosti, zvláště v dnešní fázi transformace zdravotnictví na výkon, za nějž je placen.

Preventivní a zvláště sociální složka zdravotní péče je tak spíše oslabována. A při tom její tolik potřebné rozvíjení přináší lékaři zcela nové úkoly jako významnému členu interdisciplinární péče o dítě. To se také dotýká důvěryhodnosti vztahu lékař - pacient - rodič na straně jedné a jeho povinnosti prošetřit, zhodnotit a v případě nutnosti i ohlásit zjištěné skutečnosti ubližování dítěti příslušným institucím na straně druhé. To znamená vstupovat i do vnitřních konfliktů svých pacientů, zbavovat se při tom v prosazování nejlepšího zájmu dítěte své nezávislé „ulity“ včetně potřeby, byť vzácně zaujímat civilně i trestně právní stanoviska a závěry u svých nejzávažněji zasažených pacientů. A to nejenom ze zákona, ale i z jeho nejdůležitější povinnosti - prosadit, zajistit či obhájit nejlepší zájem a prospěch každého dítěte, jež má v péči. Nelze ovšem v této souvislosti nezmínit ani jeho obavu z případné ztráty takových pacientů nebo neoblubu v některých kruzích své klientely.

Z obecně lidského hlediska pak jde o nechuť zabývat se tak nepříznivými záležitostmi života člověka jako je týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, usvědčovat pachatele či aspoň tomu napomáhat, „udávat“ jej a vůbec jednat s orgány činnými v trestním řízení.

V této souvislosti nutno i zmínit problém **syndromu „burn out“**, „vyhoření“, jež se týká pracovníků, kteří se často a intenzivně zabývají extrémně nepříznivou problematikou a proto se jí třeba také vyhýbají.

### 23. 3 TERAPIE SYNDROMU CAN

Dětský lékař v řešení syndromu CAN se nezabývá jen detekcí a diagnostikou tohoto jevu, ale též jeho terapií, rehabilitací, celkovým řešením. Zde kromě poškození somatického (a akutního traumatu psychického) se prakticky na těchto aktivitách podílí jen zprostředkovaně. Nejčastěji podle pokynů psychoterapeutů, sociálních pracovníků a dalších, kteří sledují daný případ a podílejí se na jeho řešení v rámci interdisciplinárního způsobu práce (14).

V zásadě jde o tři typy terapeutické intervence:

- A. Akutní, krizová, řešící** „zde a nyní“ dané ohrožení či poškození dítěte. Zahrnuje v sobě první diagnózu, zjišťující velikost, závažnost, místo zasažení i nebezpečnost jednotlivých příznaků pro život i zdraví dítěte. Současně určuje způsob ošetření i jeho naléhavost (včetně umístění do nemocnice, kde se také lépe může řešit celá záležitost – v přijatelně neutrálním prostředí – za relativně snadné účasti lékařských i nelékařských odborníků).
- B. Střednědobá intervence**, při níž se dokončuje definitivní diagnóza na základě podrobných vyšetření nejrůznějšího druhu a jejich shrnutí a zhodnocení včetně případných znaleckých posudků, vyžádaných vyšetřovatelem nebo soudcem. Zde je lékař povinen poskytnout všechny své nálezy a poznatky. Dále se pokračuje v zahájené terapii, tentokrát již podle stanoveného komplexního léčebného plánu. Závažným problémem přitom je, abychom naši činností nezpůsobili další újmy dítěti (sekundární viktimizace). Ty přicházejí často v této době při kriminalizaci daného případu. Způsoby a metody, jak postupovat v takovýchto situacích, jsou popsány jinde a jsou náplní vlastní práce odborníků. (5, 10)
- C. Dlouhodobá intervence** zahrnuje komplexní, interdisciplinární aktivity, ve prospěch dítěte. Mají za cíl odstranit či aspoň zmírnit všechny škody, způsobené v souvislosti se zasažením dítěte syndromem CAN. Lékař se zde opět soustřeďuje na léčbu chronických postižení, např. těžké podvýživy, tělesného (a ovšem i vždy duševního) zanedbání, rehabilitaci vad, např. parézy po intrakraniálním krvácení, jizvici se těžké popáleniny apod.

Těžiště dlouhodobé komplexní terapie je však v psychoterapeutické léčbě duševních a citových odchylek a poruch zasaženého dítěte, komplikujících také mimo jiné přirozenou socializaci dítěte a způsobujících mu celou řadu životních problémů. Ty se mohou mohou promítat do daleké budoucnosti, popřípadě perpetuovat do další generace. To je také důvod, proč je třeba svěřit tuto problematiku k řešení jen dobře připraveným a angažovaným odborníkům.

Dlouhodobá terapie má také za cíl řešit a snažit se vyřešit nepříznivé situace v rodině, jestliže odtud přichází nebezpečí pro dítě. Jde přitom až o jeho umístění do náhradní rodiny, po případě do ústavu. Zásadně se však především využívají možnosti ponachat dítě ve vlastní rodině (a to třeba i u vhodného příbuzného) za její soustavné a účinné podpory a terapie. Děje se tak vždy za účasti a garance příslušného orgánu péče o rodinu a děti. Vždy však po příslušném projednání rozhoduje soud. Dětský lékař na těchto způsobech a formách dlouhodobé terapie se většinou podílí jen zprostředkovaně, jak již bylo uvedeno. Posiluje snahy psychoterapeutovy a dalších zainteresovaných pracovníků a posuzuje spíše z povzdálí výsledky veškerých léčebných a ozdravných snah. Jiná situace nastane, jestliže se dítě a jeho rodina na něj naváže a očekává pomoc přímo od něj. To by mělo být respektováno, ale opět po dohodě se zúčastněnými odborníky se zachováním jednotného postupu.

## 23. 4 PREVENCE SYNDROMU CAN

Významnou úlohou dětského lékaře v řešení problematiky syndromu CAN je aktivní předcházení tomuto jevu, jeho prevence.

Tak v rámci **primární prevence** je to posilování dobrého rodičovského vztahu, založeného na poznání dítěte a porozumění mu, na opravdové lásce k němu a plné jeho ochraně. A ovšem též na nepřenášení konfliktů rodičů na děti. U dětí se pak dětský lékař účastní na vhodné a včasné sexuální výchově, především upozorňováním na nejrůznější nebezpečí, která je mohou čekat, na nedotknutelnost jejich těla a povinnost odmítnout vše, co je jim nemilé. Dnes již je celá řada metodických příruček a ponaučení na toto téma (7, 9). Pořádají se kurzy pro učitele, sociální pracovníky a právníky. Dokonce je natočen i výukový videofilm, který se zabývá celou problematikou ubližování dítěti (15).

Na úrovni **sekundární prevence** se dětský lékař zaměřuje především na detekci tohoto jevu, hlavně u rizikových rodin (dysfunkčních a afunkčních), u rizikových dětí (nedonošených, handicapovaných, s dětskou mozkovou dysfunkcí, segregovaných apod.) Sleduje takové děti v rámci své dispenzární péče a usiluje o zlepšení rodinné situace svých pacientů, převážně i v co nejužší spolupráci s orgány péče o rodinu a děti.

**Terciární prevence** pak již splývá s vlastní terapií a rehabilitací postižených dětí CAN s cílem zabránit dalšímu zhoršování jejich situace a pomoci jim najít co nejpříjemnější řešení i v těch nejhorších podmínkách. Sem např. nutno zařadit prepubertální a pubertální dívky, sexuálně zneužívané v rodině, kdy se nepodařilo soudně prokázat vinu obviněného (nedostatek důkazů, vynucené odvolání obvinění).

## 23. 5 ZÁVĚR

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je jedním z nejvýznamnějších a nejsložitějších problémů v péči o dítě. Dětský lékař v jeho poznávání, řešení i předcházení zaujímá jednu z nejdůležitějších rolí, i když převážně v interdisciplinárním týmu odpovědných pracovníků.

## Literatura:

1. Agatbonos H.: osobní sdělení, 1992.
2. Dunovský J., Dytrych Z., Matějček Z. a kol.: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě., Grada, Praha, 1995, 245.
3. Dunovský J.: Pomoc obětem násilí v rodině., in: Bílý kruh bezpečí, Praha, 1995, s. 80 - 85.
4. Dunovský J.: Přístupy a pojetí syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte., Čs. pediat., 47, 1993, 65 - 68.
5. Dunovský J.: Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a dětská krizová centra u nás., Čs. pediat., 52, 1997, 5, 247 - 251.
6. Dunovský J.: Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v pilotážní studii pro monitoring v České republice, Sociální politika, 1., 1996, 13 - 16.
7. Elliotová M.: Jak ochránit své dítě., Portál, Praha, 1995, s. 174.
8. Kempe C. H.: The Battered Child syndrom, JAMA, 181, 1962, 17 - 24.
9. Kolektiv autorů: Neubližuj mi., Videofilm, Artemis, Praha, 1997.
10. Malá E., Raboch J., Sovák Z.: Sexuálně zneužívané děti, Psychiat. centrum, 1995, Praha, s. 128.
11. Matějček Z.: Psychická subdeprivace., Čas. Lék. čes., 128, 1989, s. 10 - 15.
12. Ringel J.: Týrání dítěte v rodině., Čs. pediat., 26, 1971, 243-346.
13. Říčan P.: Agresivita a šikana mezi dětmi., Portál, Praha 1995.
14. Sborník z I. národní konference k problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte: MPSV, Praha, 1994, s. 179.
15. Taubner V.: Nejstřeženější tajemství - sexuální zneužívání dětí., Trizomia, Praha, 116.
16. Vaníčková E., Hajd-Mousová Z., Provazníková H.: Násilí v rodině., MPSV ČR, 1995, s. 80.

## 24 ZNEUŽÍVÁNÍ DROG U DĚTÍ A MLADISTVÝCH

### 24. 1 TEORETICKÉ ASPEKTY

Nelegální drogy\*) se devět let po sametové revoluci poměrně pevně zabydly v ČR především mezi populací dospívajících a mladých lidí. Existuje řada výkladových scénářů tohoto fenoménu, z nichž některé poukazují na nepřipravenost státních orgánů v oblasti primární prevence, jiné považují současný rozsah drogové scény za „ještě akceptovatelný“ ve srovnání s okolní Evropou a za takový, kterému nebylo možné zabránit vzhledem k liberalizaci celé společnosti a vzhledem k rychlé adaptaci na tzv. „západní kulturu“ (i s tím špatným, co k ní patří), další upozorňují na bezprecedentní nárůst nabídky a dostupnosti ilegálních drog a s tím související nedostatečnost represivních orgánů. Nechci polemizovat s tím, který scénář je pravděpodobněji; při komplexní a multifaktoriální povaze drogového problému je spíše pravděpodobná částečná platnost všech scénářů dohromady.

#### 24. 1. 1 SYMBOLICKÝ VÝZNAM A SOCIÁLNÍ FUNKCE DROG

K pochopení toho, proč se užívání nealkoholových drog stalo tak rozšířeným mezi dospívajícími a mladými lidmi, je nezbytné zabývat se tím, jakou sociální funkci drogy mezi dnešní mládeží hrají. Existuje celá řada studií (2), které poukazují na funkci drog jako nezbytného prostředku řady sociálních rituálů typických pro osobnost zrání, vlastní individuaci i skupinovou identifikaci mladých lidí. Podobně jako alkohol či tabák, i řada nealkoholových drog zvyšuje sociální kohezi, pocit sounáležitosti se skupinou vrstevníků, pocit, že dospívající někam patří, ale zároveň, že se proti němu a proti někomu vymezuje - v tomto případě často proti autoritě rodičů a hodnotovému systému reprezentovanému formálními sociálními strukturami a společensky akceptovanými vzorci chování. Tato sociální a zároveň individuální funkce různých psychoaktivních látek je známa a kulturními antropology popisována u prarodních národů, ale také u řady dnes žijících kultur.

\*) Drogou rozumíme přírodní nebo syntetickou látku, která má výrazný účinek na lidskou psychiku (psychotropní efekt) a při kontinuálním užívání vede k psychické či somatické závislosti a ke zdravotním i sociálním poruchám (3). Terminologicky správnější by bylo používat pojem „návykové látky“, pro jednoduchost se však budeme držet termínu „drogy“. Patří sem i drogy ilegální (např. alkohol a tabák).