

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Institut mezioborových studií Brno

Sociální původ a následky drogových závislostí mezi mládeží

Bakalářská práce

**Vedoucí bakalářské práce :
PhDr. et Mgr. Ivo Svoboda**

**Vypracoval :
Karel Zahut**

Brno 2005

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Sociální původ a následky drogových závislostí mezi mládeží“ vypracoval samostatně a použil jen literaturu uvedenou v seznamu literatury a zdrojů informací uvedené v práci.

Karel Zahut

Poděkování

Děkuji panu PhDr.et.Mgr. Ivo Svobodovi za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mně poskytl při zpracování bakalářské práce.

Také bych chtěl poděkovat své manželce Evě za podporu a pomoc, kterou mně poskytla při zpracování této práce.

Brno 25. března 2005

Karel Zahut

Obsah

Úvod:	1
1. Droga jako součást společnosti	
1.1. Počátky užívání drog ve společnosti	2
1.2. Druhy drog	6
1.3. Typy závislostí	24
1.4. Nejčastěji zneužívané drogy mezi mládeží	25
2. Příčiny užívání drog mezi mládeží	
2.1. Úloha rodiny v drogové problematice mládeže	28
2.2. Úloha školy v drogové problematice mládeže	31
2.3. Úloha státu v drogové problematice mládeže	33
3. Následky užívání drog mezi mládeží	
3.1. Stádia užívání drog	41
3.2. Kriminalita spojená s drogovou závislostí mládeže	45
3.3. Celkový dopad drogové problematiky na vývoj společnosti	52
Závěr	54
Resumé(CZ)	55
Anotace	56
Literatura a prameny	57
Přílohy	58

Úvod:

Téma bakalářské práce „**Sociální původ a následky drogových závislostí mezi mládeží**“ jsem si vybral, protože pracuji jako policista na úseku odhalujícím drogovou kriminalitu a v minulosti jsem také byl zařazen na úseku zabývajícím s problematikou trestné činnosti mládeže.

Tímto problémem se zabývá mnoho světově uznávaných odborníků, kteří vycházejí z dlouholetých zkušeností, pozorování, ale hlavně z výzkumu a na základě těchto poznatků pak vydávají publikace o mládeži a faktorech ovlivňujících závislost na drogách.

Cílem této práce bude pomocí metody obsahové analýzy textu, studiem literatury statistických údajů a na základě vlastních zkušeností o této problematice, prokázat, že vliv rodiny, školy a státu v drogové problematice, které jsou pilíři naší společnosti, hrají svoji nezastupitelnou roli a podílejí se tak buď pozitivně, nebo negativně na vzniku drogové závislosti mezi mládeží. Současně s tímto problémem se budu snažit prokázat, že drogová závislost mládeže má značný dopad na budoucí vývoj naší společnosti.

Vím, že to bude nelehký úkol, protože během doby co v této problematice působím a zajímám se o ni, bylo prezentováno mnoho názorů, z nichž některé působily dosti kontroverzně.

Doufám, že moje práce aspoň minimálně pomůže v řešení tak rozsáhlého a složitého úkolu, jakým je uchránit naši budoucí generaci před tak zákeřným a destruktivním nepřítelem jakým je **droga**.

1. Droga jako součást společnosti

1.1. Počátky užívání drog ve společnosti

V této práci se bude hojně vyskytovat slovo droga. Proto by bylo záhodno si hned na začátku říci co to vlastně droga je. V souvislosti s pojmem „droga“ se postupně objevilo několik způsobů, jak ho vykládat. Nejznámější je definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1969, kdy komise expertů této organizace pojala drogu jako „jakoukoliv látku (substanci), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu, nebo více jeho funkcí“ . V tomto pojetí je drogou jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, substance nebo hmotná látka, která působí na jakoukoli funkci živého organismu. Nejčastěji se pak jedná o působení na CNS (centrální nervovou soustavu). Jedná se o ovlivnění myšlení, vnímání a chování. Napadeny jsou ale i funkce ostatních tělesných orgánů (trávicí soustava, játra, ledviny, produkce hormonů).¹

Po té, co jsme se zevrubně seznámili s tím, co vlastně droga je, můžeme tak plynule přejít k jejím historickým počátkům ve společnosti.

Drogy a jejich užití byly známy již v mladší době kamenné. Pravěký člověk nacházel v přírodě látky, které nějakým způsobem ovlivňovaly prožívání. Rostliny, které obsahovaly zvláštní látky a byly v té době uctívány a označovány za božské, znali pouze vybraní jedinci-šamani, kteří dokonale ovládali užívání těchto rostlin. Šamani, kněží, medicinmani a věštcí je užívali k léčení, utlumování bolestí, ale také při rituálních obřadech za účelem vyvolání extatických stavů. Mnohdy nešlo jen o jedince, ale i o celé skupiny. Příklady lze nalézt i ve 20. století u některých kmenů v Polynésii, Amazonských pralesech či v odlehlých končinách Afriky. Výtažky z rostlin či hub, a to v jakékoliv upravené podobě (vývary, maceráty, výrobky kvasného procesu) těmto

¹ Nožina, V : *Svět drog v Čechách*, Praha, KLP 1997 s.15

vybraným jedincům sloužili k tomu, aby mohli komunikovat s bohy, shlédnout i jiné světy, pomáhat nemocným či ovládat své bližní. Drogy však byly užívány jen při slavnostních rituálech a to v odpovídajícím množství. Jejich zneužití se velmi přísně trestalo. Z dochovaných skalních kreseb viz. jeskyně v pohoří Atlas a později i z písemných záznamů viz. Stará říše Egyptská se dozvídáme, že ti, kdo požívali drogy bez povolení šamanů, či lékařů, byli zpravidla trestáni smrtí.

Podle staroindické legendy byl nejrozšířenější drogou alkohol. Legenda vypráví o tom, jak jeden z nejstarších bohů Varuna se projížděl po nebi ve voze taženém sedmi červenými koňmi a tu spatřil dutý strom, do kterého napadalo zralé ovoce. Spolu s dešťovou vodou prý strom vydal kvasným procesem opojný nápoj. Legenda dále vypráví, že tomuto nápoji holdovala i další božstva, včetně vrchního boha Indry. Tak tedy vznikl alkohol – víno. Časově lze jeho vznik zařadit asi do doby 6 000 let př. n.l. Místem vzniku byl jižní Kavkaz. Také ve Starém zákoně judských kmenů v knize Genensis se v kapitole „O potopě světa“ připomíná :

“Na zhotovenou archu Jehova přikázal vzítí Noemovi veškeré tvorstvo a rostlinstvo . Do vaku z kozí kůže pak uložit hrozny, které pochopitelně zkvasily a v pohodě libé způsobily nemalé problémy Noemovu synovi Chámovi“.

Kombinací historických a archeologických metod lze určit poměrně čas vzniku 5 000 let př. n.l. a jelikož archa přistála na vrcholku Aratu, opět zde figuruje místo vzniku jižní Kavkaz. Víno, tj. nápoj vzniklý kvašením, však mohli pít jen vyvolení a to ve výjimečných případech. Osoby nepovolané , přistižené při pitce, byly usmrceny.

Ve Staré říši Egyptské 1 800 př. n. l. bylo palmové víno užíváno při svatém obřadu balzamování. Balzamovači jim vymývali před použitím silic vnitřnosti vznešených.

Zprávy ze staré Číny asi tak 1 000 let.př.n.l. obsahují dokonce text protialkoholního zákona, kdy se zneužití alkoholu trestá smrtí. Podobné informace s dobou vzniku časově blízkou obsahuje i judský Talmud.

Další nejstarší drogou je mák, surovina vhodná pro výrobu opia. Byl pěstován v Mezopotámii, Indii i Číně. Zaznamenání doby vzniku této drogy je též 5 000 let př.n.l. Rostlina byl zpracovávána celá mimo semena . Tímto procesem vzniká opium, v moderní době potom morfin a heroin. Čilý obchodní ruch v říši Římské a později i v oblastech blízkého východu v období křižáckých výprav přinesly znalost opia i do Evropy. Lékařská univerzita v Montpellieru v polovině 12. století, na níž jsou vyučovány metody Abu Síny (Avicena) i dalších judských i arabských lékařů se opia hojně užívá. Ovšem zase jen pro medicínské účely. Také období ranného až vrcholného středověku přísně vymezuje užívání drog (alkoholu a dalších omamných látek) jen pro lékařské účely a pro konzumaci vyvolených.

Zámořské cesty a objevy jiných kultur obohacují Evropu nejenom o žádoucí suroviny, jako jsou zlato a stříbro, ale i o suroviny nežádoucí. Houby, kaktusy liány a tabák rozšiřují celou škálu drog. Již v 16. století popisují misionáři působení vývaru z hub (oblast Amazonských pralesů), který vyvolává halucinaci. Jak dlouho před tímto poznáním byly místním domorodcům známy účinky těchto drog však nemůže přesně určit.

Tabák, fenomén severní části amerického subkontinentu je též užíván tamními obyvateli při rituálních obřadech. Do Evropy pronikl v 16. století díky anglickým a holandským mořeplavcům a zpočátku byl brán jako výstřelek výjimečných. Kvůli vypouštění ústy vonného kouře z hořícího tabáku byl například v době Rudolfa II. v Čechách postižen i známý novotář Mikuláš Dačický z Heslova a jen benevolencí císaře unikl osidlům církevní inkvizice.

Vznikem občanské společnosti v 18. století se užívání tabáku rozmáhá a zmnožuje se zároveň množství uživatelů. K alkoholickým nápojům – k pivu, vínu, pálenkám tak přibývá další tolerovaná droga. V této době se rozšiřuje i poslední z dnes tolerovaných drog, káva obsahující kofein. Například v třetí čtvrtině 18. století vzniká první pražská kavárna.

Ze všech výše uvedených drog pro sociálně nejslabší vrstvy je nejdostupnější drogou alkohol. Proto se objevují z důvodů ekonomických i drogy, které mohou tito jedinci získat v přírodě nálezem. Jsou používány výtažky z hub, či konzumace celých plodnic, nebo z jedovatých rostlin, jako je např. durman, rulík a vraní oko. Názvy těchto jedovatých rostlin se objevují v aktech čarodějnických procesů 17. století v Německu i u nás (Velké Losiny). Tyto jedovaté rostliny jsou považovány za zvláště škodlivé a jejich užívání nelze tolerovat. Jako kuriozitu můžeme konstatovat, že se objevují i drogy organického původu, které mají stejný účinek a užití – např. sušená roztlučená ropuší kůže. Trest za nezákonné užití je i v tomto období stejný – smrt.

19. století přináší ze severoamerického kontinentu lidstvu nový fenomén – volný trh. Týká se všech druhů komodit, tedy i těch problematických. Tabákové plantáže rostou jako houby po dešti, konopí se pěstuje nejen na průmyslovou produkci. Ve 20. století se Coca Cola se známou ingrediencí koky stává fenoménem USA a světa teenagerů.

Zrychlující a zmnožující se výroba vede i k vyšší rychlosti života. Fabrikace kumuluje větší množství jedinců na jednom místě i jejich problémy. Objevuje se zde pocit odcizení. Člověk je nahraditelným strojem, výpočetní technikou ztrácí své morální a sociální jistoty. Heslem dne je „Vše pro úspěch“, trh se stává božstvem. Generace beatníků uniká z konzumní společnosti do přírody, ale i tam je dostižena. Používá proto k úniku alkohol a marihuanu. Nakonec tito

vysokoškolští rebelové pochopí, že únik neexistuje. V 60. a 70. letech nová generace hippies již volí jen jednu cestu. Dokonalý únik je jen v dlouhodobém užívání drog. K dobovým fenoménům působícím na psychiku jedince přibývá i „vietnamský syndrom“. Narůstající poptávku v tržní ekonomice podporuje i nárůst nabídky. Rodí se mezinárodní drogové kartely, jejichž ekonomická síla se v mnohých zemích stává zákonem – Medelínský kartel.

Východisko z této situace jednoznačně není známo a jak říká Karel Čapek v Bílé nemoci ústy barona Kriega : „Propagace dobrého je vždy dražší než propagace toho špatného“. A tak propagace cigaret, alkoholu, úspěchu za každou cenu je snazší a levnější. Za jakou cenu, to si však uvědomí jen ti zodpovědní. ²

Po velice stručném obeznámení s historickým vývojem drogy ve společnosti se seznámíme s jejími druhy, které jsou rozmanité a členíme je do několika skupin.

1.2. Druhy drog

Druhy drog pak následně dělíme podle těchto hledisek :

1. Dle původu :

- *přírodní* – např. marihuana, opium, heroin, houby, tabák, kofein. atd.
- *syntetické* – např. amfetaminy(pervitin), LSD, MDMA atd.

2. Dle právního rámce :

- drogy legalizované- káva, čaj, rozpouštědla
- drogy s mírným zákonným omezením – alkohol, tabák

² *Bulletin Národní protidrogové centrály 1998-2000*
Janík, Dušek : *Drogy a společnost*, Praha 1998 s.7-10

- drogy se zákonným omezením – léky na lékařský předpis
- drogy nelegální - jejichž výroba, distribuce, přechovávání v množství větším než malém, vývoz a dovoz je u nás zákonem zakázán (marihuana, hašiš, kokain, pervitin, LSD, MDMA atd.)

3. Podle míry rizika

drogy ze sociálně přijatelným a nepřijatelným rizikem:

- drogy měkké (tabák, marihuana, hašiš atd.)
- drogy tvrdé (alkohol, heroin, pervitin atd.)

4. Podle účinku na tělesnou a duševní stránku :

- stimulační látky (excitující)
- tlumivé látky
- halucinogeny
- těkavé látky

Dále pak si popíšeme obecně známé drogy , které jsou v našem právním systému označovány jako **legální**. Upřesníme si jejich účinky na organismus a velice stručně rozvoj závislosti při jejich užívání. Jedná se o tyto drogy :

Alkohol

Alkohol je jednoduchá chemická látka, proniká celým organismem včetně mozku. Její obsah kolísá v alkoholických nápojích zhruba od 2-3% (pivo) do 40 – 60% v destilátech. V půllitru 12° piva je zhruba tolik alkoholu jako ve 2dcl. vína nebo v 5cl. destilátu. Není tedy důležitá jen

koncentrace alkoholu v nápoji, ale i jeho vypité množství. Dle WHO je pro dospělého zdravého člověka ještě bezpečnou průměrná dávka cca 20g 100% alkoholu/den (16g pro ženu a 24g pro muže), přičemž 20g odpovídá zhruba půl litru piva nebo 2 dcl. vína. Dalším faktorem je věk a kondice konzumenta. Děti se s účinky alkoholu vyrovnávají hůře (i malé množství může způsobit intoxikaci) a návyk na alkohol se vytváří rychleji než u dospělých. Proto je ve většině civilizovaných zemí zvykem děti před alkoholem chránit, a to způsobem, který bývá přímo zakotven v zákonech.

U nás patří alkohol mezi drogy legální, společností tolerované. Alkoholické nápoje lze volně prodávat osobám starším 18-ti let. Existují však i země, kde je věková hranice vyšší (např. USA 21 let, Švédsko 20 let).

Vedle vzniku závislosti na vlastním alkoholu existuje jeho nebezpečí i v tom, že bývá velmi často iniciační drogou k drogám nelegálním.

Při rozvoji závislosti je typické nejprve narůstání tolerance (k dosažení žádoucího stavu je třeba zvyšovat dávky alkoholu) a následně její pokles (k intoxikaci dojde i po malém množství – říká se že piják „už nic nevydrží“). Typickým znakem alkoholika je potřeba bránit rozvoji abstinenčního syndromu další konzumací (tzv. ranní doušky). Dalším je častá přítomnost tzv. okének – výpadek paměti na dobu intoxikace.

Časné známky užívání:

Alkohol v dechu (často maskovaný bonbóny či žvýkačkou), zarudlé oči, narušená koordinace, nejistá chůze, ospalost, setřelá mluva, zhoršená

sebekontrola, oslabení zábran, slovní i fyzická agresivita, následná „kocovina“ – bolesti hlavy, nevolnost, rozlady, deprese.

Pozdní známky:

Okénka, třes, narůstání tolerance, samotářské pití, hltavé pití, ztráta nepijících přátel, snížená (nebo vymizelá) schopnost pití ovládat či zastavit, častější úrazy, nemoci – hypertenze, jaterní onemocnění, žaludeční vředy, pití při nevhodných příležitostech (řízení auta, v zaměstnání), somatický abstinenční syndrom – třas, delirium, nervozita, oběhová dekompenzace. Detoxikace osob závislých na alkoholu vyžaduje přítomnost lékaře!

Tabák

Závislost na tabáku je pravděpodobně nejrozšířenější závislostí na světě. Tabák vyvolává nejprve intenzivní psychickou závislost (rituály spojené s kouřením) a později závislost fyzickou. Léčba závislosti na tabáku je jednou z nejobtížnějších, důvodem je pravděpodobně to, že negativní somatické a psychické dopady spojené s jeho užíváním se projevují až po poměrně dlouhé době. Problémem je i snadná dostupnost tabáku a vysoká společenská tolerance užívání (v současné době se ale postoj společnosti k tabakismu začíná měnit, připravují se i zákonné úpravy).

Tabák lze užívat perorálně (žvýkání), šňupáním a kouřením. Nejrozšířenější je konzumace kouřením ve formě cigaret, vzácněji doutníků či dýmkou (u posledních dvou forem nedochází k inhalaci dýmu do plic). Tabákový kouř obsahuje zdraví škodlivé látky – dehet, kysličník uhelnatý, formaldehyd atd.

Návykovou látkou v cigaretách je nikotin, silný nervový jed jehož podání v koncentrovaném stavu je i při malé dávce smrtelné. Příznaky objevující se při prvních experimentech s cigaretami – pocení, točení hlavy, nevolnost, zvracení – jsou způsobeny právě lehkou otravou nikotinem, na nějž si ještě organismus nevytvořil toleranci.

Dlouhodobé účinky kouření tabáku jsou typicky onemocnění dýchacího traktu (bronchitidy) které mohou vyústit v nádorové bujení, kardiovaskulární onemocnění, snížení imunitní odpovědi a poškození zažívacího ústrojí (žaludeční vředy, záněty až rakovina hrtanu) kam se škodlivé látky transportují slinami.

Problémem je nebezpečnost tzv. pasivního kouření – účinkům z inhalace kouře jsou vystaveny i osoby které samy nekouří, ale sdílejí s kuřáky společný prostor. Alarmující je rozšířenost kouření mezi dětmi, pro něž je cigareta tradičně spojena s dospělostí a jejímž prostřednictvím se tzv. postaršují. Působení toxických látek z cigaret na dětský organismus je mnohem intenzivnější než u dospělých, nehledě na to, že většina zneuživatelů nelegálních drog uvádí jako první zkušenost s cigaretou, kterou lze proto svým způsobem považovat za drogu iniciační.

Časné známky:

Typický zápach z úst a oděvu, u začátečníků známky otravy nikotinem.

Pozdní známky:

Zápach, zažloutlé prsty a zuby, kašel, časté bolesti hlavy, snížení výkonnosti, soustředění. Riziko poškození plodu, snížená potence a libido. Neschopnost odolat touze po cigaretě. Odvykací příznaky – nervozita, roztěkanost, podrážděnost.

Tlumivé léky

Těchto léků je na trhu nepřehledné množství, názvy neuvádíme, neboť se často mění, nebo pro stejný lék existuje více názvů podle výrobce. Jedná se o skupiny léků určených podle typu účinku :k tlumení bolesti, pro léčbu neurovegetativních obtíží, k léčbě nespavosti, na uklidnění apod. Všechny tyto léky mají vedlejší účinky a naprostá většina může vyvolat návyk (psychický i somatický). Nejnebezpečnější jsou léky obsahující barbituráty. Většina z této skupiny léků je vázána na lékařský předpis, jsou však běžně dostupné na černém trhu.

Rizikem těchto léků je, že stejně jako jiné drogy, neodstraňují příčinu problému. Lidé kteří podlehli kouzlu rychlého účinku léků často nejsou ochotni podstoupit jinou léčbu (např. psychoterapii), která většinou nemá tak dramatický účinek a je podstatně namáhavější (i když řešení je bezesporu trvalejší).

I když nebudeme uvažovat přímo o zneužívání na hranici legálnosti, je třeba konstatovat, že nadužívání těchto léků je u nás masově rozšířeno, hlavně mezi střední a starší generací (v konzumaci vedou ženy, muži častěji volí alkohol). Problém je jednak ve velkorysém předepisování léků lékaři a dále ve velké společenské toleranci k nadužívání. Opilý či zfetovaný člověk je šmahem okolím odsouzen, člověk omámený léky spíše politován.

Dalším rizikem je, že k domácí lékárnice se často snadno dostanou děti, na které mají léky stejný účinek jako jakákoli jiná tvrdá droga.

Časné známky:

Zpomalená řeč, dojem lehké opilosti bez zápachu alkoholu, poruchy myšlení, zhoršená orientace, ospalost, kolísání nálad, zpomalený dech, bolesti hlavy.

Pozdní známky:

Třes, nechutenství, poruchy výživy, paranoia, oběhové potíže, těžký abstinenci syndrom při náhlém vysazení – může ohrozit život, při detoxikaci je nezbytná přítomnost lékaře.

Organická rozpouštědla (viz. příloha č. 1)

Organická rozpouštědla, vzácněji jsou používána některá lepidla která mají podobné účinky.

Typickým je zástupcem je organické rozpouštědlo Toluen. Je levný a snadno dostupný (ve většině drogerií) a proto je drogou, která je nejčastěji zneužívána dětmi, dospívajícími a lidmi ze sociálně slabých skupin (bezdomovci). Přezdívá se mu droga hloupých, protože i po krátkém užívání způsobuje organické poškození mozku hlavně ve frontální části a člověk doslova „zhloupne“ a stane se výrazně citově zploštělým.

Uživatelé většinou nakapou malé množství látky na hadřík a výpary vdechují pod dekou nebo z igelitové tašky. Jedná se o velmi riskantní způsob braní drog – množství inhalované látky prakticky nelze kontrolovat. Dalším aspektem je, že osoby inhalující toluen většinou vyhledávají skrytá místa, aby je neprozradil typický zápach a při kolapsu bývají osamoceni – pomoci se jim tedy mnohdy vůbec nedostane a setrvání v prostředí prosyceném výpary způsobí smrtelnou otravu.

Kromě výše uvedeného poškození mozku dochází i k poškození jater a krvetvorby.

Časné známky:

Z dechu i oděvu je cítit zápach po chemikáliích, při intoxikaci - rozšířené zornice, obluzenost, nepřítomný pohled, nezřetelná výslovnost, rozjařenost a později ospalost.

Pozdní známky:

Nezájem, poruchy paměti, emoční zploštělost, zvýšené jaterní testy, horší krevní obraz, vyrážky kolem nosu a úst, zhoršená koordinace. U dětí zhoršení prospěchu, zanedbávání školy, absence. Závislost je spíše psychického rázu, postižený není schopen se vzdát požitků z účinku drogy a i abstinenční příznaky jsou spíše psychické.

Neotropní látky

Jsou nazývány jako „chytré drogy“ (smart drugs) či drogy informačního věku. Začaly se používat na počátku 80. let. Jde o novou skupinu farmak, která působí příznivě na proces učení a paměti. Nejde o přímou stimulaci, ale o normalizaci činnosti buněk. Jsou k dostání v lékárnách, některé volně, jiné na předpis. Většinou nejsou toxické, při dlouhodobějším užívání mohou způsobit nespavost, nevolnost, útlum, deprese.

Pyracetam - používá se k léčení senilní demence, závratí a alkoholismu. Zlepšuje paměť, podporuje výměnu informací mezi levou a pravou mozkovou hemisférou. Celkově se zlepšuje metabolismus šedé kůry mozkové. Subjektivně působí pocity pročištění mozku, zostření vnímání. V současné době lze dostat v lékárně např. Piracetam, Geratam.

Pokračujeme pak v seznámení s drogami , které náš právní systém označuje za **nelegální**. Jedná se o tyto drogy :

Konopné drogy

Marihuana (viz. příloha č. 2) jsou sušené rozdrobené části rostliny, zelené či nahnědlé barvy, u nás si ji konzumenti často sami pěstují a dávají bez náhrady, ale rozšířený je i obchod. Obsah THC kolísá podle druhu a způsobu pěstování. Kouř má typický zápach po spálené trávě.

Hašiš je hnědá nebo nazelenalá kompaktní hmota vzhledem připomínající čokoládu, s vysokou koncentrací THC. Většinou se dováží z Holandska a zemí Balkánu.

Vyrábějí se z rostliny cannabis sativa (konopí seté).

Jejich **účinek** působí látka tetrahydrocannabinol (THC). Jedná se o látku účinnější než alkohol. Droga se z těla vylučuje velmi pomalu (ukládá se v tukové tkáni), po intenzivnější konzumaci ji lze v těle prokázat i po třech měsících. Rizikem jsou tzv. flashbacky – po intenzivnější námaze (i když nebyla bezprostředně požitá) se droga vyplaví z tukové tkáně a může způsobit intoxikaci v nevhodnou dobu.

Konzumuje se nejčastěji kouřením, známý je rituál balení a kouření jointa - marihuanové cigarety, hašiš se kouří rozdrobený v tabáku, nebo přímo ze speciálních fajfčíček. Své zastánce má i aplikace ústy, jako příměs v pečivu, cukrovinkách, v nápojích.

Marihuanové cigarety obsahují více rakovinotvorných látek než tabák. K rizikům patří také poruchy pozornosti a paměti, nezájem a apatie. Zvýšeně rizikové je užívání pro osoby duševně nestabilní (tedy i pro děti a dospívající) a pro lidi s kardiovaskulárním onemocněním. Známé je ale i její terapeutické využití jako

podpůrného léčebného prostředku u nemocných s Parkinsonovou chorobou, HIV a karcinomy (podpora chuti k jídlu, tlumení bolesti).

Jedná se o drogy u nás nelegální, konzumace není postihována, výroba a šíření je nelegální, držení drogy je ošetřeno zákonem.

Časné známky:

Zarudlé oči, zrychlený puls, bolesti na prsou, kašel, sucho v ústech, zvýšená chuť k jídlu, pach potu po spálené trávě, v intoxikaci euforie, po jejím odeznění kocovina (rozlady až deprese), snížení pozornosti – riziko dopravních nehod.

Pozdní známky:

Snížená péče o zevnějšek, podrážděnost, poruchy soustředění a paměti, delší reakční čas, nepravidelná menstruace, zhoršená orientace, kolísání nálad, závislost projevující se potížemi v kontrole užívání, užívání při nevhodných příležitostech, chronické záněty spojivek a dýchacích cest, oslabení imunitního systému, neplodnost u mužů, poškození plodu u těhotných žen, oslabení libida, povahové změny, emoční plochost, abstinenční syndrom v podobě nervozity, podrážděnosti a zvýšené agresivity.

Stimulační látky

Do této skupiny patří mnoho látek, nejznámější jsou amfetaminy, efedrin, fermetrazin, koka. U nás jsou z nelegálních zástupců nejrozšířenější kokain a pervitin. Někdy je mezi stimulanty řazena i MDMA neboli „extáze“, která je někdy nazývána jako taneční droga.

Kokain (viz. příloha č.3) se vyrábí z listů jihoamerického keře koka. Pěstování koky jako zdroje kokainu je mezi jihoamerickými domorodci častým zdrojem obživy, podobně jako pěstování máku

dálném východě. Je to čistě bílá sypká látka, jejímž největším distributorem na světový trh s omamnými látkami jsou drogové kartely zemí jižní a střední Ameriky. Pro svoji vysokou cenu je zneužívána jedinci z vyšších sociálních skupin, kde lze vysledovat i jistou módnost tohoto jevu.

Nejčastěji se užívá šňupáním, ke kouření je určen zvlášť upravený (tato forma se nazývá „crack“, u nás není moc rozšířena).

Pervitin (viz. příloha č. 4) – jedná se o metamfetamin, vyráběný z efedrinu, který je obsažen např. v přípravcích proti kašli. Je to bílá sypká látka. Drogu lze při znalosti technologie poměrně snadno vyrobit i v domácím prostředí. Při její výrobě se mimo jiné používá i fosfor a jód, který výrobci často nejsou schopni z výsledného produktu odstranit, což zvyšuje jeho jedovatost. Jedná se o českou specialitu, je od nás však dále distribuován do světa - trh s pervitinem je rozsáhlý především v zemích bývalého východního bloku, směřuje však i na západ, především do Německa. Tam je ceněn jako levná náhražka kokainu - účinky obou drog jsou obdobné, u pervitinu je však efekt intoxikace dlouhodobější. U nás se cena pervitinu pohybuje kolem 1000,-Kč za gram.

Užívá se šňupáním nebo nitrožilní aplikací, při perorální aplikaci je účinek velmi omezený.

Stimulancia jsou zneužívána především pro svoje nabuzující účinky – popisovány jsou stavy excitace, euforie, zvýšené aktivity a kreativity, větší výdrže a výkonnosti bez potřeby odpočinku, větší otevřenosti v mezilidském kontaktu, pocit větší fyzické síly a rozšíření mentálních schopností. Mimo jiné také redukuje pocit hladu – donedávna byl amfetamin příměsí populárních prostředků na hubnutí. Snaha zhubnout je někdy mladými dívkami udávána jako příčina počátku užívání.

Problémem je, že lákavé účinky stimulantů mají, jako u všech drog, pouze omezeně dlouhé působení. Po jejich odeznění se objevují stavy pociťované spíše negativně. Při dlouhodobějším užívání se objevují deprese, poruchy soustředění, náladovost, podrážděnost. Vzhledem k tomu, že v období intoxikace jedinec prakticky nepociťuje únavu a je méně citlivý ke svým potřebám, dostávají se po odeznění účinků stavy vyčerpání. Ty, zvláště po několikadenním „tahu“ na droze, mohou vést k úplnému zhroucení. V tomto stavu je obvykle nutná hospitalizace.

Dalším rizikem je rozvoj tzv. toxické psychózy, slangově nazývané „stíha“ – v různé intenzitě se s ní setká většina uživatelů stimulancií, někdy po vysazení drogy odezní, jindy zůstane trvalým následkem. Jedná se o psychotický stav, který se vymyká z kontroly jedince a jehož příznakem jsou halucinace paranoidní pocity ohrožení a pronásledování, jejichž důsledkem jsou agresivní reakce na neadekvátní podněty.

Zdrojem zdravotních poškození, často nevratného charakteru je i nitrožilní aplikace. Její důsledky – šíření HIV a hepatitid typu B a C - jsou považovány za individuálně i společensky nejzávažnější z rizik provázejících užívání drog.

Častou příčinou život ohrožující intoxikace, nebo až úmrtí je neodhadnutí koncentrace účinné látky v aplikované dávce – droga před distribucí bývá různě naředěna („říznuta“), aby dealer maximalizoval svůj zisk z prodeje. Těžko lze předem zjistit jak bude látka účinná a co si spolu s pervitinem uživatel aplikuje. Toxikomané se snaží tomuto riziku předcházet kupováním drogy od svého známého, osvědčeného dealera.

Závislost na stimulačních látkách je spíše psychického rázu, pro jejich velmi příjemně vnímané účinky se ale rozvíjí velmi rychle a

obvykle je pro její léčbu třeba dlouhodobé intenzivní terapie. Často je třeba léčby ústavní.

Časné příznaky:

Zrychlený tep, rozšířené zornice, excitovanost, rychlé pohyby, neposednost, hyperaktivita, třes, podezíravost, euforie. Po doznění účinků útlum, spavost, deprese. Při předávkování pocity pronásledování, úzkostné stavy.

Pozdní známky:

Poruchy spánku, halucinace, toxická psychóza, horečky, pocení, bolesti hlavy, poruchy vidění, agresivita, poškození srdce a jater, riziko smrtelných otrav. Nárůst tolerance (nutnost zvyšovat dávky) není zvlášť výrazný, spíše nutkání užívat drogu stále častěji.

Taneční droga (viz. příloha č.5)

Jako „taneční droga“ se nejčastěji rozumí „ecstasy“. Tento název v užším slova smyslu znamená MDMA (metylen – dioxymetamfetamin). Nejširší možný význam pojmu „taneční droga“ pak je droga, kterou jedinci užívají při tanci a má jim zajistit větší požitek z hudby, lepší vnímání rytmu a energii na co možná nejdelší taneční výkon.

Účinky – hlavními důvody pro které se užívá „taneční droga“ jsou povzbuzující účinky, umožňující extrémní fyzickou aktivitu mnohahodinového tance a potlačující vnímání pocitu, hladu, žízně, nebo horka (což představuje jejich největší nebezpečí) a empatogenní účinky, které navozují pocity vcítění, přátelskosti, sdílení a halucinogenní účinky, které zkreslují vnímání barev, zvuků atd.

Rizika – při běžném užití ústy a za předpokladu, že tableta obsahuje opravdu „ecstasy“, což není nikdy jisté se podle

dosavadních poznatků zdravý člověk nemůže předávkovat. V rozporu s rozšířeným přesvědčením, ale užívání (a dokonce i jednorázové užití) ecstasy představuje řadu rizik, z nichž nejvýznamnější jsou :

- paradoxní efekt, kdy místo ke kýženým pocitům dojde ke zmatenosti, dezorientaci, úzkosti, návalům paniky a depresi
- dehydratace a přehřátí díky intenzivnímu tančení a nedostatečnému příjmu tekutin
- záměna tablety za jinou sloučeninu s potencionálně smrtelnými účinky
- poškození jater a kostní dřeně
- nepříjemný „dojezd“, provázený skleslostí až depresí, nespavostí a podrážděností

Opiáty (viz. příloha č. 6)

Patří sem například opium, morfin, dolsin, kodein, methadon a v současné době nejrozšířenější **heroin**.

Základem většiny opiátů je extrakt z nezralých makovic máku setého. Prvním opiátem bylo pravděpodobně **opium**, dodnes velmi rozšířené na dálném východě. Opium se u nás prakticky neužívá.

Morfin, Dolsin, Kodein a Tramal jsou ve zdravotnictví užívány pro svoji schopnost (která je společná všem opiátům) tlumit bolest. Pro svoji dostupnost jsou často zneužívány právě zdravotníky. Na černý trh se dostávají jednak z krádeží, jednak falšováním receptů „s modrým pruhem“ (speciální označení receptů pro sledované opiáty). Vyskytují se ve formě kapek, tablet nebo roztoku pro nitronižilní aplikaci.

Methadon je užíván jako náhražkový opiát pro substituční léčbu závislosti na heroinu. Má obdobné účinky jako heroin, ale nevyvolává

příjemný „nájezd“ s euforií. Proto, přestože je na černém trhu dostupný, není příliš zneužíván.

Heroin (viz. příloha č. 7) – nahnědlá (vzácněji bílá), sypká nebo hrudkovitá látka. Má tlumivé, mírně euforizující účinky, krátce po aplikaci (při „nájezdu“) se mohou objevovat různé vize. Aplikuje se nitrožilně, kouřením nebo vdechováním kouře z heroínu nahřátého na hliníkové fólii.

Pro zneužívání heroínu (a opiátů vůbec) je typické, že na jejich účinek si organismus vytváří **toleranci**. To znamená, že pro dosažení stejného efektu je třeba užívat stále větší dávky drogy, jinak dochází k rychlému rozvoji abstinenčního syndromu. V počátečních stádiích závislosti je tolerance nízká, ke kvalitní intoxikaci stačí cca 0,1 – 0,5 gramu drogy. Rozvojem v čase se tolerance zvětšuje, pro dosažení kýženého stavu je třeba 4-5 gramů denně.

Velkým nebezpečím je výskyt drog s různou koncentrací účinné látky, takže hrozí záměna slabší látky za silnější. Koncentrace je určována jednak výrobní technologií, jednak množstvím příměsí („řezáním“). Ukázkou toho byl výskyt předávkování s následným úmrtím poté, kdy se na našem trhu objevil tzv. „bílý heroin“, droga s vysokou koncentrací účinné látky, na kterou nebyl český konzument zvyklý. Další rizika plynou z nitrožilní aplikace.

Průběh intoxikace – po aplikaci zúžené zornice, celkový útlum, obluzení, pomalé dýchání, zpomalení srdeční akce, pocity tepla, lehká euforie, někdy nevolnost se zvracením.

Ve vyšších stádiích závislosti jsou příjemné účinky zanedbatelné, droga slouží spíš k udržení fungování organismu který si na ni vytvořil toleranci.

Předávkování – utlumení až zástava dechu, silná nevolnost – hrozí aspirace zvratek, bezvědomí, smrt.

Abstinenční syndrom je dramatický, subjektivně vnímaný jako velmi bolestný až nesnesitelný, i když objektivně většinou nejde o život ohrožující stav. Projevuje se rozšířením zornic, zrychleným dechem i srdeční akcí, zimnicí, husí kůží, silným pocením, bolestmi a křečemi svalů, bolestmi kloubů (závislý říkájí že je „bolí kosti v těle“), průjmem, zvracením, slzením, rýmou. Při nemocniční detoxikaci probíhá dodáváním substituční látky (Subutex, Temgezik), jejíž dávky jsou postupně snižovány. Látka je z organismu vyplavena během 10 – 24 hodin, pro úplné zvládnutí odvykacího syndromu je třeba cca 5 – 10 dní.

Časné příznaky:

Desítky minut až hodiny trvající stav tiché obluzenosti, zúžené zorničky, pomalé dýchání. Po odeznění kocovina s depresí, nevolnost, bolesti hlavy.

Pozdní známky:

Přítomnost abstinčního syndromu po vysazení drogy, zvýšené finanční nároky, ztráta zájmů o cokoli jiného než o drogu, neschopnost pracovat či studovat, ztráta potence u mužů, poruchy až vymizení menstruačního cyklu u žen, bledost pleti, vyrážky, zvýšené jaterní testy, změny chování, známky opakovaných nitrožilních aplikací – záněty žil, abscesy.

Halucinogeny

Nejznámějším zástupcem této skupiny je LSD, syntetická látka, jejíchž účinků na psychiku se v 60tých letech používalo k psychiatrickým experimentům. Byly do ní vkládány naděje, že dokáže pomoci při léčbě některých psychiatrických onemocnění. Od jejího užívání se však upustilo, neboť stav vyvolaný jejím působením

sice umožňoval kontakt člověka s čímsi, co by se dalo nazvat snad podvědomí či nevědomí, ale průběh a následky terapie byly nevyzpytatelné.

Halucinogenní efekt má i řada přírodních látek - mezkalin (peyotl, kaktus vyskytující se na území Ameriky), ayahuaska (jihoamerická liana), yboga (Afrika), lysohlávka (u nás rostoucí houba s účinnou látkou psylocybin), muchomůrka červená, durman a další. Právě lysohlávky jsou vedle LSD u nás nejznámějšími halucinogeny.

Muchomůrka červená a durman jsou terčem experimentů, hlavně mladistvých, ale pro své velmi nepříjemné vedlejší účinky (nevolnost a zvracení) nejsou výrazněji zneužívány. Jejich nebezpečí tkví hlavně v jejich potenciálně vysoké toxicitě, procento nucených hospitalizací v důsledku otrav po experimentech je vysoké.

Lysohlávka je drobná houba, v určitých regionech Čech se běžně a hojně vyskytuje. Konzumuje se čerstvá nebo sušená ústy, množství nutné pro halucinogenní efekt se liší podle lokality sběru. To je její největší záludností, neboť nelze předem odhadnout intenzitu a dobu trvání účinku.

LSD (viz. příloha č. 8) se vyskytuje na trhu ve formě krystalické, v tabletách nebo jako tzv. trip. Trip je papírek napuštěný účinnou látkou, cca 1x1 cm s potiskem, který se obvykle liší podle množství účinné látky, distribuuje se v arších. Aplikuje se výhradně ústy, obvykle se nechá rozpustit pod jazykem.

Halucinogeny způsobují stavy, které se individuálně mohou velmi lišit. Důležité je i výchozí rozpoložení a nastavení konzumenta, prostředí v němž je droga užita a v jaké společnosti.

Záleží na užití dávce, zda dojde k úplnému „úletu“ od reality nebo jen k její deformaci (např. ve vnímání barev, tónů, vůní).

Obecně jde o stav charakterizovaný změněným vnímáním a vyhodnocováním skutečnosti, provázený celou škálou emočních prožitků a halucinacemi – tj. vizuálními, sluchovými, hmatovými či čichovými vjemy, které nemají podklad v realitě nebo ji zásadně zkreslují.

Halucinace jsou čistě subjektivního charakteru a nelze předem odhadnout zda budou příjemné či nepříjemné. Doba účinku závisí na kondici konzumenta a na množství užití drogy. U nás je konzumace halucinogenů tradičně spojována s nejrůznějšími akcemi, kde hraje příslušná hudba a hodně se tančí. Droga tu pomáhá k větší citlivosti ke zvukům, rytmu a k barvám. Většinou se neužívá v příliš vysokých dávkách a slouží spíše k prohloubení a obohacení zážitku než k naprostému úniku od reality.

Závislost jako taková na halucinogenech není popsána, a pokud ano, jedná se o návyk psychický – konzument si nedovede představit, jak by páteční noc na párty vydržel.

Rizikem halucinogenů je jejich nevyzpytatelný účinek – od vjemů příjemných přes neutrální po vjemy nepříjemné až hororové. Jedinec reaguje na svůj obraz skutečnosti a jeho reakce proto mohou být hrubě neadekvátní. Dalšími riziky jsou - možnost zpuštění dosud neprojevené duševní nemoci typu schizofrenie či dlouhodobé psychózy, deprese či maniodeprese. Vzhledem k intenzivnímu působení na CNS hrozí rozvoj epilepsie, nádorových onemocnění, v tisku byl uváděn výzkum, dávající do souvislosti užívání halucinogenů a výskyt Parkinsonovy choroby u uživatelů.

Užití halucinogenů je zvláště nebezpečné pro osoby duševně labilní a pro ty, v jejichž anamnéze se vyskytuje psychické onemocnění.

Dalším rizikem, společným pro halucinogeny, marihuanu a vzácněji stimulanty je tzv. „flashback” – příznaky intoxikace se objeví jako následek užití, ale ne bezprostředně po něm - po dnech, týdnech, měsících. Tento jev nelze nijak volně kontrolovat.

Časné známky:

Při intoxikaci rozšířené zornice, zčervenání pokožky, zrychlený puls, horší sebeovládání a koordinace, zvláštní chování (ne vždy).

Pozdní známky:

Psychický návyk, déletrvající příznaky účinků na CNS, rozvoj duševní choroby, horší kontakt s realitou.³

1.3. Typy závislostí

Ještě než přistoupíme k tomu, abychom si specifikovali typy závislostí měli bychom si říci co to vlastně ve skutečnosti závislost je. V této oblasti existuje mnoho pojetí a definic, ale v podstatě jde o onemocnění za jehož jakýsi základ můžeme považovat tyto body :

- Nezvladatelná, neodolatelná touha po opakovaném braní drogy.
- Tendence zvyšování dávek.
- Existence psychické či fyzické závislosti na určité droze vyjádřena přítomností tzv. abstinčního syndromu psychického, nebo fyzického typu.⁴

V návaznosti na definici závislosti pak musíme uvést typy závislostí, které se většinou odvíjí od druhu látky na které je člověk závislý. V mnoha případech se pak i setkáváme s rozmanitou

³ Miroslav Borník, 2001, *Drogy co bychom o nich měli vědět* s. 5-14

⁴ MUDr. Jiří Presl, *Drogová závislost*, Praha 1994 s.15-30

kombinací závislostí, jelikož není výjimkou, že dochází ke kombinaci užívání různých typů drog. Pro orientaci v problému si tedy uvedeme následující typy závislostí.

Jedná se o :

1. Alkoholo-barbiturátový typ (alkohol, Rohypnol, Diazepam)
2. Amfetaminový typ(pervitin)
3. Cannabisový typ (marihuana, hašiš)
4. Kokainový typ (kokain)
5. Halucinogennový typ (LSD, lysohlávky)
6. Opiátový typ(kodein, heroin)
7. Solvenciový typ(toluen, lepidla)
8. Tabákový typ (tabák)
9. Kofeinový typ (káva)
10. Antipyretiko – analgetikový typ
11. Neuroleptikový typ
12. Antidepresivový typ ⁵

1.4. Nejčastěji zneužívané drogy mezi mládeží

Poté co jsme si specifikovali druhy drog, závislost a typy závislostí dle druhu zneužívané drogy pomalu přistoupíme k tématu, které vypovídá o oblíbenosti určitých druhů drog mezi mládeží. Nejdříve si však nutně musíme vymezit věkovou hranici pro populaci, kterou nazýváme mládeží. Musíme si říci, že pro nás je podstatná klasifikace mládeže hlavně ze sociologického hlediska, což je věk v rozpětí 18 až 22-24 let. V mnoha statistikách ze kterých nutně musíme v tomto případě vycházet se však vykazuje věk v rozmezí 15

⁵ *Kapitoly ze sociální patologie* Pavel Mühlpachr IMS Brno, 2003, s. 15

až 19 let a 20 až 24 let. My se tedy budeme soustředit na obě tyto kategorie s přihlédnutím k sociologickému vymezení mládeže.⁶

Ke zjištění údajů, potřebných k určení nejčastěji zneužívaných drog mezi mládeží jsem použil poslední dostupnou výroční zprávu Centrálního pracoviště drogové epidemiologie, která se zabývá sběrem dat na poli drogové epidemiologie, ale i stavem situace na poli problémových uživatelů drog a činnosti kontaktních center pro osoby drogově závislých. Tento sběr dat se provádí od roku 1995 až do současné doby. Pro potřeby mé práce jsem byl schopen použít pouze údaje do konce roku 2003, jelikož údaje za rok 2004 do současné doby nejsou vzhledem k problematickému zpracovávání dat k dispozici. Na základě takto shromážděných dat jsme schopni rozpoznat mnoho sociologických hledisek, jelikož jsou zde uvedeny údaje o vzdělání respondentů, bydlišti, zaměstnání, pohlaví dále pak i pořadí v oblíbenosti užívání drog mezi jednotlivou věkovou kategorií, frekvence užívání drogy, způsoby užívání, věk prvního užití drogy a v neposlední řadě i nárůst, nebo pokles v užívání jednotlivých druhů drog. Na základě těchto informací si pak můžeme udělat alespoň částečný obrázek o osobách zneužívající drogy.

V této fázi se budeme hlavně zabývat popularitou jednotlivých typů drog ve věkové kategorii od 15 do 19 let a od 20 do 24 let. V obou věkových kategoriích je nejpopulárnější drogou stimulant a to hlavně typicky česká droga pervitin, na druhém místě v popularitě ve věkové hranici 15 až 19 let se nachází produkty kanabinoidů (hlavně marihuana), ale ve věkové hranici 20 až 24 let, zaujímají druhé místo opiáty (heroin). Třetí místo popularity ve věkové hranici 15 až 19 let zaujímají opiáty (heroin) a ve věku od 20 do 24 let jsou

⁶ *Kapitoly ze sociální patologie* Pavel Mühlpachr, IMS Brno, 2003, s. 17

to kanabinoidy (marihuana). Dle tabulky č. 1 pak můžeme zjistit, že ze všech uživatelů léčených z drogové závislosti v roce 2003 ve věku **od 15 do 19 let** z celkového počtu **2432** případů uvedlo celkem v **1302** případech základní drogu stimulant z toho v 1288 případech se jedná o **pervitin**, ve 12 případech o **extázy** (MDMA) a v jednom případě o efedrin, nebo fermetrazin. V **813** případech uvedli **marihuanu** a ve 3 hašiš jako produkt marihuany. V **160** případech uvedli **heroin** ve 21 případech ostatní opiáty a po jednom případě methadon a ve 3 brown jako produkt heroinu. Ve skupině **20 až 24 let** je pak situace mnohem dramatičtější. Z celkového počtu **2934** osob léčených drogově závislých uvedlo v **1601** případech základní drogu **pervitin** ve **29** případech **extazy** (MDMA) a v jednom případě efedrin nebo fermetrazin. V **830** případech uvedlo za základní drogu **heroin**, v 33 ostatní opiáty v 19 metadon (náhražka za heroin) a v jednom případě kodein. Na třetím místě se nám opět objevuje v počtu **313** případech **marihuana** a ve 3 případech hašiš (produkt marihuany). (Viz. příloha tabulka č. 1.) V této tabulce máme zastoupeny i další hodnoty ohledně jiných typů drog, ale mi jsme si pro orientaci vybrali jen ty nejpopulárnější na prvních třech pozicích. Dále pak máme vyobrazeno v tabulce č. 2 (viz. příloha) věk zcela prvního užití drogy před z celkového počtu léčených uživatelů, kde zjišťujeme alarmující čísla. Ve věku **od 15 do 19 let** z celkového počtu **4952** osob začalo užívat drogu pervitin v **2833** případech, v **1120** heroin a v **717** marihuanu. Toto číslo se pak ve věku od 20 do 24 let snižuje, což prokazuje, že většina léčených závislých začalo užívat drogu ve velmi nízkém věku a ukazuje tak věkové rozmezí nejrizikovějších počátečních uživatelů.⁷

⁷ Národní koordinátor drogové epidemiologie pro resort zdravotnictví - *Výroční zpráva z roku 2003* – ČR s.46

2. Příčiny užívání drog mezi mládeží

2.1. Úloha rodiny v drogové problematice mládeže

V úvodní kapitole jsme se seznámili se základními informacemi týkající se drog, drogové závislosti a jejich účinky na organismus. Dále pak jsme si vymezili věkové rozmezí specifikující skupinu mládeže, kterou se v této práci máme zabývat. Musíme si připomenout, že existuje mnoho faktorů podporující vznik drogové závislosti, ale my se budeme úzce specializovat na sociální příčiny jejího vzniku. Za jeden z nevýznamnějších faktorů vzniku drogové závislosti můžeme považovat dle vyjádření MUDr. Presla **vliv prostředí**, tedy vše, co nás obklopuje. Jedná se o rodinu (rodiče, sourozenci, příbuzní), školu, vrstevníky, party, působení společnosti jako takové svými hromadnými sdělovacími prostředky, která také formuje náš postoj k světu a současně k návykovým látkám obecně.

Primární prostředí, které formuje náš základní postoj vůči drogám je dle vyjádření všech odborníků zabývajících drogovou závislostí a zcela logicky **rodina**. Podle dlouhodobých výzkumů a pozorování byly zjištěny některé základní rizikové faktory, které podporují vznik drogové závislosti. Dle MUDr. Nešpora je vliv rodiny, kde mladý člověk vyrůstá mnohdy důležitější než dědičnost.

Základní rizikové faktory dle MUDr. Nešpora:

- Nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství (citová deprivace).
- Nedostatečné citové vazby dítěte.
- Malá péče, nedostatečný dohled.
- Nesoustavná a přehnaná přísnost střídaná se zanedbáváním dítěte.

- Nejasná pravidla týkající se chování dítěte.
- Dlouhodobý manželský konflikt mezi rodiči.
- Rodiče na výchově nespolupracují.
- Rodiče schvalují alkohol a jiné návykové látky u dětí.
- Někdo z rodičů nebo sourozenců žijících ve společné domácnosti zneužívá alkohol nebo jiné návykové látky.
- Rodiče jsou osamělí, vůči společnosti lhostejní nebo vysloveně nepřátelští.
- Výchova nepomáhá vytvářet dobré vztahy dítěte s dospělými mimo rodinu.
- Malá očekávání od dítěte a podceňování ho nebo naopak přehnaná ctižádost rodičů.
- Špatné duševní a společenské fungování rodičů.
- Časté stěhování rodiny.
- Duševní problémy nebo nevyrovnanost rodičů.
- Chudoba či nezaměstnanost rodičů.
- Sexuální zneužívání nebo týrání dítěte v rodině.
- Rodiče nevytvářejí prostor pro kvalitní zájmy a záliby.
- Rodina je ve zmatku a špatně funguje, nejasné nebo nepřiměřené vymezení rolí.
- Výchova pouze jedním rodičem bez pomoci dalších příbuzných.
- Dítě žije bez rodiny a bez domova.
- Špatné mezigenerační vztahy a mezigenerační spolupráce (s prarodiči) i špatné vztahy v širší rodině.⁸

Ve všech těchto rizikových faktorech mluvíme o dětech a ne o mládeži. Proč ? Je to velice jednoduché vysvětlení. Faktory závislosti na drogách nevznikají najednou v určitém věku a bez jakýchkoli

⁸ MUDr. Karel Nešpor, *Vaše děti a návykové látky* s. 46-47

příčin. Proto zde můžeme hovořit o příčinách vzniku závislosti mládeže, které mají kořeny v období dětství.

Toto tvrzení pak mohu obhájit z vlastní zkušenosti, kdy jsem při výkonu svého povolání jednal s osobami závislých na různých druzích drog a tudíž zjišťoval, co je vedlo k tomu, že začali užívat drogy. V mnoha případech jsem se setkal s mladými lidmi jejichž rodiče s nimi přestali komunikovat o jejich problémech, jelikož jeden, nebo oba rodiče byli pracovníčně velice zaneprázdněni. Ponořeni do vlastních problémů přehlíželi, či neměli dostatek času na problémy a starosti svých dětí. Hojně se vyskytovaly případy, kdy rodiče byli rozvedení a jejich děti neunesly nepřítomnost jednoho z nich. Každopádně jsem se setkal ve své praxi minimálně jednou s kombinací několika rizikových faktorů, které jsem uvedl na základě výzkumu MUDr. Nešpora a plně se s nimi mohu ztotožnit. Dále pak mohu z vlastní zkušenosti uvést, že v drtivém množství případů rodiče ani nepozorovali, že by jejich dítě užívalo drogy a oznámení této skutečnosti bylo pro ně vždy šokující. Mnohdy rodiče ani nevěděli, jak jednotlivé druhy drog vypadají a měli utkvělou představu, že pokud jejich dítě neužívá drogu injekčně nemůže u něj vzniknout závislost. Tento fakt svědčí o tom, že vzdělanost rodičů ohledně druhů drog a jejich užívání je na velice nízké úrovni. Jak potom jejich potomek mohl svého otce, nebo matku považovat za rovnocenného partnera se kterým si o svém problému s drogami nebo už dokonce závislostí může promluvit? Kde potom najde úrodnou půdu? Ano, je to mezi svými vrstevníky, kteří se snaží celou záležitost zlehčit a tvrdí, že drogy mají pod kontrolou. Jak naivní...

Jaká je tedy úloha rodiny v drogové problematice mládeže ? V zásadě můžeme hovořit o opačném přístupu k dítěti, které jsme nazvali jako rizikové faktory pro vznik závislosti. Především je třeba,

aby rodiče vytvořili svému dítěti zdravé prostředí a rodinnou atmosféru, v níž se bude cítit dobře. Bylo by velkým omylem domnívat se, že zajistit pouze materiální potřeby všech členů rodiny je postačující. Mám na mysli také poskytnout dítěti dostatek lásky, porozumění. Je třeba věnovat se dětem ve volném čase a směřovat je tím správným směrem v jejich výchově a vzdělání. Opomíjení tohoto vede děti na ulici a právě ta je v současné době velkým nebezpečím. Je třeba také zajistit větší informovanost rodičů o druzích a účincích jednotlivých drog vyskytujících se v naší společnosti. To pak umožní na základě diskuse mezi rodičem a dospívajícím dítětem dojít k tomu nejlepšímu čeho se v dané společnosti dá docílit a to, že ukážeme jinou, sice složitější cestu k naplnění přání a potřebám dospívajícího mladého člověka. Za jeden z mezníků v této cestě považujeme to, že ohrožený mladý člověk dokáže odmítnou nabízenou drogu, tedy nemá potřebu.

2.2 Úloha školy v drogové problematice mládeže

Jako druhé nejdůležitější prostředí, které formuje postoj mladých lidí vůči drogám je bezpochyby škola. Tato instituce má za úkol výchovu a vzdělávání naší budoucí generace. Jakým způsobem však k tomuto úkolu přistupují jednotlivé školy záleží na profesionalitě našich pedagogů. Ta je však velice narušena, jelikož jak je všeobecně známo, kvalitní pedagog není v drtivých případech dostatečně finančně ohodnocen a není na mnoha školách výjimkou, že výchovu a vzdělávání uskutečňují pedagogové bez potřebného vzdělání. Tímto stavem pedagogického sboru pak může být narušena celá koncepce výchovy a vzdělávání.

Jak to vlastně je s organizací výchovných programů ohledně drog na jednotlivých školách ? Dle vlastních zkušeností a

materiálů získaných na internetové adrese www.ceskaskola.cz jsem došel ke zjištění, že na každé škole by měl fungovat jakýsi drogový koordinátor. Ten je však běžným členem pedagogického sboru a mimo tuto problematiku má na starosti i běžnou výuku. Ve většině případů je pro tohoto pedagoga důležitější výuka a svojí další činnost pak odsouvá do pozadí. Značnou část, kterou by měl věnovat výchovným programům v rámci výchovné činnosti spojenou s drogovou problematikou pak stráví vyplňováním formulářů o finančních výdajích za přednášky a různé mimoškolní aktivity spojené s drogovou prevencí. Dále pak je hrozivý fakt, že mnoho školních protidrogových poradců postrádá odbornost v této problematice a dle shora uvedeného zdroje se stal případ, že pedagožka pověřena touto funkcí, zabavila mezi žáky eukalyptové lístky v domněnku, že se jedná o drogu.

Jistě by tedy nebylo od věci, aby se na každé škole vytvořilo jedno pracovní místo školního protidrogového koordinátora, který by se nezabýval ničím jiným než poradenskou činností a vytvářením preventivních programů na úrovni školy.

V této části jsem se věnovali jednomu s rizikových faktorů zvyšující riziko problémů s návykovými látkami na školách. Těch však existuje dle výzkumu MUDr. Nešpora mnohem více.

Jedná se o následující rizikové činitele :

- Škola prevenci neprovádí nebo používá neúčinné postupy jako jednorázové přednášky nebo tzv. „komponované pořady“.
- Pokusy o prevenci mají neinteraktivní charakter (žáci jsou při ní spíše pasivní).

- Škola při prevenci problémů s návykovými látkami dostatečně nespolupracuje s rodiči.
- Škola nespolupracuje s užitečnými organizacemi a institucemi ve svém okolí.
- Neexistují rozumná, jasná a prosazovaná pravidla týkající se zákazu návykových látek ve škole.
- Alkohol, tabák a jiné návykové látky jsou ve škole a v jejím okolí žákům snadno dostupné.
- Učitelé jsou vnímáni jako nepřátelští nebo lhostejní a zdůrazňují především nedostatky žáků.
- Selhávající a problémoví žáci jsou zesměšňováni a ponižováni.
- Atmosféra ve škole je cynická, odcizená, postrádá nabídku pozitivních hodnot.
- **Neexistuje návaznost na kvalitní mimoškolní aktivity a vhodné způsoby trávení volného času.**⁹

Můžeme tedy po výčtu shora uvedených rizikových činitelů ve stručnosti říci, že nedůsledné dodržování preventivních programů, má vždy za následek negativní dopad na výchovu mládeže v oblasti problémů s návykovými látkami.

2.3. Úloha státu v drogové problematice mládeže

V předchozích dvou podkapitolách jsme si uvedli některé rizikové faktory vzniku drogové závislosti mezi mládeží v prostředí rodiny a školy. Obě tyto instituce jsou součástí státu a vypovídají tak o situaci a náladě ve společnosti ve které žijeme. Stát má v naší společnosti mimo jiné za úkol organizovat a legislativně upravovat fungování těchto institucí. To znamená, že by měl vytvářet podmínky

⁹ MUDr. Karel Nešpor, Vaše děti a návykové látky s. 48-49

pro jejich kvalitní fungování a zajišťovat tak vývoj naší budoucí generace tím správným směrem. Jako nedostatečné se mi jeví vyčlenění finančních prostředků na mimoškolní výchovu dětí a mládeže. V současné době nefungují v dostatečné míře střediska která zajišťoval dětem nerůznější vyžití ať už se jedná o sport, přírodovědné kroužky atd. Toto jsou v současnosti v převážné míře nuceni financovat pouze rodiče sami a ne vždy je to v jejich možnostech. Je v jeho kompetenci vyčlenit veškeré potřebné prostředky ať již se jedná o finanční podporu mladých rodin, dětí a mládeže či vhodnou legislativou. Zajistit možnost mladým lidem založit vlastní rodinu- tím myslím dostupnost vlastního bydlení, zajištění zaměstnanosti obyvatel a podmínek vhodných pro výchovu dětí a jejich skloubení se zaměstnáním rodičů. Tíživá finanční situace mladých rodin je především faktorem vedoucím ke stresu. Z vlastní zkušenosti mohu konstatovat, že v dnešní době je prakticky nemožné „postavit se na vlastní nohy“ bez finanční pomoci rodičů. Jako pracující občan tohoto státu mám pocit, že stát vytváří nedostatečné zázemí pro rodinu. Konkrétně doba, kdy je žena na mateřské dovolené s dětmi a rodinu často živí pouze jeden z partnerů je téměř neúnosná. Většina mladých rodin se pohybuje téměř na hranici chudoby. Je tedy velice těžké naplno se věnovat rodině a výchově dětí, když se z plných sil snažíte zajistit tolik potřebné finance a napjatá atmosféra v rodině, která z tohoto logicky vzniká je stresující nejen pro rodiče samé ale také pro jejich děti .

Dále potom můžeme hovořit o tom, že stát, který zastupuje vláda ČR by měl vytvářet za využití všech svých resortů, kterých se drogová problematika týká kvalitní program prevence. Dostáváme se tedy k otázce základního členění prevence. **Jedná se o :**

Primární prevenci, ve které jde zejména o to, aby se co nejvíce snížila poptávka po drogách, aby nebyly drogy vyhledávány a konzumovány a aby vůbec nebyl důvod je vyhledávat a konzumovat. Je zde snaha ovlivnit chování jedince změnou norem a hodnot společnosti, ve kterém žije (rodina, škola, populace, kolektiv..) a které do jeho života přináší určitá rizika. Oslabí se, aby v jejich důsledku nemohl drogový problém vzniknout. To se týká i stádia experimentu. Primární prevence, aby byla efektivní tak nemůže být záležitostí jednoho oboru (zdravotnictví), ale naopak spoluprací všech odborníků nejrůznějších společenských oborů.

Účinnost přímé prevence tak závisí na několika požadavcích :

- Měli by ji provádět ti, kdož v drogové problematice přímo působí anebo ti, kteří byly náležitě proškoleni a jsou schopni hlubšího pohledu v souvislostech.
- Jednoduchá strategie zaměřena pouze na jednu společenskou oblast (např. přednáška pro dospívající) vyjde naprázdno a je naopak nutná kombinace mnoha způsobů zaměřených na různé skupiny a prostředí, ve kterém se vytvářejí normy a hodnoty :
 1. Rodina a škola, o kterých jsme hovořili v předchozích kapitolách.
 2. Intermediátoři – osoby schopné mít vliv na druhé v přímém styku nebo prostřednictvím hromadné komunikace. Velký význam pro prevenci se přikládá mladým lidem jen o málo starším než je cílová populace anebo přímo vrstevníkům, kteří jsou přirozenou autoritou. Existují programy využívající vrstevníků tzv. peer programy (z angl. osoba v souřadném postavení), které jsou však náročné jak na trénink, tak na způsob jejich výběru. Tyto programy se však podle výsledků jeví jako jedny z nejúčinnějších.

3. Místní společenství – je způsob , který má zvýšit drogové povědomí na určitém území pomocí místních vlivných osobností, občanských sdružení, zájmových iniciativ a důležitých institucí.

- Nahodilé a nesystematické akce efekt snižují. Proto mají být akce plánované, navazující a dlouhodobější
- Svou formou má být přiměřena věku s ohledem na skupinu, její vědomosti a zkušenosti.
- Měla by být prováděna včas (nejlépe od předškolního věku do nástupu puberty, tj. dříve než bude jedinci ve většině případů vrstevníkem droga nabídnuta.
- Vždy by tu mělo jít zhruba o tři roviny působení jejichž kombinace je pro výsledný efekt jediné žádoucí :

1.Podat základní, objektivní informace o druzích drog, jejich účincích, původu, rozšíření, vzniku závislosti, aktuální situaci ve státě, místě bydliště jasně a pravdivě ukázat, kam drogy vedou, včetně širších společenských souvislostí. Čím pestřejší formy zvolíme, tím lépe.

2.Seznámit, popř. nacvičit strategie a taktiky, jak žít ve společnosti ohrožené drogou a přitom se jí vyhnout. Čím lépe propracované jsou tyto jednoduché nácviky chování (např. jak zvýšit sebevědomí, zkvalitnění komunikace atd), tím hlubší mohou mít na jedince dosah ve smyslu změny životního stylu.

3.Nabídnout co možná nejvíce způsobů, jak lze dosáhnout životního uspokojení a umět přemoci obtížné situace (kulturní, sportovní, sociální, vzdělávací možnosti a síť poraden a psychologických zařízení pro poskytování pomoci pro zlepšování komunikačních a vztahových schopností.

- Měla by vždy klást důraz na vše pozitivní, co ve společnosti, rodině i jedinci je a povzbuzovat jejich rozvíjení

- Měla by k drogám přistupovat tak, že nejsou tak hrozné, aby se o nich nedalo otevřeně mluvit a že mají nad lidmi jen takovou moc, jakou jim sami propůjčí.
- Neměla by používat přístupy jako odstrašování, citové apely a neosobnost jednání, potlačování diskuze, ale naopak preferovat živé akční učení, otevřenou diskuzi a podporovat aktivitu a hodnotné zájmy.

Mám-li shrnout primární drogovou prevenci, pak se jedná víceméně o plošné působení na dosud nezasaženou populaci. Patří sem vše od informací v rámci vyučování přes přípravu na rodičovství, vytváření alternativních, společensky přijatelných aktivit až po ovlivňování názorů a postojů jedince i veřejnosti a podporu zdravého životního stylu. Existuje řada programů a metodik, které ve větší či menší míře obsahují a respektují uvedené obecné zásady. Působí zde i mnoho občanských sdružení, která přicházejí s konkrétními návrhy a projekty. Koordinaci všech aktivit v dané lokalitě mají na starosti protidrogoví koordinátoři, kteří jsou řízení vládními organizacemi jejichž hlavním představitelem je Vládní protidrogová komise. To nejpodstatnější i v primární prevenci však vždy bude záviset na jedinci samotném a konkrétním citlivém přístupu k němu.

Sekundární prevence – je zjednodušeně vyhledávání problémů u osob u kterých již vznikl a jeho následná léčba. Jde tedy o to jak pomoci těm, kteří již pravidelněji nebo pravidelně drogy berou najít cestu zpět do života bez drog. Jak to udělat, aby člověk užívající drogu ji opět přestal vyhledávat a konzumovat a aby byl zdravotními důsledky (otrav, různé infekce...) této konzumace co nejméně poškozen. Pro uživatele drog je tedy utvářen určitý systém odborné pomoci, kde jeho jednotlivé složky nabízí odlišné služby podle určitých indikátorů – např. stádium závislosti, hloubky motivace

změnit se, ochoty spolupracovat, sociální situace jedince, psychického poškození... Každý praktický lékař by měl být informován o těchto službách a zasvěcen do jejich možností. Vždy je třeba mít na paměti, že léčba drogové závislosti je nutně velké psychická i somatická zátěž pacienta, která je vědomě organizována a systematická. Je těžké jinak dosáhnout potřebné změny. Problém obvykle nevznikal v krátkém časovém období (od prvního užití drogy), ale dozrával dávno předtím, takže i jeho léčení si často vyžádá víc času než bychom si přáli. V této oblasti je pak zapotřebí různých specializovaných pracovišť, které ve většině případech organizuje a finančně podporuje stát. Z tohoto pohledu můžeme říci, že je to velké finančního zatížení pro stát a je lepší co nejvíce podporovat primární prevenci, která by měla tomuto stavu zabránit. Pro orientaci si uvedeme některé instituce, které se zabývají sekundární prevencí. Jedná se o :

- Linky telefonické pomoci
- Alkoholicko – toxikologické poradny
- Kontaktní centra
- Detoxifikační jednotky
- Denní stacionář
- Ústavní léčba
- Doléčovací a resocializační centra
- Zařízení azylového typu

Terciální prevence – má za úkol co největší zmírnění důsledků, které užívání drog způsobuje. Nelze ji chápat jako řešení, ale dejme tomu volbu menšího zla. V programu zvaném harm reduction se počítá s tím, že tu jsou lidé, kteří své brání drog dosud nevidí anebo nechtějí vidět jako problém a tudíž ani necítí potřebu se léčit. Je nutné i uvědomit, že to nejsou jen jedinci na první pohled

rozeznatelní, žijící mimo společnost, ale že je to dost podstatná část naší mládeže. V rámci tohoto programu se např. provádí výměna použitých jehel a stříkaček za nové. Není to podpora braní drog, jak by se na první pohled zdálo. Lidem, kteří berou drogy nitrožilně jen velmi málo záleží na tom, zda je to podporování nebo není. Oni jsou ve stádiu, kdy svou drogu prostě musí mít a nebudou-li mít čisté stříkačky a jehly, budou si brát použité, třeba z nemocničních kontejnerů, budou si je vzájemně půjčovat, sdílet ve skupině a riskovat infekci (v lepším případě žloutenky, v horším AIDS). Pouhá nabídka čistých jehel však nestačí. Nestačí ani informace o tom kde je tato výměna možná. Je nutný neustálý tlak a vysvětlování, aby daní jedinci nové stříkačky a jehly opravdu používali. Ve větších městech existují terénní pracovníci (tzv. street workers), kteří chodí na místa, kde se narkomani scházejí a kromě výměny jehel a stříkaček, vysvětlování a rozdávání letáčků s jednoduchými informacemi navazují kontakt a zvou do kontaktních středisek. Nezřídka jsou to první kroky narkomana k jeho následné léčbě. Osvědčila se i spolupráce závislých jedinců, kteří jsou ochotni roznášet čisté jehly a stříkačky do bytů a prostor, kam běžní terénní pracovníci nemají přístup. Do terciální prevence můžeme zařadit i tzv. substituční program. Základem tohoto programu je náhražka nelegální a nečisté drogy (jen opiátu-heroinu) za čistou a na lékařský předpis vydávanou náhražku drogy, kterou je tomto případě methadon. Ten pak narkoman aplikuje ústy. Nabízí se zde možnost začít žít normálně, najít si zaměstnání a začlenit se zpět do společnosti. Nejdříve se vlastně jedná o určitou formu sociální pomoci, ke které se nabízí určité formy terapie a ty později mohou vést až k úplné abstinenci. Pokud ne, jde o obdobu člověka, který je každodenně odkázán na lék. Je to pomoc lidem, kterým jiní lidé pomoci neumí.

Tato léčba byla zahájena prvním zkušebním methadonovým programem se skupinou 20 mužů a žen dlouhodobě závislých na opiátech, kteří byly již několikrát neúspěšně léčeni ze závislosti na opiátech. Pozitivní zkušenosti s tímto programem vedli k tomu, že po necelých dvou letech bylo možno rozšířit metadonový program rozšířit i na jiná místa naší republiky. V širší souvislosti lze do terciální prevence zahrnout i základní sociální a existenční výpomoc (potravin, vitamíny, žactvo, přechodné ubytování...). Také sem patří i terapeutická práce s nejbližšími (rodiči, partnery) závislých, kteří léčbu dosud odmítají.

Po stručném seznámení se základními druhy a funkcemi prevence nesmíme zapomínat na další možné prostředky státních orgánů jak se bránit drogové problematice mládeže. Je to hlavně kvalitní represe, která by měla postihovat obchodníky s drogami, kteří získávají obrovské finanční prostředky na úkor drogově závislých osob a je nutné zastavit jejich podlé taktiky jak získávat do svých pastí další případné odběratele jejich „zboží“. Bohužel je zřejmé, že se soustředí na okruh populace, která se snadno stává závislými což je hlavně naše mládež. Je nutné, aby se orgány zabývající tímto problémem, dokázali rozlišit skutečné obchodníky s drogami od osob závislých, kteří jsou jen zoufalými nastrčenými figurkami v této podlé hře o zisk. Jde tedy o to, aby představitelé státních orgánů, jako je policie, státní zastupitelství a v konečné fázi soudy měli dostatek odborníků, kteří se dokáží orientovat v problematice drogově závislých a obchodu s drogami.

3. Následky užívání drog mezi mládeží

3.1. Stádia užívání drog

V této kapitole se seznámíme s obecně známými stádii užívání drog, které předcházejí vzniku drogové závislosti.

Jedná se o tyto stádia :

1. stádium experimentální

- občasné užití drogy přináší báječné dosud nepoznané prožitky.
- negativní účinky drogy nejsou patrné (ty varovné řeči budou jen planým poplachem).
- droga pomáhá uniknout z reality kdykoli je potřeba (je spolehlivým přítelem).
- to všechno chce jen vědět, jak drogu užívat a která je pro kterého jedince nejpřínosnější.
- škola i práce se zvládá a to dokonce ještě lépe než dříve.
- Před nejbližšími se dá docela dobře vše utajit (naopak si pochvalují změnu k lepšímu).

Pokud se jedinec v tomto stádiu nepodchytí, pak kromě důkladné prevence je dobré naučit jej co možná nejrozmanitějšími způsoby zvládat nepříjemné a zátěžové situace, které v běžném životě zákonitě nastávají.

Mnoho lidí v tomto stádiu od dalšího užívání drog odstupují: Většinou zmoudří, najdou si jiné životní slasti a odradí je i ti co jsou v dalším stadiu užívání.

2. stádium sociálního užívání

- braní drog se stává pravidelnější.

- jedinec si stanovuje pravidla užívání, které mu pomáhají cítit se bezpečně před závislostí.
- droga se užívá v době a na místech, která jsou k tomu sociálně přijatelná (diskotéky, kluby, párty atd.).
- droga je vřazena do sociálního života jedince (stává se jeho součástí).
- denní program jedince se pomalu začíná přizpůsobovat jeho touze po droze (droga se už tak trochu stává problémem).
- původní zájmy se začínají zanedbávat.
- objevují se občasné absence ve škole, nebo v zaměstnání, zejména po tzv. víkendových jízdách, což vede ke shánění falešných omluvenek a lhaní.
- množí se pozdní příchody domů.
- zhoršuje se prospěch, či pracovní výkonnost.
- zhoršují se vztahy ve škole, na pracovišti, doma.
- Opouštějí se staří kamarádi, kteří neberou a získávají se noví, kteří berou drogy.

Jedinci se v tomto stádiu brání drog občas svěří tomu, od koho očekávají pomoc. Chtěli by však něco toho typu : Udělejte něco, abych neměl konflikty s učiteli, spolupracovníky, nebo rodiči. Já se té drogy nechci vzdát, bez ní se muzika nedá poslouchat natož vychutnat, pomáhá mi uklidnit se, když se pohádám...

Ve většině případů je zde odborná pomoc přinejmenším potřebná.

3. Stádium každodenního užívání

- jedinec začíná ztrácet kontrolu nad užíváním drogy
- původní hodnotový systém je stále více pošlapáván

- pocíťovaná emocionální bolest je přehlušována dalšími dávkami drogy
- život se začíná točit jen kolem drogy
- neřešené problémy přinášejí stále větší stres a bolest
- původně stanovená pravidla užívání jsou stále více porušována
- úplné opuštění původních zájmů
- nezájem o školu, zaměstnání, časté absence vedoucí k vyloučení, nebo k propuštění a následná ztráta vůle
- konflikty v rodině vedou až k úplnému přerušení kontaktu s ní a k případnému odchodu
- jedinec se upíná na drogové kamarády
- peníze na drogy se získávají krádežemi, prostitucí, nebo jejím dalším prodejem

Jedinec v tomto stádiu touží po pomoci, chce abstinovat, ale sám to nedokáže. V tomto stádiu je již odborná pomoc dlouhodobějšího charakteru nutná.

4. Stádium užívání k dosažení normálu – narkoman na plný úvazek

- droga už nic nedává
- jedinec není schopen vidět věci reálně a je pohlcen sebeklamem
- jedinec je hnán touhou navodit drogou opět ten příjemný stav , který byl na počátku jeho drogové kariéry
- ztráta vlastní důstojnosti, droga nutí jedince dělat to, co ve skutečnosti nechce
- původní vztahy (včetně rodinných) jsou zničeny, jedinec se stává součástí izolované sociální skupiny stejně postižených

- pohyb v bludném kruhu zbavuje jedince posledních sil cokoli se sebou udělat a ztrácí chuť žít¹⁰

Takto nemocný jedinec nutně potřebuje pomoc zvenčí. Neodmítne-li ji, nastupuje proces dlouhé a obtížné léčby. Ta však není vždy úspěšná.

Závislost je pak jako bludný kruh ze kterého je těžké se vymanit. Jedna potíže automaticky nastartuje druhou. Jednání a mysl se točí už jen kolem drogy. Po aplikaci dávky už jedinec myslí na to jak si opatřit druhou. To souvisí s tím, kde sehnat peníze na dávku, kterého dealera oslovit, aby koupil dobrou drogu, stihne to vše včas než se dostaví abstinenční příznaky. Užívání drogy už vede jen k pocitu viny, který se snaží narkoman přehlušit aplikací další dávky. Trvalejší přetrhávání minulých vztahů s rodinou, přáteli, spolupracovníky vedou jedince k trvalejšímu uchýlování do skupiny se stejnými problémy. Nastává tak sociální izolace, ze které není možno se vymanit. Neumí pak řešit zcela běžné životní problémy a nastanou-li ihned sáhne po droze. Droga pak mění i osobnost jedince, který přemýšlí stále jen o droze. Při shánění finančních prostředků na ni je schopen odvrhnout veškeré svoje minulé morální zásady a nechává za sebe jednat jen svou neukojitelnou touhu po droze. Neštítí se pak užít násilí, které v drtivé míře vede k ohrožení osob v okolním světě. Nedokáže čekat a svou touhu po droze musí uspokojit okamžitě a za každou cenu. Jakýkoli vývoj osobnosti se zastavuje a svůj život již vůbec nemá pod kontrolou. Jeho život se stává stereotypním a může se stát, že je pro jedince mnohdy důležitější než droga sama.

¹⁰ www.knihovna.adam.cz

3.2. Kriminalita spojená s drogovou závislostí

Na úvod této kapitoly se seznámíme s cenami nejčastěji zneužívaných nelegálních drog na „černém trhu“. Jak jsem si již uvedli v předchozí kapitole jsou dle výzkumu Epidemiologické stanice v Praze jedny z nejpopulárnějších drog mezi mládeží pervitin, heroin a marihuana. Dle dostupných informací, které na základě vlastního průzkumu provádí NPC (Národní protidrogová centrála), která se zabývá odhalováním a dokumentováním trestné činnosti spojené s výrobou a distribucí OPL (omamně psychotropních látek) je zjištěno, že :

- 1 gram pervitinu se prodává za částku 1 000 až 1 200,-Kč
- 1 gram heroinu se prodává za částku 800 až 1 000,-Kč
- 1 gram sušené marihuany za částku 200 až 300 Kč

Tyto ceny jsou určeny hlavně pro konečné uživatele, tedy pro námi zkoumanou oblast mládeže. Pokud se pak zamyslíme nad tím, že osoba závislá na pervitinu je nucena užívat drogu v množství až 1 gram denně dojdeme k neuvěřitelnému číslu 30 000,-Kč měsíčně, které je nutno si obstarat, aby se vyhnula tzv. „abstáku“. Jakým způsobem si tuto částku může obstarat člověk závislý na pervitinu nebo jiné návykové látce? Legální výdělečnou činností ? Vždyť jsme si v předchozí kapitole uvedli, že v tomto stádiu není člověk schopen vzhledem k nespolehlivosti navštěvovat běžné zaměstnání, nebo se věnovat naplno jakékoli tvořivé činnosti, která by zajišťovala přísun finančních prostředků. Taktéž si musíme připomenout, že se zabýváme mládeží, kterou tvoří osoby ve věku od 18 do 24 let a v tomto věku není běžné mít k dispozici takto vysokou finanční částku. Nastupuje jedna jediná možnost a to zajistit přísun finančních prostředků nelegální činností. Na počátku se jedná o drobné krádeže peněz , nebo cenných věcí rodičům. Následují pak krádeže v obchodech, kdy hlavním zájmem se stávají věci, jako elektronika,

kosmetika, různé části oblečení a tyto pak prodávají mnohdy za zlomek stávající ceny v hernách, restauracích, zastavárnách, nebo je vyměňují za drogu, kterou odebírají od dealera. Tato forma kriminality je mezi drogově závislou mládeží velice populární, jelikož současná právní úprava umožňuje to, že pokud někdo způsobí škodu do 5 000,-Kč není postihován za toto protiprávní jednání podle trestního zákona, kde by se dopouštěl trestného činu krádeže dle § 247 a hrozila by mu sankce odnětí svobody. Skutek je proto posuzován jako přestupek proti majetku a hrozí za něj max. finanční sankce. Jak však může tuto sankci státní orgán vymoci, když pachatel přestupku je absolutně bez finančních prostředků, majetku a bez zaměstnání. V takových případech je státní orgán vůči dané osobě zcela bezmocný. Mnohdy také dochází k tomu, že se sami rodiče snaží za svého potomka řešit finanční sankce. Mnohdy se tím dostanou do obtížné ekonomické situace, vlastní problém se tím však zdaleka neřeší. Pokud se jedná o protiprávní jednání naplňující skutkovou podstatu přestupku, neexistují kvalitní statistické údaje pro tuto práci použitelné, zabývající se zájmem pachatele přestupku spadající do zkoumané věkové kategorie. Přesto však dochází k tomu, že drogově závislí z okruhu mládeže se velice často dopouštějí i trestného činu krádeže, který je statisticky evidován(způsobená škoda převyšuje částku 5 000Kč) . Je však zarážející, že jsem ve statistice PČR nenalezl spojitost pachatele trestného činu s jeho drogovou závislostí. Tyto údaje jsem našel až ve statistice Probační a mediační služby (viz. tabulka č. 3). Přesto ani v této statistice není rozděleno, zda byl spáchán trestný čin pod vlivem drog, nebo za účelem získání finančních prostředků na zakoupení drogy. K této otázce můžeme ještě uvést, že taktéž ne zcela objektivně je možno zjistit trestnou činnost v souvislosti s drogovou kriminalitou, jelikož dle tabulky PMS ČR jsem zjistil, že v porovnání mezi lety 2003 a

2004 došlo k poklesu o 0,2 %, což není zcela objektivní, jelikož jsou signály o vzestupu kriminality mládeže. Je tedy zcela zřejmé, že zde chybí kvalitní provázanost mezi PMS a ostatními subjekty působící s problematickou mládeží, z čehož vyplývá, že v současné době ještě není PMS schopna zajistit péči pachatelům TČ dle aktivní potřeby společnosti. Další trestná činnost páchaná naší problémovou mládeží souvisí s nedovolenou výrobou a držením omamných a psychotropních látek dle § 187, a dle § 187a dále pak šíření toxikomanie dle § 188a Tr. zákona. Tato trestná činnost v posledních letech zaznamenala výrazný nárůst. Ten souvisí s mnohdy kontroverzně komentovaným přijetím právní úpravy dle § 187a ohledně držení OPL, kde je určováno minimální množství pro vlastní potřebu (jinak množství větší než malé). To se určuje dle množství , které přesahuje běžné množství jedné dávky drogy závislé osoby. Například u pervitinu je to množství přesahující 0,5 gramu, u heroinu taktéž 0,5 gramu a u marihuany více než 20 ks cigaret. V mnoha případech se pak stává, že drogově závislý mladý člověk se snaží získat si potřebnou částku tím, že on sám se stává dealerem. Jsou známy i případy, kdy nakoupenou drogu pro sebe rozdělí tak, že část po naředění jinými přísadami (např. jedlou sodou a někdy dokonce rozdrčenou omítkou) prodává dalším uživatelům ve svém okolí. Podrobnější informace o trestné činnosti všech typů související s drogovou kriminalitou a její vývoj vyobrazuje tabulka č.4 a 5 s grafem. Musíme si pak připomenout i další druh pouliční kriminality, které se dopouští drogově závislá mládež, kdy se snaží za **použití násilí** odcizit finanční hotovost, nebo jinou cennou věc, aby si mohli zakoupit pro ně tak potřebnou dávku drogy (násilná trestná činnost viz. tabulka č.6 s grafem). Toto je jedna ze společensky nejnebezpečnějších trestných činností, jíž se může dopustit drogově závislá osoba. Pod vlivem drogy totiž není schopna rozeznat intenzitu svého útoku na osobu

druhou. V důsledku toho pak může dojít k velmi vážnému poškození zdraví, nebo dokonce usmrcení napadeného. Podle grafického vyobrazení a množství pachatelů TČ z řad mládeže jsem zjistil, že v drogové kriminalitě (dle § 187 a 188 tr. zákona) byl v roce 2003 zaznamenán mírný nárůst, narozdíl od minulých let kde jsme zjistili velice dramatický nárůst tohoto druhu TČ mezi mládeží (viz. tabulka č. 4 a 5) Dále pak jsme zaznamenali mírný nárůst násilné trestné činnosti mezi rokem 2002 a 2003, ale opětovně v minulých letech byl upozorován tento nárůst mnohem dramatičtěji (viz. tabulka č. 6). Přesto však jak jsem již uvedl nemáme možnost zjistit zda tento nárůst nebo pokles souvisí s drogovou závilostí mládeže.

Tabulka č. 3

Celkem evidované případy PMS ČR za rok 2003 – pachatelé t.č.

Celkem evidované od počátku roku		28 365	
z toho	trestná činnost spáchaná mladistvými	2 270	8,0%
	drogová kriminalita*	903	3,2%
	trestná činnost s extremistickým podtextem**	102	0,4%

* - drogová kriminalita – nejen §§187, 187a, 188a, ale i majetková a jiná trestná činnost páchaná za účelem obstarání si drogy

** - nejen §§ 196, 198, 198a, 260, 261, 261a, ale i jiná trestná činnost spojená s extremistickým podtextem

Celkem evidované případy PMS ČR za rok 2004 – pachatelé t.č.

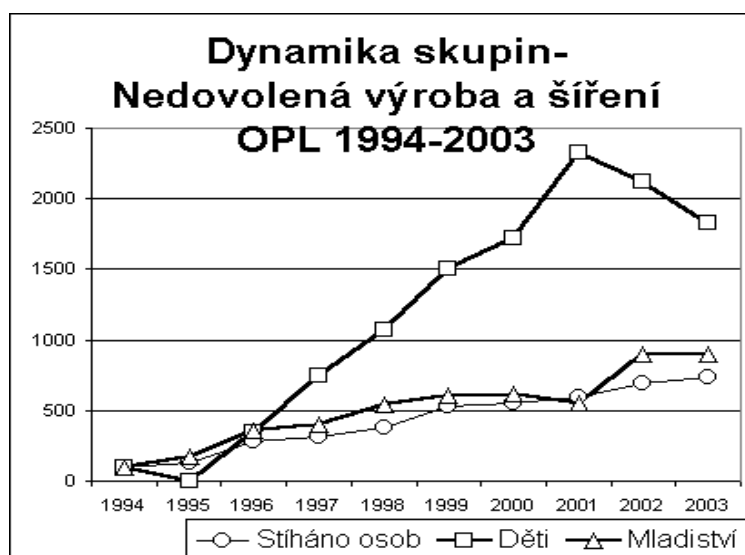
Celkem evidované od počátku roku		28 403	
z toho	trestná činnost spáchaná mladistvými	3 969	14,0%
	drogová kriminalita*	839	3,0%
	trestná činnost s extremistickým podtextem**	88	0,3%

* - drogová kriminalita – nejen §§187, 187a, 188a, ale i majetková a jiná trestná činnost páchaná za účelem obstarání si drogy

** - nejen §§ 196, 198, 198a, 260, 261, 261a, ale i jiná trestná činnost spojená s extremistickým podtextem

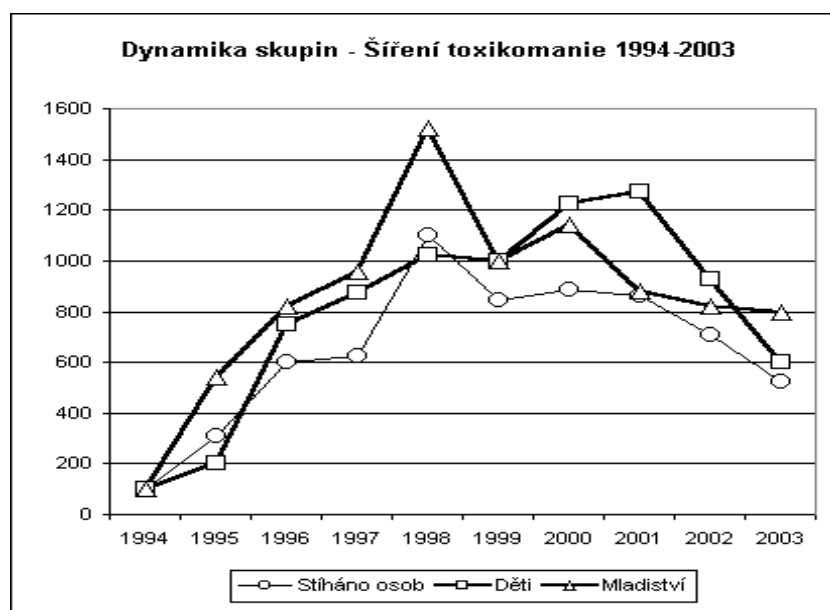
Tabulka a graf č. 4 - Nedovolená výroba a držení psychotropních látek a jedů

Rok	Počet skutků	Stíháno osob	Děti	Mladiství	Rok	Osoby K	Děti K	Mladiství K
1994	383	298	4	32	1994	100	100	100
1995	999	399	0	54	1995	133,9	0,0	168,8
1996	1 592	847	14	115	1996	284,2	350,0	359,4
1997	2 404	932	30	129	1997	312,8	750,0	403,1
1998	4 157	1 124	43	174	1998	377,2	1075,0	543,8
1999	6 418	1 576	60	195	1999	528,9	1500,0	609,4
2000	3 626	1 629	69	199	2000	546,6	1725,0	621,9
2001	3 596	1 771	93	177	2001	594,3	2325,0	553,1
2002	3 860	2 055	85	288	2002	689,6	2125,0	900,0
2003	3 393	2 185	73	289	2003	733,2	1825,0	903,1



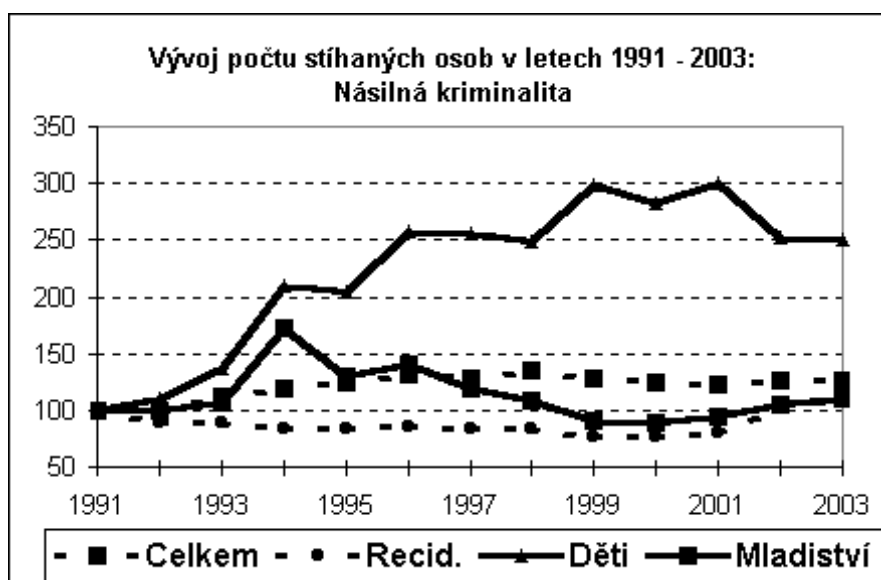
Tabulka č. 5 a graf - Šíření toxikomanie

Rok	Počet skutků	Stíháno osob	Děti	Mladiství	Rok	Osoby K	Děti K	Mladiství K
1994	52	21	4	5	1994	100	100	100
1995	132	65	8	27	1995	309,5	200,0	540,0
1996	446	126	30	41	1996	600,0	750,0	820,0
1997	449	131	35	48	1997	623,8	875,0	960,0
1998	1 077	231	41	76	1998	1100,0	1025,0	1520,0
1999	1 302	177	40	50	1999	842,9	1000,0	1000,0
2000	832	186	49	57	2000	885,7	1225,0	1140,0
2001	613	181	51	44	2001	861,9	1275,0	880,0
2002	470	149	37	41	2002	709,5	925,0	820,0
2003	367	110	24	40	2003	523,8	600,0	800,0



Tabulka č. 6 a graf -Trestná činnost mládeže 1991 – 2003 - Násilná TČ 1991-2003

Násilná	Celkem	Koef.	Recid.	Koef.	Děti	Koef.	Mladiství	Koef.
1991	13 695	100	5 781	100	405	100	1 100	100
1992	13 671	100	5 112	88	444	110	1 106	101
1993	15 283	112	5 149	89	557	138	1 174	107
1994	16 376	120	4 804	83	847	209	1 898	173
1995	17 169	125	4 802	83	826	204	1 432	130
1996	17 964	131	4 938	85	1 042	257	1 553	141
1997	17 662	129	4 793	83	1 036	256	1 310	119
1998	18 546	135	4 842	84	1 009	249	1 203	109
1999	17 444	127	4 380	76	1 211	299	1 006	91
2000	17 003	124	4 393	76	1 143	282	989	90
2001	16 790	123	4 662	81	1 218	301	1 035	94
2002	17 356	127	5 855	101	1 024	253	1 157	105
2003	17 314	126	6 371	110	1 014	250	1 215	110



Zdroj : Interní stránky PČR – intranet MV ČR

3.3. Celkový dopad drogové problematiky mládeže na vývoj společnosti

V této kapitole se pokusíme vyjmenovat některé faktory drogové problematiky mládeže, které mají značný dopad na vývoj naší budoucí společnosti. Je logické, že populace mládeže ve věku od 18 do 24 let je velice ohrožena drogovou závislostí, protože jak jsme se již v předchozích kapitolách zmínili, v tomto věku vzniká závislost na drogách snadněji než u starších jedinců. Mládež pak logicky snadněji propadá problému závislosti na drogách a snadněji se propracovává k úplné závislosti (narkoman na plný úvazek). V této fázi pak jedinec ztrácí veškerý zájem o běžný způsob života a uchyluje se k sociální izolaci, která je omezena jen na styk s osobami se stejným problémem závislosti. Je zcela ovládán drogou a absolutně se zastavuje jeho osobnostní vývoj. Takto postižený jedinec se logicky nemůže nepodílet na dalším rozvoji společnosti a svými problémy zasahuje i do života těch, kdo se ještě s drogou nesetkali. Souvisí to se zapojením do pracovního procesu, což máme procentuelně vyobrazeno v tabulce č.7 (viz. příloha), ze statistiky Drogové epidemiologie, kde je zřejmé, že z celkového počtu **8522** léčených drogově závislých osob v roce 2003 je **1942** žáků a **4518** osob je bez stálého zaměstnání.

11

Vysoce společensky nebezpečné riziko spočívá i v ohrožování okolí šířením nakažlivých chorob(žloutenka, AIDS..). Jejich příčinou často bývá používání a vzájemné půjčování nesterilních injekčních jehel sloužících k aplikaci drogy mezi narkomany. Často slyšíme nejen ze sdělovacích prostředků o bezohlednosti narkomanů, jež se s naprostou samozřejmostí odhodí použitou jehlu kdekoli (na lavičce v parku, u dětského hřiště, pískoviště v křoví u cesty). Chorobou se tedy může nakazit kdokoli, kdo o se náhodou o takovou jehlu poraní a

¹¹ Národní koordinátor drogové epidemiologie - *Výroční zpráva 2003 – ČR* s. 31

nejvíce jsou ohroženy malé děti na těchto místech si bezstarostně hrající. Procento nakažených žloutenkou jedním z takových způsobů vyobrazeno v tabulce č. 8 (viz. příloha). kde je zřejmé, že věkové rozmezí od 15 do 19 let v roce 2003 bylo celkem **12,5 %** léčených osob a ve věkové hranici od 20 do 24 let tyto osoby zaujímaly celkem **28,6 %**.¹² Jejich „nemoc“ pak značně zatěžuje státní rozpočet věnovaný na jejich léčbu, popřípadě zajištění základních sociálních potřeb. Tyto finanční prostředky mohly být investovány jiným užitečnějším způsobem. Dalším negativním projevem drogově závislých je to, že způsobem získávání finančních prostředků na drogu (pouliční trestnou činností od krádeží, dalším prodejem drog až po násilnou trestnou činnost)přímo ohrožují bezpečnost dalších jedinců ve společnosti. Tento výčet negativních jevů drogové závislosti mládeže pak může značně ovlivnit další zdárný vývoj naší společnosti, kterou by měla budovat dnešní mládež.

¹² Národní koordinátor drogové epidemiologie - Výroční zpráva 2003 – ČR s.147

Závěr

V této práci jsem se zabýval sociálním původem a následky drogové závislosti mezi mládeží. Snažil jsme se prokázat pomocí kvantitativního výzkumu za užití metod obsahové analýzy textu, studiem literatury, statistických údajů MV ČR, Výroční zprávy za rok 2003 Národního koordinátora drogové epidemiologie a Probační a mediační služby, že vliv rodiny, školy a státu hraje nezastupitelnou roli v drogové problematice mládeže a současně, že drogová závislost mládeže má značný dopad na budoucí vývoj naší společnosti.

Droga je velice nebezpečný protivník, kterého nelze ovládat jak si mnoho mladých lidí myslí. Dopodrobna jsem se snažil popsat různé druhy drog, účinky a následky jejich dlouhodobého užívání, jež jsou katastrofální. Ty mají značný vliv na osobnostní a společenský vývoj jedince. Prokázal jsem, že zcela zásadní roli v boji proti drogové závislosti hraje jako primární sociální skupina rodina, dále pak škola a v neposlední řadě i stát v jehož vlastním zájmu je vytvořit vhodné podmínky pro rodinu a výchovu kvalitní mladé generace. Pojmenovali jsme některé negativní vlivy, které přístup k drogám mladých lidí zásadně ovlivňují a zvyšují tak riziko případné drogové závislosti. Dále pak se nám podařilo prokázat, že drogová závislost je vlastně nemoc jejíž kořeny nalezneme především v nedostatečném citovém zázemí a lhostejnosti jejíž průběh má značný dopad na budoucí vývoj naší společnosti. Riziko, které by hrozilo v případě nedodržení preventivních a represivních opatření je značné a dlouhodobé. Tato opatření jsou velice specifická a jak jsem poznal, že každému jedinci se musí přistupovat individuálně, podle předem stanovených kritérií, jež jsou velice rozmanitá a až jejich vzájemná kombinace pak vede k požadovanému efektu zmírnění rizik drogové závislosti. V konečné fázi však zcela přesně nebylo možno zjistit skutečný počet drogově závislých v ČR, ale pouze těch, které se z této závislosti léčí.

Resumé (CZ)

Tato práce pojednává o problematice **„Sociálního původu a následcích drogových závislostí mezi mládeží“**. Je rozčleněna do tří kapitol.

První kapitolu jsem nazval **„Droga jako součást společnosti“** a v té jsem popsal, co to vlastně droga je, počátky jejího užívání ve společnosti s historickým vývojem. Následovalo pak rozčlenění typů drogových závislostí a na základě statistických údajů Národního koordinátora drogové epidemiologie z roku 2003 jsme zjišťovali nejčastěji zneužívané typy drog mezi mládeží.

Ve druhé kapitole pod názvem **„Příčiny užívání drog mezi mládeží“** jsem poukázal na úlohu rodiny, školy a státu v drogové problematice mládeže, kdy jsem se soustředil na negativní, ale i pozitivní aspekty ovlivňující její vznik.

Ve třetí kapitole pod názvem **„Následky užívání drog mezi mládeží“** jsem popsal stádia užívání drog, kriminalitu mládeže související s drogovou závislostí, kdy jsem čerpal ze statistických údajů PČR a PMS. Na závěr této kapitoly jsem poukázal na celkový dopad drogové problematiky mládeže na vývoj společnosti. Pro názornost jsem v textu a příloze vyobrazil statistické údaje pomocí tabulek a pro představu jsem se pokusil vyobrazit podobu různých typů drog, které se vyskytují v naší společnosti.

Résumé (ENG)

This paper deals with the subject matter of **Social Origin and Consequences of Drug Addiction among the Youth**. The work is divided into three chapters.

The first chapter is titled **Drug as a Part of the Society**. This chapter describes what a drug really is, what marks the beginning of its use in the society and what was the historical development of its use. What follows is a distinction of various types of drug addiction and an enumeration of the most frequently abused types of drugs among the youth (based on the statistical data of 2003, provided by the National Coordinator of Drug Epidemiology).

In the second chapter, called **The Causes of Drug Use among the Youth**, the roles of the family, the school and the state were pointed out. Both the negative and the positive aspects affecting the causes of drug use were considered.

The third chapter bears the title **The Consequences of Drug Use among the Youth**. Various stages of drug use as well as the crime rate of the youth related to drug addiction (data drawn from PCR and PMS¹³) are described there. At the close of this chapter the author related the overall impact of drug problems of the youth on the development of the society. The reader will also find statistical data shown as an illustration by means of charts throughout the text and in the appendix. Included are pictures of different types of drugs that are found in our society.

¹³ PCR stands for Police of the Czech Republic. PMS Probate and mediant registry

Anotace

Tato práce pojednává o problematice „**Sociálního původu a následků drogové závislosti mezi mládeží**“. Je rozčleněna na úvod, tři kapitoly a závěr. Řeší se zde úloha rodiny, školy a státu v drogové závislosti mládeže a potažmo i dopad drogové závislosti mládeže na budoucí vývoj naší společnosti.

V práci jsou uvedena tyto klíčová slova :

Droga, drogová závislost, absták, dojezd, mládež, rodina, sociální původ(příčiny).

Annotation (Eng)

This paper deals with the issue of **Social Origin and Consequences of Drug Addiction among the Youth**. It is divided into the Introduction, three main chapters and the Conclusion. The author discusses the role of the family, the school and the state in the development of drug addiction among young people. Also treated is the impact of drug addiction of the youth on the future development of our society.

Keywords:

Drug, drug addiction, withdrawal symptom, abstinence symptom, youth, family, social origin (causes).

Literatura :

Bibliografie

- Janík, Dušek : *Drogy a společnost*, Praha 1998
- Nožina, V. : *Svět drog v Čechách*, Praha , KLP 1997
- Mudr. Karel Nešpor, Csc. PhDr. Ladislav Csémy: *Alkohol, Drogy a vaše děti*. Praha 1992
- Mudr. Karel Nešpor: *Návykové chování a závislost* Praha, Portál 2000
- Mudr. Karel Nešpor, Doc. MUDr. Hana Provazníková: *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*, Praha 1999
- Mudr. Karel Nešpor, *Vaše děti a návykové látky*, Praha 2001
- Michal Miovský, *LSD a jiné halucinogeny*, Boskovice Brno 1996
- MUDr. Jiří Presl, *Drogová závislost – Může být ohroženo i Vaše Dítě?*, Praha 1994
- Tomáš Zábranský a kol., *Racionální protidrogová politika – Uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů*, Votobia 1997

Odborné časopisy :

- Bulletin Národní protidrogové centrály 1998 – 2003
- Odborný časopis pro sociálně patologické jevy – *Závislosti a my* 2002 - 2004
- Miroslav Borník 2001, *Drogy co bychom o nich měli vědět*, ISBN
- Hygienická stanice hl.m. Prahy, centrální pracoviště drogové epidemiologie, *Výroční zpráva za rok 2003*

Internetové adresy :

www.knihovna.adam.cz

www.drogvinfo.cz

www.ceskaskola.cz



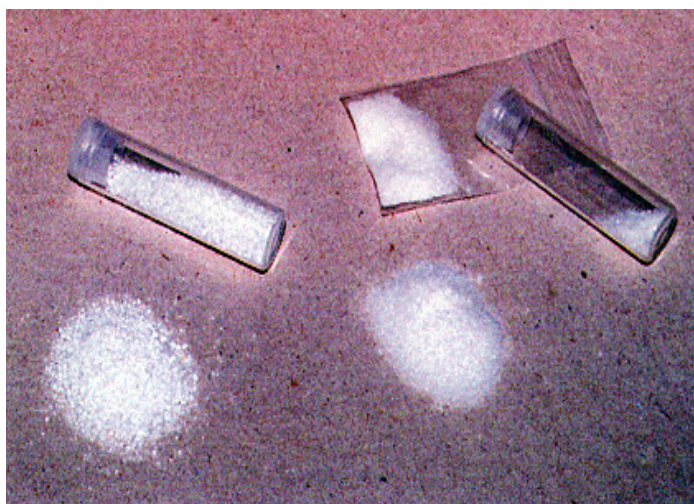
Příloha č. 1 – ukázka užívaných rozpouštědel



Příloha č. 2 – ukázka produktů z indického konopí



Příloha č. 3 – ukázka stimulantu kokain (příprava k aplikaci)



Příloha č. 4 – ukázka stimulantu **pervitin**



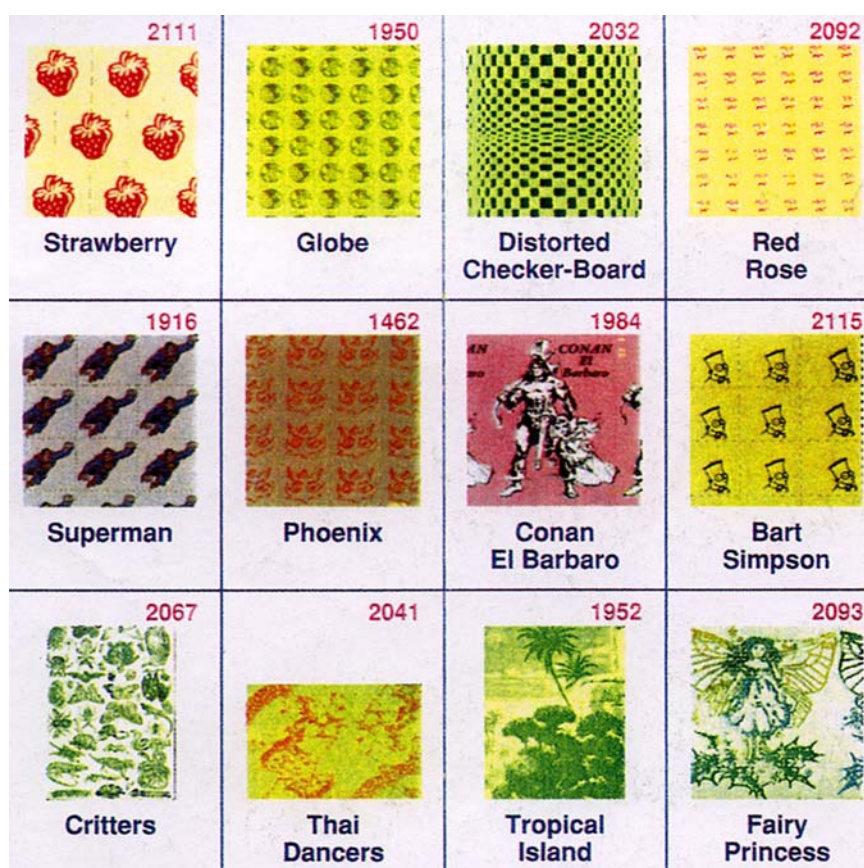
Příloha č. 5 – ukázka MDMA ecstasy



Příloha č. 6 – ukázka druhů **opiátů**



Příloha č. 7 – ukázka zadržené dodávky **Heroinu**



Příloha č. 8 – ukázka LSD v podobě **Tripu**

Zdroj : Bulletin NPC 1998-2003

INCIDENCE (First Treatment Demand) A PREVALENCE

uživatelů drog - žadatelů o léčbu

ČR-2003

Tab. č. 1

Základní drogy a skupiny drog podle věkových skupin - celkem

	Všichni klienti v roce 2003														První léčba v roce 2003													
	do 15	15 -19	20 -24	25 - 29	30 -34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 +	nezj.	celkem	do 15	15 -19	20 -24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 +	nezj.	celkem
Opiáty	1	186	884	695	185	97	44	12	10	3	0	3	13	2133	1	95	254	196	56	30	9	0	2	2	0	3	8	656
Heroin	1	160	830	650	157	72	29	7	5	0	0	0	12	1923	1	78	241	182	47	25	6	0	1	0	0	0	8	589
Morfin	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kodein	0	1	1	2	3	7	4	3	0	0	0	2	0	23	0	1	0	1	0	2	1	0	0	0	0	2	0	7
Brown	0	3	1	9	4	8	4	0	0	0	0	0	0	29	0	2	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Metadon	0	1	19	17	12	1	3	0	0	1	0	0	0	54	0	0	3	1	4	1	1	0	0	1	0	0	0	11
Ostatní opiáty	0	21	33	17	9	9	4	2	4	2	0	1	1	103	0	14	10	6	5	2	1	0	1	1	0	1	0	41
Kokain - celkem	1	3	8	2	3	4	0	0	0	0	0	0	1	22	1	2	7	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	15
Kokain	1	3	7	2	3	4	0	0	0	0	0	0	1	21	1	2	6	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	14
Crack	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Stimulancia	9	1302	1632	894	350	207	70	33	8	0	1	2	41	4549	9	900	783	369	133	51	25	10	2	0	1	0	25	2308
Amfetamin	0	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	50	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Pervitin	9	1288	1601	887	349	206	68	33	8	0	1	2	38	4490	9	89	771	367	133	51	25	10	2	0	1	0	22	2281
Extaze (MDMA)	0	12	12	29	5	0	1	0	0	0	0	0	0	50	50	0	8	11	2	0	0	0	0	0	0	0	3	24
Efedrin,fermetrazin	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Hypnotika,sedativa	1	9	14	15	7	17	9	16	8	5	1	2	0	1	7	6	6	1	7	3	5	3	1	0	1	0	0	41
Benzodiazepiny	1	5	7	7	4	8	3	5	5	3	0	2	0	50	1	3	1	2	1	3	2	2	2	1	0	1	0	19
Ostatní sedativa	0	4	7	8	3	9	6	11	3	2	1	0	0	54	0	4	5	4	0	4	1	3	1	0	0	0	0	22
Halucinogeny	0	15	10	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	29	0	13	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
LSD	0	4	8	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Psilocybin	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Durman	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Ruzpustidla	18	94	59	36	8	5	3	1	1	0	0	0	1	226	13	64	22	11	1	1	2	1	1	0	0	0	0	116
Toluen	16	81	53	35	8	3	2	1	0	0	0	0	1	200	11	57	20	11	1	1	1	1	0	0	0	0	0	103
Jiná rozpustidla	2	13	6	1	0	2	1	0	1	0	1	0	0	26	2	7	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	13
Kanabinoidy - celkem	79	816	316	111	45	17	8	0	3	0	2	0	6	1403	67	632	176	59	26	8	4	0	2	0	1	0	6	981
Marihuana	78	813	313	111	44	17	8	0	3	0	2	0	6	1395	66	629	175	59	26	8	4	0	2	0	1	0	6	976
Hašiš	1	3	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Jiné drogy,léky	0	6	4	7	3	5	3	5	3	1	5	0	1	37	0	3	2	2	1	4	2	1	2	0	1	0	0	19
Neznámá	0	1	7	4	5	2	0	0	0	0	0	0	0	19	0	0	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	6
Celkem	109	2432	2934	1767	606	354	137	63	35	9	5	7	64	8522	92	1716	1254	647	221	103	45	17	12	3	3	4	41	4158

INCIDENCE (First Treatment Demand) A PREVALENCE
uživatelů drog - žadatelů o léčbu
ČR-2003

tabulka č. 2

Věk prvního užití základní drogy podle základní drogy a věkových skupin

	Všichni klienti v roce 2003														První léčba v roce 2003													
	- věkové skupny prvního užití základní drogy														- věkové skupny prvního užití základní drogy													
	do 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	nezi.	celkem	do 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	nezi.	celkem
Opiáty	166	1200	456	120	37	12	7	2	2	5	1	1	127	2133	53	326	159	47	21	5	5	1	0	2	1	0	36	656
Heroin	150	1120	406	101	24	8	4	0	1	2	0	0	108	1923	48	301	147	42	12	3	3	0	0	0	0	0	33	589
Metadon	0	10	18	9	6	2	1	0	0	0	0	0	8	54	0	0	3	2	4	1	1	0	0	1	0	0	0	11
Ostatní opiáty	16	70	32	10	7	2	2	2	1	0	1	0	11	156	5	25	9	3	5	1	1	1	0	2	1	0	3	56
Kokain - celkem	2	8	7	3	2	0	0	0	0	2	0	0	0	22	2	4	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Kokain	1	8	7	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	21	1	4	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	14
Crack	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Stimulancia	501	2871	622	182	65	29	10	4	1	0	0	2	261	4549	229	1524	304	87	28	17	8	1	0	1	0	2	107	2308
Amfetamin	0	4	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Pervitin	498	2833	613	179	64	28	10	4	1	0	0	2	257	4490	227	1507	299	87	28	17	8	1	0	1	0	2	107	2281
Extaze (MDMA)	2	33	9	2	1	0	0	0	0	1	0	0	3	50	1	15	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	24
Efedrin	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Hypnotika,sedativa	8	20	22	10	11	6	10	4	1	0	2	0	8	104	5	7	8	4	4	3	4	2	0	0	1	0	3	41
Benzodiazepiny	4	11	9	6	4	1	7	2	0	2	0	0	3	50	2	3	2	3	2	1	3	1	0	0	1	0	1	19
Ostatní sedativa	4	9	13	4	7	5	3	2	1	1	0	0	5	54	3	4	6	1	2	2	1	1	0	0	0	0	2	22
Halucinogeny	5	20	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	29	2	11	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16
LSD	4	8	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	15	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Psilocybin	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Durman	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Rozpuštění	81	107	22	3	2	0	1	1	0	0	0	0	9	226	50	49	7	1	2	0	1	1	0	0	0	0	5	116
Toluen	68	101	19	2	1	0	1	0	0	0	0	0	8	200	43	47	6	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4	103
Jiná rozpustidla	13	6	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	26	7	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	13
Kanabinoidy - celkem	561	719	53	15	5	4	0	1	0	0	0	0	45	1403	401	495	36	8	4	3	0	1	0	0	0	0	33	981
Marihuana	557	717	52	14	5	4	0	1	0	0	0	0	45	1395	397	494	36	8	4	3	0	1	0	0	0	0	33	976
Hašiš	4	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
Jiné drogy,léky	5	7	8	3	2	2	2	0	2	0	0	0	5	37	3	5	3	1	0	2	1	0	1	0	1	0	2	19
Neznámá	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	17	19	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6
Celkem	1330	4952	1194	336	124	53	30	12	6	5	4	3	473	8522	745	2421	525	151	60	30	19	6	1	3	3	2	192	4158

VIROVÁ HEPETITIDA TYPU A,Ba C

ČR - 2003

Podíl osob s rizikovým chováním podle věkových skupin (v % ve věkové skupině)

- srovnání let 1997; 2003

Tab. č. 7

Věková skupina	Virová hepatitida A							Virová hepatitida B							Virová hepatitida C						
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 - 4	1,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 - 9	0,8	0	0	0,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 - 14	3,4	1,8	2,3	4,8	0	0	0	16,6	0	25	8,3	0	0	33,3	0	100	100	33,3	66,7	0	0
15 - 19	45	46,4	50	19	35,5	22,2	12,5	29,7	59,2	58	64,6	62,1	54,4	59,3	88,1	87,1	81	88,3	85,2	80	87,8
20 - 24	31,5	42,7	36,7	9,1	19	17,6	28,6	20	48,8	53,8	58,3	59,5	49,5	55,3	77,4	76,5	81,1	82,1	66,2	75,9	82,8
25 - 34	15,9	21,8	17,3	3,3	3,8	0	5,9	17,9	25,7	35,6	43,3	37,8	22,4	37,2	63,9	60,3	64,7	77,8	76,6	54,2	73
35 - 44	4,9	8,5	3,3	10,3	4,2	8,3	0	7,8	10,9	20	13,8	18,6	24	27,3	10	42,9	50	54,5	45,5	31,6	54,5
45 - 54	5,4	1,7	2	0	0	0	0	0	2,4	10,2	3,7	4,7	5	13,2	10	0	0	36,4	13,3	20	25
55 - 64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,8	2,1	0	0	3,3	0	10	0	0	0	0	100
64 - 74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 +	0	0	0	0	0	0	0	0	3,1	0	0	0	0	4,3	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	19,3	23,6	16,6	4,7	6,8	4,7	5,3	10,8	22,8	29,1	33,9	33,1	27,1	33,8	57,7	65,5	67,2	73,4	66,3	59,6	75,8

INCIDENCE (First Deand) A PREVALENCE
uživatelů drog - žadatelů o léčbu
ČR - 2003

Tab.č. 8

Charakter zaměstnání uživatelů drog žádajících o léčbu

Charakter zaměstnání	Všichni klienti v roce 2003				První léčení v roce 2003 (FTD)			
	Muži	Ženy	Neznámo	Celkem	Muži	Ženy	Neznámo	Celkem
1. Pravidelně	915	316	3	1232	406	141	*	547
2. Student/ žák	1039	900	3	1942	763	644	3	1410
3. Důchodce , v domácnosti	146	112	*	258	37	45	*	82
4. Nezaměstnaný,	3368	1145	5	4518	1424	476	4	1904
5. Jiná možnost	144	74	*	218	53	29	*	82
0. Neznámo	253	99	2	354	105	26	2	133
Celkem	5865	2646	11	8522	2788	1361	9	4158