

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Vývoj drogové scény v ČR po roce 2000**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Vedoucí diplomové práce:**  
**Prim. MUDr. Milena Zimulová**

**Vypracovala:**  
**Bc. Lenka Klapáčová**

**Brno 2008**

## **Prohlášení**

Čestně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Vývoj drogové scény v ČR po roce 2000“ vypracovala samostatně, pouze s využitím pramenů v práci uvedených.

.....

## **Poděkování**

Dovoluji si tímto vyslovit poděkování paní Prim. MUDr. Mileně Zimulové za pedagogickou pomoc, kterou mi při zpracování diplomové práce laskavě poskytla.

## Obsah

Úvod .....	3
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Obecná charakteristika</b> .....	<b>5</b>
1.1 Základní pojmy .....	5
1.2 Rozdělení drog .....	8
1.2.1 Alkohol (etylalkohol) .....	10
1.2.2 Tabák .....	11
1.2.3 Halucinogenní látky .....	12
1.2.4 Konopné drogy .....	14
1.2.5 Opiáty .....	16
1.2.6 Stimulancia .....	19
1.2.7 Analgetika .....	23
1.3 Historie zneužívání drog .....	24
<b>2 Celkové statistické údaje o drogové scéně v ČR</b> .....	<b>30</b>
2.1 Charakteristika současného stavu v oblasti zneužívání drog v ČR .....	30
2.2 Trendy nově evidovaných uživatelů drog – žadatelů o léčbu v ČR, .....	32
2.2.1 Incidence na 100 000 obyvatel .....	32
2.2.2 Poměr mužů a žen .....	33
2.2.3 Procento uživatelů mladších 19 let .....	34
2.2.4 Procento injekčních uživatelů drog .....	34
2.2.5 Počty nově evidovaných uživatelů heroinu .....	35
2.2.6 Počty nově evidovaných uživatelů pervitinu .....	36
2.2.7 Počet nových klientů žádajících o léčbu .....	37
2.2.8 Průměrný věk .....	38
2.3 Srovnání celorepublikových statistik a TK Sejřek v užívání návyk. látek .....	39

2.4	Srovnání ČR s evropskými zeměmi v užívání návykových látek.....	41
<b>3</b>	<b>Terapeutické komunity jako nástroj léčby .....</b>	<b>43</b>
3.1	Definice a historie .....	43
3.2	Terapeutická komunita Sejřek .....	45
3.3	Průběh léčby.....	46
3.4	Konkrétní služby TK Sejřek .....	49
3.5	Základní statistické údaje.....	51
3.5.1	Statistické údaje roku 2003 .....	51
3.5.2	Statistické údaje roku 2004 .....	52
3.5.3	Statistické údaje roku 2005 .....	52
3.5.4	Statistické údaje roku 2006.....	54
3.5.5	Statistické údaje vyjádřené grafem .....	55
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>57</b>
<b>4</b>	<b>Výzkum v terapeutické komunitě Sejřek .....</b>	<b>57</b>
4.1	Dotazník .....	58
4.2	Vyhodnocení dotazníku.....	60
4.3	Srovnání odpovědí klientů TK Sejřek se stávajícím stavem v Novém Městě .....	66
	<b>Závěr .....</b>	<b>67</b>
	<b>Resume .....</b>	<b>69</b>
	<b>Anotace.....</b>	<b>70</b>
	<b>Klíčová slova.....</b>	<b>71</b>
	<b>Annotation .....</b>	<b>70</b>
	<b>Keywords .....</b>	<b>71</b>
	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>72</b>
	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>72</b>

# Úvod

Zneužívání drog, zejména mladou generací, se v posledních letech stalo nedílnou součástí života naší společnosti. Příčin je jistě celá řada. Mnohé z nich se váží k sociálnímu prostředí, v němž mladí lidé vyrůstají, jiné k osobnosti člověka, další pak k samotné droze a některé bývají nezdědka chápány i jako tzv. „osudová proměna“.

Obecně lze však konstatovat, že nepříznivý vliv na vývoj drogové scény v naší zemi má především snadnější dostupnost návykových a psychotropních látek, která významně souvisí i s rozšířením světového obchodu s drogami. Zároveň však v této situaci nelze podceňovat ani skutečnost, že životní styl nemalé části obyvatel odmítající jednostrannou orientaci na majetek a peníze, servilní napodobování silných zahraničních partnerů, zaměřenost na konzum a spotřebu, individualizaci a egoismus v sociálních vztazích, podporuje nejen tendence mládeže k úniku od reality do světa přání, představ, iluzí a nadějí, ale i potřebu projevu vzdoru proti pochybným hodnotám a odosobněné, zindividualizované morálce.

Bohužel, za těchto okolností prožívá řada mladistvých jedinců zklamání z perspektiv, které jim společnost nabízí. Svoji budoucnost vidí značně mlhavě, přičemž se postupně smiřují i s tím, že jejich životní cíle se nikdy nenaplní.

Možná i proto se u většiny strategií, přístupů a metod zaměřených na řešení problémů spojených s drogami nedaří dosáhnout snížení jejich užívání. Počet lidí experimentujících s drogami neklesá navzdory nejrůznějším katastrofickým varováním a značné protidrogové publicitě. Naopak, je realitou, že užívání tzv. rekreačních drog se stává normálním jevem, který je součástí kultury a životního stylu.

Téma diplomové práce „Vývoj drogové scény v ČR po roce 2000“ jsem si vybrala záměrně, neboť jak již bylo uvedeno výše, zneužívání drog se v posledních letech stalo nedílnou součástí života naší společnosti a je na každém z nás, aby se pokusil zvrátit nebo alespoň pomoci při řešení tak závažného problému, jakým bezesporu užívání drog je a sním i spojená delikvence, deviantní chování, školní neúspěšnost, problémy rodičovství i problematické sociálně ekonomické podmínky, na které je nutno nahlížet jako na celek.

Cílem práce, jak už z jejího názvu vyplývá, je především popis hlavních trendů v oblasti užívání drog a jeho následků, obšírněji popsat situaci v této oblasti v České republice po roce 2000.

V intencích tohoto pohledu a v souvislosti se zvyšováním poptávky po drogách je proto důležité nejen systémově analyzovat nepříznivé důsledky spojované se zneužíváním drog, ale i jasně definovat pojem a formulovat cíl prevence, který zejména v praktickém životě bývá chápán až příliš alternativně.

Metoda, kterou použiji, bude především obsahová analýza dostupných materiálů a z ní logické a deduktivní vyvození závěrů, jejichž porovnání se žádoucím stavem povede k návrhu opatření.

Skladba výběrového souboru byla odvislá od složení lidí, u nichž byla diagnostikována závislost na nealkoholových drogách, a kteří byli v době provádění výzkumu klienty terapeutické komunity Sejřek, která se zabývá jejich léčbou. A právě z výše uvedeného důvodu se ve své práci budu zabývat tzv. tvrdými drogami, o tzv. lehkých drogách, kam patří alkohol, tabák a zneužívání léků se zmíním, i přesto, že alkoholová závislost je u nás nejrozšířenější, pouze v obecné charakteristice drog.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Obecná charakteristika

### 1.1 Základní pojmy

S postupujícím časem vznikají v oblasti drogové terminologie nové pojmy, definice, termíny. V minulosti existovala řada názorů, co to vlastně droga je, jaké způsobuje problémy a kdy nastupuje závislost. Dříve byla drogou označována „surovina rostlinného nebo živočišného původu používaná jako léčivo“. Dnes má slovo *droga* ve spisovné češtině význam „omamujícího prostředku nebo dráždivého přípravku“.<sup>1</sup>

V roce 1969 komise expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) označila za drogu „*jakoukoliv látku (substanci), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více funkcí*“. Definice zahrnuje všechny substance či hmotné látky, ať už mají či nemají přiznáno postavení léků, působí či nepůsobí na nervovou soustavu, jsou přírodní nebo umělé<sup>2</sup>.

Pro účely zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, v platném znění, se drogou rozumí návykovými látkami omamné látky a psychotropní látky uvedené v přílohách č. 1 až 7 tohoto zákona, které jsou sestaveny dle Jednotné úmluvy o omamných látkách.

Obecně lze však říci, že *drogou* se rozumí každá přírodní nebo syntetická látka, která má psychotropní účinek, tj. ovlivňuje prožívání okolní reality, působí na psychiku a může vyvolat závislost. Dle J. Presla lze drogu chápat jako látku, která splňuje dva základní požadavky:

- má tzv. psychotropní účinek
- může vyvolat závislost, která je u různých drog různá, může být větší nebo menší, ale přítomna je vždy

---

<sup>1</sup> M. Nožina, 1997. Svět drog v Čechách, kapitola I., str. 9.

<sup>2</sup> Urban 1973, str. 11-28



*Drogovou závislostí* pak rozumíme, že člověk ve stavu závislosti přestal být svobodný vůči droze, stala se součástí jeho života. Můžeme rovněž říci, že závislost je potřeba drogy získána učením, v každém případě jde však o onemocnění, které má negativní účinky nejen pro jedince, ale i pro společnost.

Příčiny drogových závislostí jsou různé a individuální. Obecně leží příčina ve vzájemné kombinaci osobností charakteristiky individua včetně dědičnosti (*endogenní faktory*) a vlivu prostředí a přítomnosti drogy (*exogenní faktory*).

Endogenní faktory ovlivňující vznik závislosti lze popsat například jako:

- zvýšené emoční prožívání, dráždivost a psychická labilita
- neschopnost rozumově posoudit sebe a okolní realitu
- rigidita při řešení životních situací
- odchylky a deviace v oblasti autoregulace atd.

Exogenní faktory ovlivňující vznik závislosti lze charakterizovat například následovně:

- městské prostředí, kde je i větší procento možnosti obstarat nebo získat drogu
- disfunkční rodiny, kde není dítě citově akceptováno a vychováváno
- nižší úroveň vzdělání
- zvýšený vliv subkultury, ve kterém se subjekt pohybuje atd.

Někdy není snadné a mnohdy ani vhodné oddělit od sebe zřetelně tělesné a duševní, somatické (fyzické) a psychické. Nicméně se vžilo rozlišování *fyzické a psychické závislosti*.

*Psychická závislost* je duševní stav vzniklý konzumací drogy, která se projevuje přáním drogu opět požívat. Vznik psychické závislosti je vázán také na jiných požitcích, nestačí pouhá konzumace drogy, ale i vazba na některé okolnosti, které požívání drogy doprovázely. Může to být jistá společnost, prostředí, rituál spojený s požíváním drogy atd. Psychická závislost je pravděpodobně nejsilnějším faktorem, který vede ke zneužívání drog.

*Fyzická závislost* je stavem organismu vzniklým zpravidla dlouhodobějším požíváním drogy. Organismus si drogu zahrnul do své látkové výměny, a v případě, že dojde k přerušení přísunu, reaguje tzv. odvykacím stavem. *Odvykací stav* se vyskytuje u všech návykových látek.

Ilustrovaný encyklopedický slovník z roku 1982<sup>3</sup> uvádí, že „*Toxikomanie, čili drogová závislost, je stav psychické i tělesné závislosti na psychoaktivních látkách (drogách), užívaných trvale (kontinuálně) se škodlivými důsledky jak pro jedince (toxikomana<sup>4</sup>), tak pro společnost. Závislost se vytváří buď na jednu drogu (monotoxikomanie), např. u alkoholismu, nebo na několik drog (polytoxikomanie), např. alkohol a sedativa. Drogová závislost poškozuje toxikomana psychicky (vede k poruchám duševním, intelektuálních schopností a společenských vztahů) i tělesně (dochází např. k poškození jater, krvetvorby, srdce a oběhového systému, k celkové kachexii<sup>5</sup>)“.*

Dalším významným slovem v drogové závislosti je *tolerance (snášlivost)*. Tolerance je označována jako schopnost organismu snášet určité látky. Farmakologové charakterizují toleranci jako *jev, který se projevuje snižujícím se účinkem stejného množství látky<sup>6</sup>*. V laické řeči to vlastně znamená, že proto, aby byl v lidském těle vyvolán drogou účinek stejné intenzity, je třeba při vzrůstající toleranci organismu dávky zvyšovat.

*Úzuz* je *užití či užívání* drogy ve shodě s oprávněnými zájmy jednotlivce a společnosti. Je to vlastně užívání drogy v kontrolovaném množství, které nepoškozuje zdraví a nepůsobí rušivě na člověka a jeho ekonomické poměry a ani poměry jeho rodiny. V této souvislosti bývá užíván i termín *konzumace*.

*Abúzuz* je *zneužívání*, tj. příliš časté nebo v přílišném množství a nebo za nepřijatelné situace užívání drogy. Abúzuz je takovým užíváním drog, které nepříznivě ovlivňuje fyzický i duševní vývoj člověka. Rozeznáváme abúzuz s návykem a abúzuz bez návyku. U abúzu bez návyku jde o zneužívání drogy (časté užívání, překračování dávek), kdy se však člověk ještě může svobodně rozhodnout, jestli drogu požije nebo ne. Opačná situace nastává u abúzu s návykem.

Druhy abúzu drog přehledně nastiňuje následující tabulka<sup>7</sup>:

---

<sup>3</sup> M. Nožina. Svět drog v Čechách, 1997, str. 12.

<sup>4</sup> Toxikomanie, toxikoman je označení fenoménu a osob zneužívajících nealkoholové drogy. Přesnějšími termíny jsou nealkoholová toxikomanie a nealkoholový toxikoman.

<sup>5</sup> Chorobně silná celková sešlost a hubnutí

<sup>6</sup> M. Nožina. Svět drog v Čechách, 1997, str. 13.

<sup>7</sup> Pasini, Fasoli 1991, str. 41.

<b>Příležitostně-experimentální zneužívání</b>	Zřídka, sporadické užívání, ne více než čtyřikrát až pětkrát za život, jako experiment a pouze za jistých úvodních podmínek
<b>Rekreační zneužívání</b>	Mírně časté; jedinec nekupuje drogy přímo, ale neodmítá je, jsou-li mu nabídnuty. Užívá je na večírcích nebo při jiných společenských a oddychových příležitostech.
<b>Příležitostní zneužívání</b>	Častější; jedinec si nakupuje vlastní drogy, které užívá za určité situace, při určité příležitosti (pro povzbuzení, aby se vyrovnal s obtížemi, aby získal odvahu atd.).
<b>Intenzivní zneužívání</b>	Velice časté; jedinec má stále menší a menší kontrolu nad drogou a užívá ji při stále obvyklejších příležitostech, až dosáhne denního užívání; stále si udržuje iluzi, že je schopen kontrolovat své jednání.
<b>Nuceně-závislé zneužívání</b>	Nezbytné a nucené užívání drog, denně nebo i vícekrát za den, jedinec je neschopen být bez drogy, která pokrývá všechny jeho potřeby. Není schopen se z návyku vymanit bez intenzivní cizí pomoci.

## 1.2 Rozdělení drog

Jestliže se díváme kolem sebe, zjišťujeme, že vlastně svět je plný drog. Látky, které ovlivňují psychiku jsou všude kolem nás. Jde o drogy v naší společnosti tolerované, o tzv. *drogy legální*. V jejich „legalizaci“ sehrál významnou úlohu kulturní a společenský úzus, historický vývoj, během něhož se tyto drogy staly tolerovanou součástí našeho životního stylu, naší tradice. Jedná se především o alkohol, tabák, kávu, nejrůznější léky apod., tedy o látky, které ovlivňují naši psychiku.

Legální psychotropní látky se z termínu „droga“ vytrácejí a jsou jím téměř výlučně označovány látky, které splňují základní definici, a které jsou v naší společnosti zákonem zapovězeny, resp. je zakázána jejich výroba a distribuce. Tyto drogy pak nazýváme tzv. *drogy nelegální*.

V současné době je synonymum „droga“ užíváno i jako negativní označení pro činnost vyvolávající nějakou formu závislosti, ať už jde např. o sledování televize, návykové hraní na výherních automatech, ale i takový fenomén, jakým bezesporu je počítač, počítačové hry a internet.

Různé drogy jsou spojeny s různou mírou efektu a rizik. Podle míry rizika vzniku závislosti pak drogy můžeme dělit na *měkké* a *tvrdé*. Tento způsob dělení je však

velmi nepřesný, i když u nás běžně rozšířený. Příkladem měkkých drog je třeba káva, tabákové výrobky, produkty konopí, a v naší společnosti také droga, která zastává první místo v žebříčku popularity – alkohol. U tvrdých drog je riziko vzniku závislosti jednoznačně vysoké, neakceptovatelné.

Pro orientaci v problematice drogových závislostí a pro účely např. trestního řízení, sociologických studií či lékařské klinické praxe, navrhla Světová zdravotnická organizace WHO členění drogových závislostí do následujících skupin:

1. Alkoholovo-barbiturátový typ
2. Amfetaminový typ
3. Kanabisový typ
4. Kokainový typ
5. Halucinogenní typ
6. Opiátový typ
7. Solvenciový typ
8. Nikotinismus
9. Kofeinismus

Ve své práci použijí rozdělení drog do jednotlivých skupin následovně:

1. Alkohol
2. Tabák
3. Halucinogenní drogy
4. Konopné drogy
5. Opiáty
6. Stimulancia
7. Těkavé látky
8. Analgetika, sedativa a léky vyvolávající závislost

### 1.2.1 Alkohol (etylalkohol)

Alkoholy tvoří celou skupinu látek, z nichž etylalkohol převzal jako nejznámější jméno celé skupiny. Dalším zástupcem je metylalkohol (metanol), který vzniká při nedokonalých chemických procesech, především při domácí výrobě alkoholu, a může způsobit až oslepnutí. Alkohol vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů, buď z jednoduchých cukrů obsažených v ovoci nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor.

Alkohol byl ve formě nápojů vyráběn a používán již v dobách historických, jak o tom svědčí mnohé archeologické nálezy. A patrně stejně tak dlouho, jak je alkohol znám, lidstvo provází i jeho negativní následky požívání<sup>8</sup>. Nadměrná konzumace alkoholu se nazývá „*alcoholismus*“. Tento termín je připisován švédskému lékaři M. Hussovi, který jej poprvé použil v roce 1849.<sup>9</sup> Teprve o sto let později začal být alkoholismus oficiálně považován za medicínský problém. Jedna z obecných definicí o alkoholismu říká, že alkoholová závislost je „nadměrná či pravidelná konzumace alkoholických nápojů spojená s nebezpečím návykového chování, jako druh sociální deviace, resp. sociálně patologický jev s dopadem na jedince, rodinu i společnost“<sup>10</sup>.

Tato obecná definice je postavena na objektivnosti posouzení co je a co není návyk. Příčiny návykového chování k alkoholu lze hledat v příčinách genetických, biologických, psychických nebo sociálních. Značnou roli zde také hraje toleranční limit ve společnosti. Obecně rozlišujeme mezi běžnou konzumací alkoholu, společností tolerovanou a chronickým požíváním alkoholu s patologickými účinky na osobnost i jeho okolí. Světová zdravotnická organizace WHO pro orientaci uvádí, že alkoholik nebo člověk závislý na alkoholu je „jedinec s chronickým onemocněním, které se manifestuje návykovým chováním“.

V odborné literatuře bývá dosud citována klasická Jellinekova typologie z roku 1940. Jellinek<sup>11</sup> rozlišuje 5 typů abúzu:

---

<sup>8</sup> Z historie naší země máme doklady o tom, že již v dávných dobách přinášela všeobecná obliba alkoholu řadu závažných problémů, které posléze vyvolaly dokonce potřebu mocenského řešení (první protialkoholní zákon, který byl vyhlášen Břetislavem I roku 1039, měl výrazně prohibiční charakter a uvádí plné tresty pro opilce a pro krčmáře, kteří jim nalévají.

<sup>9</sup> K. Kalina a kolektiv. Drogy a drogové závislosti 1, 2003. kapitola 3, str. 151.

<sup>10</sup> Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny, Slon. 1997.

<sup>11</sup> Verze z roku 1960, citováno podle Skála a spol., 1987

- Typ alfa: „problémové pití“, abuzus alkoholu používaný k odstranění úzkosti, depresivních pocitů, potlačení tenze, často pití o samotě
- Typ beta: „společenské pití“, příležitostní abuzus, časté pití ve společnosti, charakteristickým následkem je somatické postižení
- Typ gama: označován jako anglosaský typ, který preferuje pivo a destiláty, závislost na alkoholu charakterizovaná poruchami kontroly pití, postupným zvyšováním tolerance k alkoholu, somatické i psychické poškození, výrazněji bývá vyjádřena psychická závislost
- Typ delta: označován jako „románský typ“, který preferuje víno, chronická denní konzumace alkoholu, trvalé užívání bez výraznějších projevů opilosti, více bývá vyjádřena somatická závislost
- Typ epsilon: epizodický abuzus, kdy se střídá delší období pijáctví s obdobími úplné abstinence, nepříliš častá varianta závislosti

Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně, typické pro závislost jsou postupné změny, postupné zvyšování tolerance a zanedbávání jiných zájmů. Současně dochází ke změnám myšlení a chování.

Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu, následovaná výskytem odvykacích příznaků, tj. potřeba doplnění hladiny alkoholu. Stav intoxikace je patrný i po malé dávce alkoholu.

### 1.2.2 Tabák

Jedinou návykovou látkou v tabáku je toxický rostlinný alkaloid *nikotin*. Jedná se o bezbarvou tekutinu, u níž velice rychle vzniká tolerance. Závislost na tabáku začíná závislostí psychosociální<sup>12</sup>, po určité době vzniká i závislost fyzická, tedy závislost na nikotinu.

Tabák patří mezi látky, které jsou užívány již řadu tisíciletí. Pěstovali ho již Indiáni, do Evropy byl dovezen v roce 1492 dvěma námořníky na lodích Kryštofa Kolumba. V současné době je rozšířen po celém světě, kde jsou známy v zásadě dvě

---

<sup>12</sup> Psychosociální závislost – kombinace psychické a sociální závislosti

formy aplikace nikotinu, jako bezdýmý tabák nebo tabák, který hoří. Bezdýmý tabák se rozděluje dále na tabák šňupací a tabák orální (aplikace do úst). Mezi tabák, který hoří řadíme doutníky, dýmky nebo cigarety.

Kouření je především naučené chování, které si kuřák fixuje řadu let. Psychologická a sociální rizika jsou u tabáku minimální, tabák nevede ke změnám v psychice. O co menší jsou rizika vzniku psychické závislosti, o to větší je riziko somatické. Celosvětově nyní umírají ročně 4 miliony lidí a v ČR 23 tisíc každý rok v důsledku nemocí způsobených tabákem<sup>13</sup>.

### 1.2.3 Halucinogenní látky

Halucinogenní drogy<sup>14</sup> jsou látky, které mají silné psychoaktivní účinky. Deformují vnímání objektivní reality, navozují stav „vybuzení“ centrálního nervového systému, projevující se změnami nálad, obvykle však ke stavu euforickému, ale někdy též i ke stavu těžké deprese, objevují se halucinace.

Rituální užívání halucinogenních drog je velmi rozšířené a úzce spojené s vývojem lidské kultury. V kombinaci s archeologickými nálezy a nejstaršími písemnými záznamy je pak zcela nevyvratitelné, že užívání halucinogenních drog tvořilo významnou součást různých rituálních obřadů a pravděpodobně se významně podílelo na objevení některých charakteristických uměleckých prvků zachycených na nástěnných malbách z období paleolitu a neolitu.

Pro část šamanských kultur byla halucinogenní droga základním prostředkem pro cestu do změněných stavů vědomí. V oblasti archeologického výzkumu spojeného s teorií užívání psychoaktivních látek máme pravděpodobně jeden ze světových primátů, neboť ve světě byly podobné práce publikovány až na konci 60. a začátkem 70. let, zatímco jeden z našich předních odborníků Alois Pokorný část těchto myšlenek vyslovil ve svých člancích již v 50. letech. Ve světě pak byly halucinogeny nejvíce rozšířeny v 70. a 80. letech minulého století.

---

<sup>13</sup> K. Kalina a kolektiv, Drogy a drogové závislosti 1, 2003, str.206.

<sup>14</sup> Samotné označení halucinogenní drogy prošlo složitým vývojem. Název zavedli v roce 1954 Osmond, Smythies a Hoff, ve starší literatuře se je možné setkat s termíny jako např. delirogeny, psychotomimetika, psychodysleptika, fantastika, psychedelika atd. (Kalina, 2003)

Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek. Obecně je lze však rozdělit do tří základních skupin:

- přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu – např. durman, meskalin, psilocybin atd.
- přírodní halucinogenní drogy živočišného původu – např. bufetenin
- pemsyntetické a syntetické, tj. poloumělé a umělé halucinogenní drogy – např. LSD a PCP („andělský prach“)

### **LSD (Lysergamid)**

Tato droga má relativně krátkou, ale bohatou historii. V roce 1938 švýcarský chemik Hofmann syntetizoval z námelu dietylamid kyseliny lysergové. Droga se brzy rozšířila zejména do prostředí mládeže a uměleckých kruhů. Na našem současném černém trhu se LSD objevuje ve formě tzv. tripů či krystalů. V prvním případě se jedná o malé papírové čtverečky s potiskem různých symbolů, ve druhém pak jde o malé granulky tmavomodré či zelené barvy. U obou případů se přípravky užívají perorálně, postupným rozpouštěním v ústech pod jazykem.

Z halucinogenů působících na centrální nervový systém byl zatím nejlépe prozkoumán právě účinek LSD. Tato droga vyvolává několik různých efektů. Po krátkém období latence se objevují první příznaky intoxikace. Nástup i účinky jsou velmi závislé na množství požití látky, její čistoty a individuální citlivosti vůči jejímu účinku. Nástup bývá doprovázen pocitem mírného chvění, neschopností ovládat pohyby, někdy pocitem závratě či nevolnosti. V psychické rovině jejich efekt může zahrnovat změněné vnímání, jež může obsáhnout všechny smyslové orgány. Zkreslené vnímání reality může následně vyvolat nebezpečné chování, jako například pokusy létat.

### **Psilocybin**

Je to psychicky velmi aktivní látka obsažená v houbách rodu *Lysohlávek*, které se běžně vyskytují na velké části území ČR. Tato historicky velmi stará a známá droga patří u nás k nejrozšířenějším přírodním halucinogenním látkám. Na černém trhu se většinou objevují sušené části houby, většinou pouze klobouky. Dostupnost této houby



je poměrně vysoká, především díky jednoduchému sběru a sušení. Množství aktivní látky v houbě nelze odhadnout, což s sebou přináší velké riziko spojené s kontrolou intoxikace.

Účinky psilocybinu a LSD si jsou vzájemně velmi podobné. U lysohlávek bývají tělesné příznaky výraznější, často spojeny s neklidem, doprovázeným zvýšeným tlakem krve a tepu. Vyšší dávky látky mohou navodit intenzivní halucinatorní stav bez možnosti ovlivnění vůlí, které mohou způsobit výraznější poruchy myšlení, vztahovačnost až paranoiditu.

### **Ostatní halucinogeny**

V ČR se kromě dvou výše uvedených látek vyskytuje značné množství halucinogenů. Jejich rozšířenost je však relativně malá. Důvodem, proč nejsou tyto látky více rozšířeny je bezesporu i jejich mnohem vyšší nebezpečnost a rizika spojená s požitím vyšších dávek. Do této skupiny patří např. bufotenin (ropuší jed), mykoatropin (jed obsažený v muchomůrce červené), durman, jehož požití vede k delirantním stavům, poruchám srdeční činnosti s vysokým rizikem úmrtí.

## **1.2.4 Konopné drogy**

Pravděpodobně nejodvážnější současný odhad pochází od Richarda Schultese, který předpokládá, že první pokusy o pěstování konopí mohou být datovány někdy do doby okolo 10 000 let př. Kristem. Samotnému zkoumání však bylo podrobeno až dílo z prvního století po Kr. vzniklé za dynastie Han. Podobně je tomu i s nejstarší dochovanou čínskou knihou „Kniha písní“, v níž je konopí zmíněno.

Prvním z evropských autorů zmiňujících se o konopí byl až řecký filozof a historik Herodotos, od něhož také pochází název drogy kanabis, neboť „kabanos“ znamená v překladu hlučný a právě hlučnost je jedním z charakteristických projevů užití této drogy.

Původním domovem konopí je pravděpodobně střední část Asie<sup>15</sup>, odkud se rozšířila téměř po celém světě. Nároky na její pěstování jsou poměrně malé. Velmi populární je pěstování konopí formou hydroponie<sup>16</sup>.

Na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány především dvě základní formy drogy. První je marihuana a druhou je hašiš. Hlavní účinnou látkou je THC (delta-9-tetrahydrocannabinol). THC je buď absorbováno dýchacím traktem v případě inhalace, nebo trávicím ústrojím, pokud je polykáno. Vyššího efektu je dosaženo v případě inhalace a účinek závisí na množství a frekvenci užívání a také na fyzických a psychických dispozicích uživatele. Droga obvykle vyvolává pocity relaxace, dobré pohody, rozjařenosti, ale u tzv. „rekreačních“ uživatelů, může dojít i k pronikavé změně ve způsobu chování a vyjadřování. Občasné užívání zpravidla neznamená pro lidské tělo větší nebezpečí fyzického charakteru, ale pravidelné užívání může vést k onemocnění dýchacích cest.

Mezi zcela nejcharakterističtější účinky konopných látek lze řadit sucho v ústech, jemný pocit chladu a hlad. Typická je i deformace ve vnímání času. Čas se zdá být delší, i velmi krátký okamžik se může zdát velmi dlouhý. V drtivé většině případů je intoxikace doprovázena stavem lehké euforie a příjemné nálady, která může přejít do nezadržitelného smíchu. Úzkostné stavy jsou popisovány jen zřídka.

Marihuana a hašiš jsou často pro dosažení většího efektu kombinovány s jinými drogami, jako například s alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami.

## **Marihuana**

Představuje název pro květenství a horní lístky z konopí. Barva je dle kvality zpracování tmavě zelená až černo zelená. Uživatelé jí říkají tráva. Marihuana se kouří buď samostatně, nebo smíšená s tabákem v ručně stočených cigaretách nebo v dýmkách.

---

<sup>15</sup> V některých středoasijských oblastech hraje konopí úlohu tzv. ekologické rostliny, která zabraňuje desertifikaci, tj. přeměně krajiny v poušť – viz povídky a romány Džingise Ajchmatova z Kazachstánu.

<sup>16</sup> Hydroponie = pěstování v živném roztoku bez půdy. Umělé osvětlení, vytápění a zalévání umožňuje optimální růst rostlin a více sklizní v roce.

## Hašiš

Hašiš je konopná pryskyřice, obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot. Barvu má tmavě zelenou, ale někdy se barevně liší dle původu – světle hnědý, tmavě hnědý, tmavě zelený atd. Rozdíl oproti marihuaně je především v obsahu aktivních látek, kdy hašiš obsahuje až 40 % látky, kdežto marihuana obsahuje pouze 2 – 8 %.

### 1.2.5 Opiáty

Účinnou látkou většiny přírodních a semisyntetických opiátů je morfin a jeho deriváty. Nejčastěji zneužívanou látkou této skupiny je heroin (diacetylmorfin), dále do této skupiny drog patří i specificky česká droga braun. Ve dvacátém století byla připravena řada syntetických opiátů, z nichž nejčastěji užívanou látkou je metadon.

Opiáty jsou obecně spolu s ředidly vnímány jako nejnebezpečnější skupina drog vůbec. Mají z obecně dostupných látek nejvyšší „závislostní potenciál“, jsou, co se ceny denní dávky průměrného uživatele týče, vůbec nejdražší drogy, jejichž užívání je pravděpodobně nejhůře slučitelné s běžným životem a lze se nimi relativně nejsnadněji předávkovat.

Opiáty vyvolávají jak vysokou toleranci, tak i fyzickou a psychickou závislost. Toxikomani, kteří užívají tento druh drog nejčastěji začínají s inhalací těchto látek, ale velice brzy a často vzhledem k rychle rostoucí toleranci jsou nuceni přejít k nitrožilní aplikaci drogy, aby dosáhli žádoucího efektu. Aby uživatelé uspokojili svoji touhu po droze, často se dopouštějí v honbě za penězi na její nákup i zločinů. Někteří z nich se dokonce stávají dealery drog. Rovněž rodinné a mezilidské vztahy závislých osob jsou v této době velice ohroženy.

Hlavním důvodem zneužívání opiátových drog je fakt, že napodobují účinek některých peptidů, které se přirozeně vyskytují v těle (tzv. endorfiny, dynorfiny). Tyto peptidy vzbuzují mimořádně příjemné pocity.

Opiáty přímo způsobují řadu procesů, které lze rozdělit do pěti skupin:

- opiátové účinky na centrální nervový systém (mozek a mícha) – slast, příjemné, teplé pocity v oblasti břicha, tlumení bolesti, ospalost, útlum dýchání, potlačení kašlacího reflexu, pocit tíže v končetinách
- opiátové účinky na periferní nervový systém (ostatní nervové buňky) – sucho v ústech, očích a nose, nevolnost, stažení zornic, ztížená pasáž moči
- opiáty způsobený histaminový efekt (zánětlivá reakce) – zčervenání, svědění, pocení
- účinky na nenarozený plod a novorozence – snížená porodní váha, novorozenecký abstinenci syndrom, kojenecká mortalita, žloutenka
- jiné účinky, u nichž se nepodařilo přesně prokázat mechanismus, ale přitom je jasné, že s opiáty souvisí – prodloužení nebo vymizení menstruačního cyklu, změna sexuální apetence, halucinace, úzkostnost

## Opium

Opium je sušená šťáva z naříznutých nezralých makovic máku setého (*Papaver somniferum album*)<sup>17</sup>. Její název pochází z řeckého „opos“ (šťáva). Typickým způsobem zneužívání bylo a je požívání a kouření z dýmek. V této formě se dnes užívá zejména v Asii. Opium se na českém trhu objevuje také jako příměs pouličně prodávaného hašiše.

Vlastnosti makové šťávy byly známy již v době mezolitika (8000 – 5000 st. př. n. l.). Podle tureckých zdrojů je kolébkou máku země dvou řek – Mezopotámie.

Užití opia dále zřejmě rozšířili asijské nomádské obchodníci ze Sýrie. Podle ústního podání se mák, jako prostředek k utišení bolesti, užíval již v 7. století. Jeho omamné účinky byly zřejmě známy i prvním egyptským lékařům. Arabové převzali opium od Egypťanů a dovezli ho do Indie. Několika různými cestami se pak šířilo opium na východ.

---

<sup>17</sup> *Papaver somniferum album* pochází z Malé Asie, byl pěstován již v dobách starých Sumerů.

Ve středomoří bylo opium známo jako prostředek k utišení bolestí již v době antiky. Ve starém Řecku nařezávali makovice za účelem získání opia. Z Řecka se poznání dostalo do Říma.

Na počátku 18.století se zhoubný návyk kouření opia začíná šířit v Číně, odkud se kouření rozšířilo do celého světa.

## **Morfium**

Je ironií, že k většímu rozšíření opiátů významně přispěla věda. Morfium bylo izolováno při výzkumu opia v 17. století, ne však v čisté formě. Až v roce 1804 izoloval německý lékárník Sertuner „organickou bázi“, ze které roku 1806 vyrobil čistou morfinovou bázi, jíž nazval podle řeckého boha snu a spánku Morphin. Ve druhé polovině 19. století se stal morfinismus „nemocí vojáků“ na bitevních polích Evropy. Kolem přelomu století pak nastává první morfiová vlna, ve 20. letech pak druhá morfiová vlna. V této době však začalo být morfium vytlačováno novou drogou – heroinem.

## **Heroin**

Je nejčastěji zneužívaným opiátem, ale v ČR do roku 1994 se vyskytoval pouze sporadicky. V období od roku 1994 zneužívání této drogy mnohonásobně vzrostlo. Na nezákonném trhu s drogami se objevuje ve dvou hlavních formách:

- *white dust*<sup>18</sup>
- *brown sugar*<sup>19</sup>

Pikantní je, že heroin byl zpočátku považován za lék s nulovým rizikem vzniku závislosti a používal se jako účinný lék pro závislost na morfinu.

Nejčastější a nejrizikovějším způsobem aplikace heroinu je nitrožilní. Mezi méně rizikové pak patří šňupání, kouření a inhalace z aluminiové folie. Při nitrožilní

---

<sup>18</sup> V překladu znamená „bílý prášek“, který je získáván diacetylací morfinu a svým vzhledem se podobá hladké mouce

<sup>19</sup> „Hnědý cukr“ – malé rudohnědé granule, jež se získávají diacetylací morfinu s přísadami kofeinu a dalších ředících substancí

aplikaci u něj vzniká návyk již po několika málo dávkách<sup>20</sup>. Abstinenční syndrom se objevuje již několik hodin po posledním požití heroinu. Při nedostatku drogy je heroinoman napjatý a pociťuje rostoucí úzkost. Jeho nepokoj prudce narůstá až do stavu úplného fyzického zhroucení. Abstijnující se silně potí studeným potem, který bývá doprovázen „husí kůží“. Objevují se svalové stahy doprovázené třesem, objevuje se také nevolnost, zvracení a průjmy. Abstinenční příznaky postupně narůstají a dosahují maxima v průběhu 48 hodin. Pak postupně slábnou a mizí, ale mohou přetrvat i po dobu jednoho týdne.

## **Braun**

V českých podmínkách se na drogové scéně v období socialistického Československa značně rozšířila doma vyráběná droga braun, která byla pojmenovaná podle své sytě hnědé barvy. Hlavní složkou braunu je hydrokodon, který byl možný získat z běžně dostupných léčiv, jako například Kodein, Alnagon, Ipecarin atd.

Účinky braunu se řadí k opiátům. Bezprostředně po aplikaci prostoupí uživatele vlna příjemného tepla. Konzument nevnímá bolest, hlad, nepociťuje sexuální touhu. Tolerance se u této drogy vyvíjí rychle, i když o něco pomaleji než u heroinu. Závislost není po dlouhou dobu pociťována. Absolutní závislost nastává až za delší časové období, řádově i několik let. Poté má stejně intenzivní průběh jako u ostatních opiátů.

### **1.2.6 Stimulancia**

Psychostimulancia jsou látky různé chemické struktury, které zvyšují psychomotorické tempo a bdělost. Hlavním účinkem je „zlepšení“ nálady, potlačení únavy a pocitu hladu, celkové zrychlení psychických procesů, představitost, zvýšená schopnost vcítit se do pocitu druhých a uvolnění zábran. Prvotní efekt stimulancí je ve většině případů výrazný a příjemný, i když může někdy dojít ke stavům podráždění, nervozity a úzkosti.

---

<sup>20</sup> Odborné materiály uvádějí 5 – 7 dávek

Stimulancia vytvářejí velmi rychle a spolehlivě psychickou závislost, která se vyznačuje především cravingem<sup>21</sup>, závislost tělesná je vyjádřena méně výrazně než například u opiátů, přesto však dochází ke vzniku tolerance a tedy nutnosti zvyšovat dávku, aby uživatel dosáhl euforie.

Stimulancia patří mezi drogy s vysokou mírou rizika, typickými zástupci jsou kokain, pervitin a amfetamin. Jsou to látky, které jsou po alkoholu pravděpodobně nejčastěji zneužívanou drogou v ČR.

### **Pervitin (metamfetamin)**

U nás nejrozšířenější, nejvíce užívaná stimulační droga, označovaná jako pervitin (slangově perník, pěčko, peří, piko) patří mezi budivé aminy. Skupina budivých aminů má stovky zástupců, vedle amfetaminu, který byl syntetizován v roce 1887 a metamfetaminu je to například MDMA neboli extáze<sup>22</sup>.

Ve světě je nejvíce rozšířený amfetamin, který se u nás vyskytuje pouze v některých oblastech severní Moravy. Má obdobné, ale o něco slabší účinky než pervitin neboli metamfetamin. V 30. letech byl amfetamin používán v medicíně k léčbě patologické spavosti, od 50. let představují hlavní složku anorektik – léků na hubnutí.

*Amfetaminy* se masivně zneužívají ve skandinávských zemích, Polsku, Pobaltí a Velké Británii. Objevují se v nejrůznějších formách, v poslední době jako tzv. „ice“ (led), který lze kouřit podobně jako crack. Typicky se ale amfetaminy zneužívají injekčně a šňupáním, a na trhu se vyskytují zejména jako kapsle.

Na rozdíl od amfetaminů se metamfetamin, zvaný též *pervitin*, téměř vždy vyrábí domácími „vařiči“ z běžně dostupných léků proti nachlazení obsahující pseudoefedrin (Nurofen Stopgrip, Modafen, Rinopront, dříve Solutan). Vyskytuje se ve formě bílého prášku, někdy mírně dohněda zbarveného. Prvotní efekt pervitinu je výrazný, příjemný, a proto vysoce žádaný. Podobně jako u ostatních amfetaminů dochází k celkovému povzbuzení, odstranění únavy, pocitu zlepšené psychické a fyzické výkonnosti, euforizaci, zvýšené empatii, uvolnění zábran atd. Pro sociálně nejistého teenagera, často plného hlubokých a zraňujících komplexů, je neobyčejně lákavé stát se člověkem plným nápadů a energie. Rizikem se stává i proměna psychiky

---

<sup>21</sup> Dychtění po látce, respektive po jejím účinku.

<sup>22</sup> Viz Minařík a Páleníček, kapitola 3/9, MDMA a jiné drogy „technoscény“.

po dlouhodobějším užívání. Toxikomanské kruhy tento stav znají jako „stíhu“. Jedná se o rozvoj duševní poruchy způsobené právě stimulační drogou. Pravidelnému uživateli se s téměř stoprocentní jistotou nepodaří vyhnout trýznivé toxické psychóze, která může skončit v krajním případě sebevraždou. Narkoman postupně nabývá přesvědčení, že v jeho okolí dochází k podivným jevům, ostatní se k němu chovají jinak, neustále jej sledují, snaží se je ošálit, podvést či přímo zabít. Tyto pocity bývají doprovázeny halucinacemi, například ve formě démonických hlasů.

V poslední době je pervitin hojně vyráběn i v jiných zemích, např. v USA nebo Holandsku. Jde o drogu s vysokým potenciálem ke vzniku závislosti, při chronickém užívání je většinou aplikován nitrožilně. Kombinováním s jinými drogami či léky se zvyšuje pravděpodobnost nežádoucích účinků. Život ohrožující je užití spolu s antidepresivou<sup>23</sup>. Pervitin a stimulační drogy vůbec jsou sice jako tzv. rekreační drogy vysoce žádané, ale těžko zvladatelné. Konzumenti pervitinu po určité době s touto drogou buď končí, nebo přecházejí k opiátům, kde závislost je vyjádřena ještě výrazněji.

### **Kokain a crack**

Keře koky (Erythroxylon coca) pocházejí z jihoamerických And. Aktivní složkou lístků koky je kokain (hydrochlorid kokainu), který se používal jako lokální anestetikum při chirurgických operacích očí, nosu, při stomatologických výkonech atd. Chemicky byl kokain izolován r. 1859, jeho účinky jako lokálního anestetika objevil pro medicínu Sigmund Freud<sup>24</sup>.

Nejčastějším způsobem užívání kokainu je inhalace (šňupání), někdy se ale užívá injekčně v roztocích nebo se vtírá do sliznic. Účinky kokainu závisí na množství a na frekvenci užívání. První dávky, pakliže jsou omezeny pouze na inhalaci, nemusejí vyvolat výrazný psychoaktivní účinek. Ten se dostavuje později. Po užití této drogy se dostavuje pocit radosti a povzbuzení, větší představivost a rozhodnost. Vysoké dávky kokainu mohou vést k intoxikaci a otravě.

---

<sup>23</sup> Viz Kalina a kolektiv, kapitola 3/3, Drogy a drogové závislosti 1,2003

<sup>24</sup> Viz Kudrle, kapitola 1/9, Historie užívání a zneužívání psychotropních látek.



Cenově přístupnou variantou hydrochloridu kokainu je crack (kokainová báze), která se z kokainu poměrně snadno vyrábí. V České republice je jeho užívání spíše ojedinělé, masivně je rozšířeno mezi černošskou populací v USA.

Crack se nešňuje jako kokain, ale bývá kouřen ve zvláštních dýmkách či cigaretách ve směsi s tabákem nebo marihuanou. Je možné rovněž inhalovat kouř, který vzniká spalováním kousku cracku na pocínované fólii. Cena cracku je podstatně nižší než u kokainu a účinek výraznější.

Crack ve velice krátké době vyvolává závislost, oběti této drogy trpí halucinacemi a přeludy, mění se jejich chování a vážně se zhoršuje fyzický stav.

### **MDMA (extáze)**

MDMA neboli extáze byla jako účinná látka syntetizována v roce 1912 jako lék na hubnutí. Nikdy však nebyla komerčně vyráběna a používána v této indikaci. Moderní historie je spjata se jménem Alexandra Shulgina.

Extáze obvykle vyvolává příjemné emoční stavy bez pocitů strachu, pocity štěstí a blaha, a toto vše může být doprovázeno halucinacemi

Chemicky je tato látka odvozena od amfetaminu, v čisté formě je to bílá, silně hořká, krystalická látka, která se na trhu obvykle vyskytuje v podobě tablet či kapslí. Způsob aplikace je tedy per os (polykáním).

Po požití extáze dochází k vzestupu krevního tlaku a pulsu, dostavuje se pocit sucha v ústech, skřípání zubů a někdy pocity nevolnosti. Účinek se dostavuje po půl hodině, působí cca 2 hodiny. Jedná se o velmi agresivní drogu, která postihuje ledviny a srdce, vyvolává nervozitu, bušení srdce a závratě.

Vzhledem ke svým účinkům, které zesilují smyslové vnímání, díky nimž je dotyk a osobní kontakt s druhou osobou velice příjemný, se tato droga velmi často vyskytuje a je zneužívána především mladými lidmi na tanečních parties všude na světě.

Extáze podporuje tvořivost a schopnost koncentrace na jedinou věc, např. na rytmus, a to současně se schopností hlubokých prožitků souzněním člověka s okolním světem.

Nebezpečí euforie navozené vyšší dávkou drogy spočívá v tom, že euforie přehluší varovné somatické signály, v důsledku čehož dochází k vážným zdravotním

komplikacím jako je přehřátí organismu a dehydratace. Pravděpodobnost vzrůstá především při tělesné aktivitě, vyšší teplotě okolí nebo při opakovaném užití. Následkem přehřátí organismu může dojít ke spuštění kaskády dějů, která může vést k úmrtí.

### 1.2.7 Analgetika

Novodobá chemie nás obohatila nejen účinnými léky, ale způsobila i rozšíření látek, na které vzniká návyk. Zneužívání léků mimo rámec léčby přivozuje psychickou závislost. Obecně existují dvě formy zneužívání léků. V prvním případě je lék zpravidla předepsán lékařem, ale pacient si na něm následně vytváří závislost, většinou psychického původu. Druhém případě pak není zneužívání léků spojeno s lékařskou praxí, ale mnoho lidí, kteří mají sklon k abúzu ostatních drog, často přitahují i léky s psychoaktivními účinky.

Vedle léků, které působí sedativně a hypnoticky, obracela farmakologie spolu s chemií pozornost na léky tišící bolest – *analgetika*. Prvním analgetikem se stal aspirin, který je používán doposud. Analgetika můžeme v zásadě rozdělit na dvě základní skupiny:

- Opioidní analgetika (Morfin, Codein, Tramal, Fortran atd.)
- Nesteroidní analgetika ( aspirin, acylpyrin, bručen, ibuprofen, diclofenac, surgam atd.)

Opioidní analgetika se zásadně neliší od jiných opioidů, tedy ani od heroinu. Akutní i dlouhodobé účinky jsou identické jako u nelegálních opioidů – heroin, braun<sup>25</sup>.

*Sedativa* jsou látky, které mají zklidňující účinek. Do této skupiny patří také dnes již zřídka používané léky zvané barbituráty, které se přestaly používat v důsledku objevu jiných bezpečnějších léků.

---

<sup>25</sup> Viz Minařík, kapitola 3/2, Opioidy a opiáty

Za sedativa v přeneseném slova smyslu můžeme považovat i *hypnotika*. Jsou to látky, které negativně ovlivňují bdělost, tedy vyvolávají ospalost a otupělost. Do této skupiny léků můžeme zařadit např. Rohypnol, Hypnogen, Dithiaden, Prothazin atd.

Lékové závislosti se dosti podceňují a pokládají se za méně problematické ve srovnání se závislostmi na jiných drogách. Problémem je, že tato závislost dlouho probíhá latentně a často za podpory zdravotnictví a rodiny. Klíčem k úspěšné léčbě je pak souběžné řešení primární poruch, pro kterou začal pacient původně užívat léky, na kterých se stál posléze závislým.

### ***1.3 Historie zneužívání drog***

Zneužívání drog v českých zemích není ničím novým<sup>26</sup>. Historicky nejstarší zkušenosti má člověk s tzv. *psychedelickými drogami*, jejichž užívání bylo obvykle ritualizováno. Historicky mladší zkušenost má člověk s návykovými drogami, které bývají zneužívány příležitostným, konzumním způsobem a přinášejí člověku většinou pouze utrpení v závislosti na těchto látkách. Termín *psychedelický* pochází od Humphrey Osmonda a znamená z řeckého *psyche* a *delein* = učiniti zjevným<sup>27</sup>. Nejstarším dochovaným svědectvím užívání těchto látek jsou šamanské rituály, jejichž kořeny sahají až k paleolitu. Velmi stará historie zneužívání psychedelických látek sahá i do čínské medicíny, kde je popisováno jejich užívání již před 3 500 lety.

Ve středověké Evropě byly, jak v černé magii, tak i k přípravě čarodějnických nápojů či mastí, používány psychedelické rostliny jako např. rulík zlomocný, durman obecný a blín černý. Tyto rostliny obsahují látky jako atropin, hyoscyamin a skopolamin, které vyvolávají halucinogenní účinky. Prvotní účinek – vzrušení je způsoben atropinem a později se dostavuje a začne se projevovat i hypnotický účinek skopolaminu. Popisy čarodějnických receptů jsou nápadně podobné s extatickými stavy

---

<sup>26</sup> Základní nástin historie zneužívání drog v ČR do počátku druhé světové války viz Matoušek 1996

<sup>27</sup> Pro tyto látky byly raženy i jiné názvy, jako halucinogeny, byť halucinace vyvolávají spíše zřídka

při římských saturnáliích<sup>28</sup>. Kruté potlačení čarodějnictví může být chápáno i jako pokus o vymýcení používání drog.

Nejen halucinogenní látky, ale i konopí provází život člověka už od pradávna. První zmínky o konopí můžeme v literatuře najít již před 5 000 lety, kdy se konopí objevuje v lékopise čínského císaře Shen – Nunga. Produkty konopí, tj. *marihuana* a *hašiš*<sup>29</sup> přicházely do Evropy již ve středověku díky křížáckým válkám.

S cílem dosáhnout fyzických i psychických požitků se omamné látky začaly více využívat v 17. století. S rozvojem technických věd se šíří i syntetická výroba nových látek. Zvyšující poptávka vede k jejich masivnější produkci a v rámci rodícího se farmaceutického průmyslu k jejich širšímu využití při výrobě nejen léčiv a jedů, nýbrž i tzv. požitkových látek.<sup>30</sup>

První zkoušky chemikálií provedl na vlastním těle lékař Philippus Paracelsus (1493 – 1541). V roce 1829 Jan Evangelista Purkyně vyzkoušel sám na sobě účinky muškátového oříšku. Líčení jeho intoxikace dodnes může sloužit jako vzor popisu prožitků za změněných stavů vědomí.

Zneužívání drog v moderním slova smyslu, spojené s vytvářením závislostí, bylo však v českých zemích lékařsky zaznamenáno až na konci minulého století. Tehdy bylo poprvé popsáno několik případů polykání opiové šťávy. První zmínky o pěstování máku pro jeho narkotické účinky jsou však staré již 6 000 let a pocházejí z říše Sumerů. Odtud přešla znalost do Egypta a posléze do starého Řecka, kde dali makové šťávě název opium. Éru abúzu drog jako společensko-patologického fenoménu pak odstartoval silnější derivát opia – morfin.

V Evropě se první zneužívání morfinu objevilo po prusko – francouzské válce, kde se používal pro utlumení bolesti, zvláště jako tlumící prostředek při chirurgických zákrocích. Právě z takto léčených pacientů pocházeli první závislí morfinisté<sup>31</sup>.

V Čechách bylo zneužívání morfinu poprvé zaregistrováno na konci 19. století. Spíše výjimečné případy zneužívání a závislosti byly tehdy spojeny s chybným užíváním morfinu pro lékařské účely, a nikoliv s nezákonným obchodem s drogami. Do

---

<sup>28</sup> Hauser 1993, 94; Dušek, Janík 1990, str. 14.

<sup>29</sup> Slovo hašiš je odvozeno od slova „assasin“ (najatý vrah, atentátník) podle náboženské skupiny muslimského vražedného komanda Hafana Ibn-Al-Sabbáha, kterému se říkalo „hašašíni“

<sup>30</sup> Hauser 1993, 94; Hejda Krajník 1992, str. 227.

<sup>31</sup> Súkeník 1993, str. 127 – 128.

20. století tedy Čechy vstupují jen s několika málo toxikomany z řad lékařů a studentů medicíny, spisovatelů a umělců, kteří v této droze hledali inspiraci a dobrodružství.

Následující česká historie byla obdobím, v němž hospodaření s opiáty nepodléhalo žádným právním regulím. Do začátku druhé světové války nebylo zneužívání morfinu považováno za vážnou hrozbu.

Látkou, která podnítila rychlý nárůst počtu toxikomanů, byl kokain. Na rozdíl od opiátů neměl v českých zemích ani minimální tradici. Až do skončení první světové války měl o kokainu pouze mlhavou představu jen málokdo. Prudký nástup této látky ve střední Evropě, tedy i u nás, je přímo spojen s moderními formami organizovaného ilegálního obchodu s drogami. Na konci první světové války byl kokain nejvíce rozšířen v Berlíně a ve Vídni. Po roce 1920 z německých laboratoří uniká velké množství této drogy do ilegální sítě a odtud do většiny zemí Evropy.

Mezi nejznámější lidi, kteří s kokainem experimentovali byl i na konci 19. století slavný psychoterapeut S. Freud<sup>32</sup>. V českých zemích byl kokain vyráběn v malém. Ke zneužívání dochází především mezi tanečníky, umělci a herci až ve 20. století. Mezi ně patřili takové osobnosti především českého filmu, jakými byli Hugo Haas, Lída Baaarová, Adina Mandlová. Kokain byl rozšířen i v prostředí českých prostitutek. Zneužívání dosáhlo takových rozměrů, že i tisk se zapojil do rozsáhlé kampaně proti zneužívání.

V poválečných letech se objevuje i kouření opia, kdy tajné kuřárny byly objeveny zejména v Praze. Objevují se i případy zneužívání morfinu v kombinaci s heroinem nebo v kombinaci s kokainem. Zatímco kokain se stal předmětem ilegálního obchodu, v případě morfinu byli toxikomani odkázáni na domácí zdroje a falšování lékařských receptů. Z ostatních látek se řídce vyskytly případy zneužívání kodeinu a hydrokodonu. Rovněž „čichání“ látek, jmenovitě éteru, bylo pouze ojedinělé.

Už nikdy zřejmě nevznikne na našem kontinentu tak příznivé klima pro vymýcení drogového problému ve velkém, jako tomu bylo na konci druhé světové války<sup>33</sup>. Ve válečných letech totiž byla přerušena cesta, kudy byly drogy pašovány.

---

<sup>32</sup> Freud používal kokain při léčbě morfinismu. Podle některých pramenů byl i skutečným objevitelem znečišťujícího (anestetického) účinku kokainu. Ve stejné době se už také ale vyskytly první případy zneužívání i smrtelného předávkování. Traduje se, že právě smrt jednoho přítele a zároveň pacienta v důsledku předávkování kokainem vedl Freuda k tomu, že se o kokain přestal zajímat (viz Kalina, 1996)

<sup>33</sup> Miroslav Nožina: Svět drog v Čechách. Praha 1997, str. 76.

Jediné, kde dochází k prudkému nárůstu, je spotřeba amfetaminů. Drogy stimulovaly, potlačovaly pocity deprese a také hladu.

Období po druhé světové válce přináší období zneužívání amfetaminu, který zůstal nespotřebován ve vojenských skladech. Prudké šíření drog po válce a zejména v 60. a 70. letech bylo pak zapříčiněno vznikem takových jevů, které ovlivňují drogovou scénu i dnes. Patří mezi ně např. užívání „silnějších“ drog na úkor „slabých“, objevují se modifikované drogy, drogy se začínají šířit do nových sociálních a věkových skupin, objevuje se organizovaný zločin atd.

Ohlédneme-li se nazpět do poválečných let, můžeme konstatovat, že na československé drogové scéně existovala určitá „hluchá“ perioda vyvolaná světovým konfliktem a situací po něm. Toxikomanie se vyskytovala zcela výjimečně, a to zvláště u osob, které přicházeli do styku s drogami ve své odborné práci, jako např. u zdravotníků.

Opačná situace nastává v 60. až 80. letech, kdy se drogová scéna vyznačuje výše popsanými globálními trendy. „Klasické“ drogy byly v komunistickém Československu zneužívány poměrně ojediněle. Ke zneužívání dochází v oblasti čichání toluenu, ale také i kouření konopí, kdy čeští toxikomani uměli vypěstované konopí zpracovávat, upravovat a dokonce potencovat jeho účinek<sup>34</sup>. V českých zemích bylo konopí zneužíváno v relativně uzavřených skupinách, bez většího dopadu na společnost.

Obdobím bouřlivých změn jsou 90. léta, kdy se rozpadá Sovětský svaz a padá berlínská zeď. V listopadu 1989 padá komunistická vláda v ČSSR a v roce 1992 vzniká Česká republika. Země se otevřela světu, krok do demokracie znamenal i krok do světa zločinu a drog. V této době dochází ke zneužívání omamných a psychotropních látek ve velkém měřítku a nejen u nás, ale proniká do všech koutů světa. Neexistuje stát, kterého by se drogová problematika nedotkla. Nejvíce jsou tímto zlem postiženy Spojené státy americké. Výroba heroinu, kokainu, hašiše a syntetických drog roste prakticky po celém světě. Pokud jde o spotřebu drog, v rozvinutých zemích se podle zprávy pařížského Střediska pro geopolitické sledování drog (OGD) situace oproti 80. létům příliš nemění, ale drogy se „dramatickým způsobem šíří v producentských zemích třetího světa a částečně i v postkomunistických zemích“<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Brau 1968, str. 252-253

<sup>35</sup> Zpráva OGD 1995

Evropský drogový boom sice ještě nedosáhl rozměrů amerických velkoměst, ale rychle je dohání. Nejčastěji jsou v Evropě zneužívány kanabisové preparáty, druhá nejpopulárnější droga jsou amfetaminy, pak následují pilulky extáze a „tripy“ LSD.

Evropská, a tudíž i česká drogová scéna, prodělává od 90. let radikální změny. Ještě před několika lety byly drogy doménou chudých a nevyrovnaných osob. Takřka výhradním zdrojem drog byla domácí produkce – pěstování marihuany, výroba opiátu známého pod názvem „braun“ a pervitinu. Drogová scéna měla archaické rysy, především neexistoval trh v pravém slova smyslu s vyhraněnou stranou nabídky a stranou poptávky. Uživatelé drog se sdružují do nevelkých, uzavřených a vzájemně nepropojených skupin, v nichž probíhala produkce, distribuce i spotřeba.

Po roce 1990 v souvislosti s celkovým uvolněním poměrů se situace rychle mění. Domácí produkce stále dominuje, ale je stále více zpestřována dovezenými drogami, především heroinem. Česká republika se v této době stává tranzitní zemí. Dosud uzavřené skupiny se vzájemně více propojují, drogy se rychle šíří, vytváří se rozsáhlejší populace experimentátorů a rekreačních uživatelů.

Přibližně od roku 1995 až do roku 2000 se ČR stává cílovou zemí z hlediska mezinárodního trhu. Rok 1994 je pokládán za zlomový, protože v předstihu před dosažením konvertibility české měny dochází k masivní invazi kvalitního a levného heroinu z dovozu na domácí trh<sup>36</sup>. Počet uživatelů heroinu stále roste, i když si pervitin udržuje své postavení. Drogy se stávají všeobecně dostupné, věková hranice prvních uživatelů se neustále snižuje. Téměř všude se drogy kombinují a dochází společně s intravenózním zneužíváním drog i k šíření viru HIV, způsobující selhání imunity a následné bolesti a smrti.

## **20. století v přehledu důležitých událostí**

**1898:** byl synteticky vyroben heroin. Na počátku byl veleben a propagován, odtud i jeho název jako „hrdinský lék“. V této době je používán především při potírání morfiové závislosti.

---

<sup>36</sup> K. Kalina a kolektiv. Drogy a drogové závislosti, 2003, str. 34

**1903:** v USA zakázáno požívání kokainu v nápojích, což vedlo ke změně receptury Coca Coly<sup>37</sup>

**1924:** V USA je zakázána výroba heroinu

**1930:** v USA je založen Federální úřad pro narkotika (FNB – Federál Narcotic Bureau). V čele úřadu stojí H. Aslinger

**1937:** H. Aslinger v tažení proti marihuaně: „Kolik vražd, sebevražd, zločinných přepadení a smrtí z mánií způsobuje marihuana rok co rok, to se můžeme jen dohadovat.“. V témže roce přijat Zákon o dani z marihuany.

**1938:** Albert Hoffman objevil LSD, v roce 1943 se touto látkou náhodně intoxikuje. Období druhé světové války a poválečné období je poznamenáno zájmem o psychotropní látky<sup>38</sup>.

**1961:** Jednotná úmluva OSN o omamných látkách

Konec 60. let běží pod heslem „Drogy pro masy“, psychedelika se definitivně zneužívají spolu s ostatními návykovými drogami včetně alkoholu. Existuje společný pouliční trh, jsou organizovány masové kulturní akce, při kterých se užívají drogy. Drogy ovlivňují hudební, filmovou i divadelní scénu, stejně jako i literární umění.

Posledních dvacet let 20. století je ve znamení poměrně vyváženého zastoupení jednotlivých drog ve světě. Nezákonný obchod s drogami a jejich produkce a spotřeba jsou v zemích Evropy neustále na vzestupu. Česká republika se po otevření hranic stává významnou částí tzv. „balkánské cesty“ – pozemní spojnice, po níž putují drogy, především heroin a hašiš, z Blízkého a Středního východu do Evropy, v našem případě zejména do Německa. Na našem území se začaly objevovat výborně vybavené a mnohdy i dobře organizované skupiny překupníků drog z Turecka a Balkánu.

---

<sup>37</sup> Podle jiných pramenů to byl rok 1906, kdy v USA došlo k zákazu kokainových přísad v některých patentovaných lécích a nápojích včetně Coca Coly (Kalina, 1996)

<sup>38</sup> V Dachau nacisté zkoušeli účinky meskalinu na vězně. V USA po válce CIA hledala drogu pravdy, která vy rozvazovala jazyk zadrženým špionům. Jako jedna z prvních byla zkoumána marihuana, výsledky však nebyly přesvědčivé. Poté nastupují psychedelika.



## 2 Celkové statistické údaje o drogové scéně v ČR

Tato část práce demonstruje trendy incidence léčených uživatelů drog a trendy zdravotních dopadů, které s sebou užívání drog přináší.

Prezentovaná data představují informace pouze o léčených uživatelích drog, neberou tedy v úvahu tzv. skrytou či experimentující populaci. Veškeré údaje a data zahrnuté do dále uvedených tabulek a grafů laskavě poskytlo pracoviště drogové epidemiologie Hygienické služby ČR v Praze.

Užité definice:

***Problémové užívání drog*** – injekční užívání jakékoliv drogy a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a/nebo kokainu a/nebo drog amfetaminového typu.

***Incidence uživatelů drog*** – všichni nově evidovaní uživatelé drog – žadatelé o první léčbu.

***Prevalence uživatelů drog*** – všichni uživatelé drog, kteří alespoň jedenkrát navštívili některé zařízení, která poskytují péči osobám užívající drogy.

### 2.1 Charakteristika současného stavu v oblasti zneužívání drog v ČR

Situaci v oblasti zneužívání nelegálních návykových látek na území České republiky lze rozdělit do několika kategorií a charakterizovat některými skutečnostmi.

Na rozdíl od devadesátých let již nelze vymezit specializace konkrétních etnických skupin, které se na distribuci a výrobě drog nejvíce podílely. Drogy se mezi skupinami vyměňují a dnes není například výjimkou podíl etnických Albánců na dovozu kromě tradičního heroinu i kokainu, i na organizaci výroby metamfetaminu a

jeho vývozu do zahraničí. Za posledních několik let se zvýšila i jejich míra zapojení do nelegálního obchodu s kokainem, který je rovněž dopravován po tzv. Balkánské cestě.

Stále převládá trend užívání konopných produktů mladými lidmi, kteří vzhledem k celospolečenskému klimatu České republiky nepokládají tyto produkty za zdravotně či sociálně nebezpečné. Zvyšuje se poptávka po marihuaně s vysokým obsahem účinné látky THC. Začíná se také objevovat hašiš z domácí produkce. Zdrojovou zemí pro semena je především Nizozemí. Marihuana a hašiš se i nadále dovážejí především z Maroka a Španělska.

Hlavní trasou dovozu heroinu do České republiky je nadále tzv. Balkánská cesta. Zásadní postavení v obchodu s heroinem si udržuje kosovoalbánská komunita a Turci, kteří se podílejí na organizaci dovozu heroinu do Evropy, nejčastěji v osobních automobilech.

Hlavní pozorovatelnou změnou v oblasti obchodu s kokainem je trend, kdy větší zásilky kokainu nahrazují zásilky menší, kdy jako obnovený fenomén se jeví dovoz kokainu v trávicím traktu.

V České republice jsou po marihuaně nejvíce zneužívanými drogami syntetické psychotropní látky metamfetamin a extáze. Vysoká obliba mezi uživateli je důsledkem přetrvávající poměrně snadné výroby v domácích laboratořích, tzv. „varnách“ a srovnatelnosti účinků s kokainem při nepoměrně nižší ceně za dávku. Výrobou metamfetaminu se zabývají většinou občané ČR, výjimečně pak i občané jiných národností s pobytem na území ČR.

Zdrojovými zeměmi, odkud jsou k nám dováženy syntetické látky souhrnně označovány jako extáze, jsou Nizozemí, Belgie a Polsko.

Dochází k prodeji drog nízké kvality a to zejména u heroinu.

V oblasti léčiv se jeví jako velký problém otázka předepisování opiátového léku Subutex a jeho následného nelegálního prodeje.

Dalším problémem v této oblasti je skutečnost, že od února 2006 došlo zákonem č. 74/2006 Sb., ke změně zákona o návykových látkách, kdy v návaznosti na přímo použitelné předpisy Evropského společenství<sup>39</sup> došlo k implementaci těchto předpisů do našeho zákona. Nově byly definovány termíny prekurzorů a pomocných látek podle

---

<sup>39</sup> Nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č. 273/2004 o prekurzorech drog, Nařízení vlády (ES) č. 111/2005

kategorie 2 a 3 příloh uvedených předpisů ES. Tím byla omezena možnost řešit tuto problematiku národní legislativou a je nutné řešení přenést na pole Evropské unie.

Situace v oblasti užívání drog v obecné populaci za posledních pár let zůstává jinak stabilní, nebyla zaznamenána výraznější změna.

Vůči uživatelům drog projevuje společnost nízkou toleranci, stejně jako vůči těžkým alkoholikům. Užívání drog je velkou částí populace stále vnímáno jako nepřijatelné chování.

## ***2.2 Trendy nově evidovaných uživatelů drog – žadatelů o léčbu v ČR, 2000 – 2006***

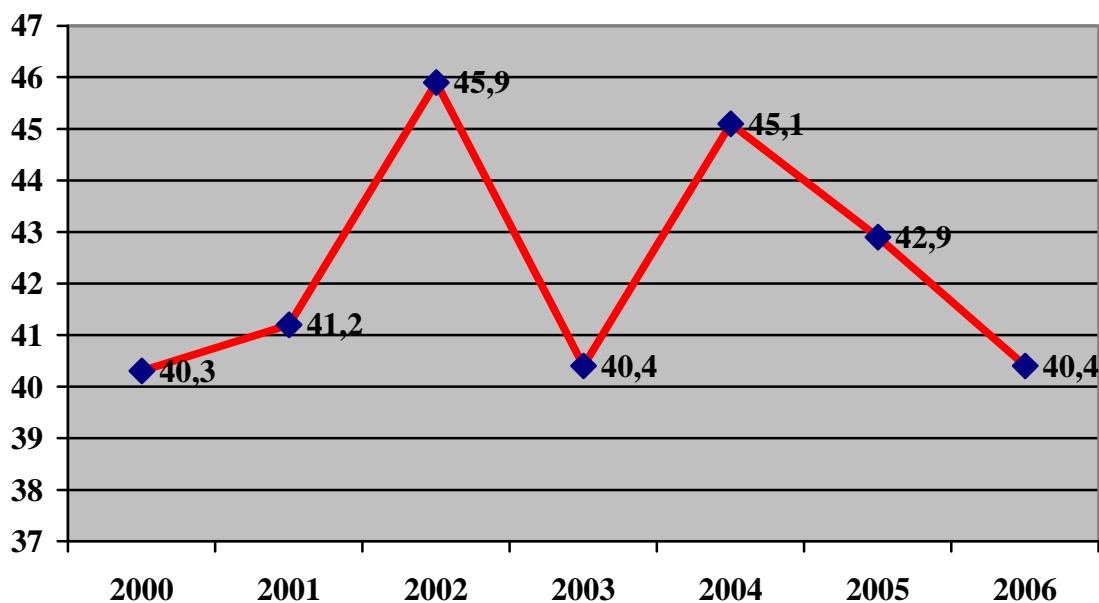
Souhrnná tabulka č.1, která je přílohou č.1 této práce, podává informace o vývoji incidence léčených uživatelů drog, kteří byli evidováni v L/K centrech. Spolu s incidencí tato tabulka zahrnuje i některé deskriptivní ukazatele, jakými jsou např. věk, pohlaví, injekční užívání drog a druh užívané drogy.

### **2.2.1 Incidence na 100 000 obyvatel**

Nejnižší hodnota incidence byla v roce 2000, tedy na počátku sledovaného období, kdy její hodnota byla 40,3 / 100 000 obyvatel. Od roku 2001 se hodnota incidence neustále zvyšovala, až do roku 2003, kdy incidence léčených uživatelů drog dosáhla maximální hodnoty 45,9 / 100 000 obyvatel. Po poklesu v roce 2003 se opět v roce 2004 zvýšila na druhou nejvyšší hodnotu tj. 45,1 / 100 000 obyvatel. V následujícím roce 2005 byl zaznamenán znovu pokles incidence a tento trend pokračoval i v roce 2006, kdy incidence klesla na hodnotu 40,4 / 100 000 obyvatel.

Souhrnný vývoj incidence ve sledovaném období od roku 2000 do roku 2006 je uveden níže v grafu č. 1:

**Graf č. 1 - Incidence na 100 000 obyvatel v letech 2000 - 2006**



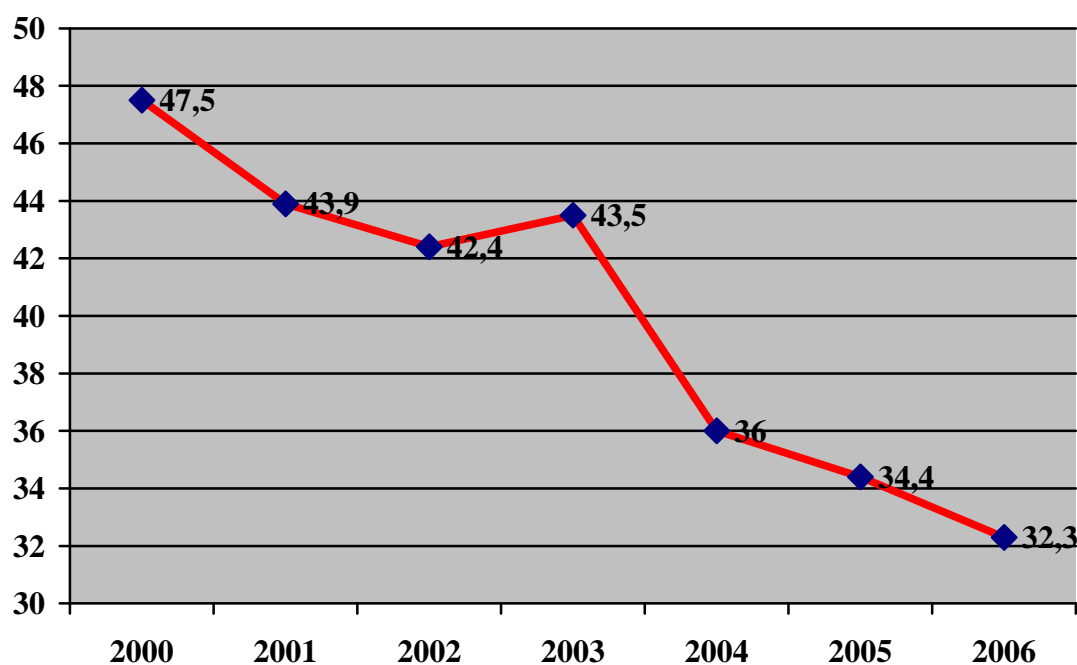
### 2.2.2 Poměr mužů a žen

V roce 2003 podíl mužů nepatrně stoupl a po dalším vzestupu v roce 2005 se opět snížil a v posledním roce sledovaného období se ustálil na poměru mužů a žen 2 : 1 (viz tabulka č. 1 v příloze č. 1)

### 2.2.3 Procento uživatelů mladších 19 let

Podíl léčených uživatelů drog mladších 19 let se ve srovnání s předchozími léty sledovaného období neustále snižuje, a oproti roku 2000, kdy měl tento podíl maximální hodnotu 47,5 procent, poklesl o 15,2 procent na hodnotu 32,3 procent ze všech nově evidovaných uživatelů drog, viz graf. č. 2

Graf č. 2 - Procento uživatelů mladších 19ti let

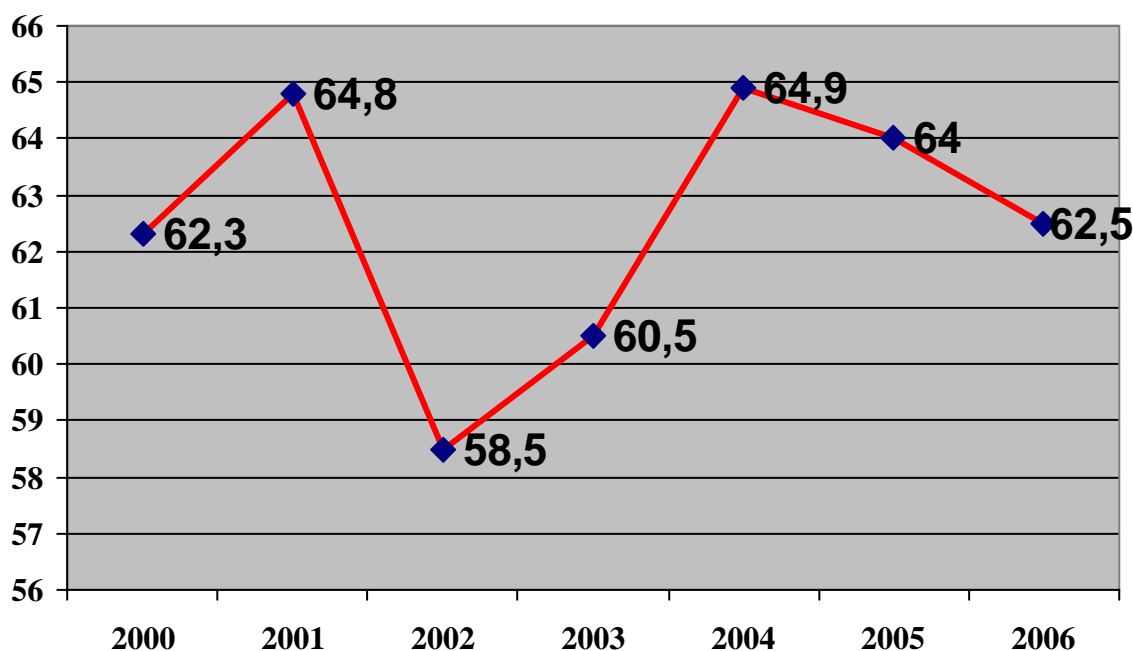


### 2.2.4 Procento injekčních uživatelů drog

V celém sledovaném období procento injekčních uživatelů drog nepodkročilo hranici 60 procent, pouze v roce 2002 dosáhlo hodnoty 58,5 procent. Maximální

hodnota je uvedena v roce 2004, kdy procento injekčních uživatelů dosáhlo hodnoty 64,9 procent. Od té doby má klesající tendenci, viz graf č. 3.

**Graf č.3 - Procento injekčních uživatelů drog**



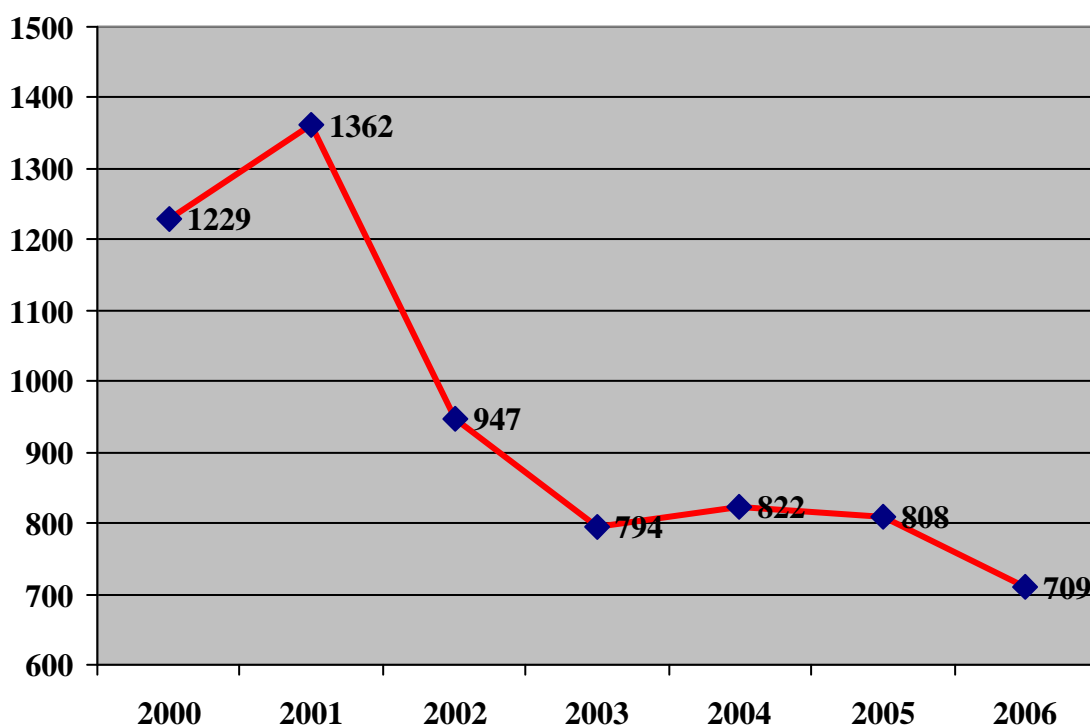
### **2.2.5 Počty nově evidovaných uživatelů heroinu**

Počet nových klientů, kteří uvedli užívání heroinu jako základní nebo sekundární drogy ve sledovaném období kulminoval v roce 2001, kdy dosáhl hodnoty 1362 nově evidovaných osob. V následujících dvou letech došlo k poklesu počtu uživatelů heroinu, v roce 2004 opět stoupl. V roce 2005 klesá počet uživatelů oproti roku 2004 o 14 a v roce 2006 dokonce o 113 uživatelů heroinu.

Po celkovém zhodnocení se dá ale říci, že celkový počet uživatelů heroínu od roku 2001 má klesající tendenci.

Jednotlivé počty evidovaných uživatelů heroínu jsou uvedeny níže v grafu č. 4.

**Graf č. 4 - Nově evidovaní uživatelé heroínu**



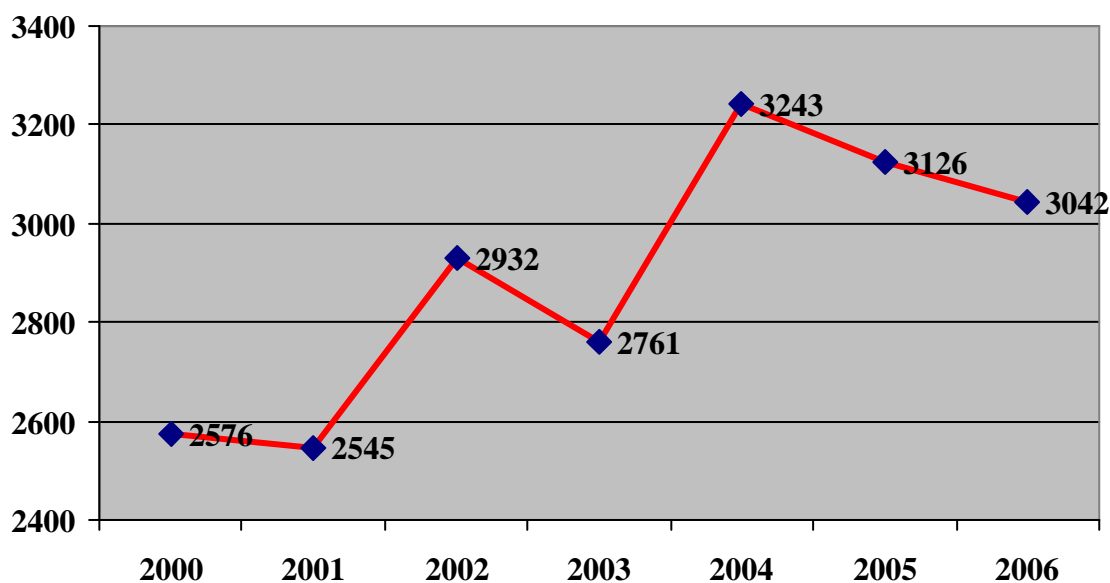
### **2.2.6 Počty nově evidovaných uživatelů pervitinu**

Počet nově evidovaných uživatelů pervitinu má stoupající tendenci. Nejméně uživatelů bylo v roce 2001, kdy jejich počet dosáhl čísla 2545, V poslední době je však registrován nárůst, a to zejména v roce 2004 na počet 3243, což je o 698 uživatelů více než v roce 2001. Počet nově evidovaných uživatelů pervitinu byl v roce 2004 nejvyšší,

ani mírný pokles jejich počtu v letech 2005 a 2006 neznamenal snížení jejich počtu mezi nově evidovanými uživateli drog.

Jednotlivé počty nově evidovaných uživatelů pervitinu jsou uvedeny níže v grafu č.5.

**Graf č. 5 - Nově evidovaní uživatelé pervitinu**

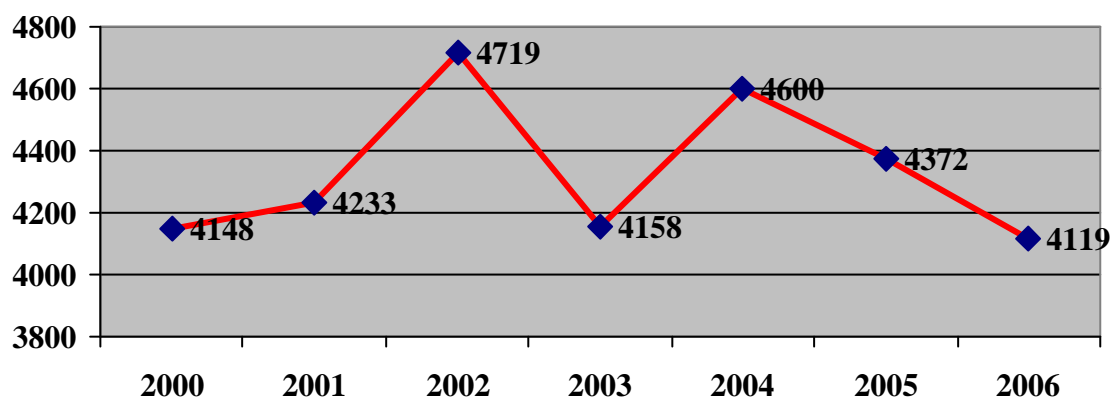


### **2.2.7 Počet nových klientů žádajících o léčbu**

Celkový počet nově evidovaných léčených uživatelů drog po výrazném vzestupu v roce 2002 se v roce 2003 snížil na hodnoty odpovídající roku 2000 – 2001, ale v roce 2004 došlo znovu k nárůstu. V roce 2005 opět dochází k poklesu, který pokračoval i v roce 2006, viz graf č. 6 .



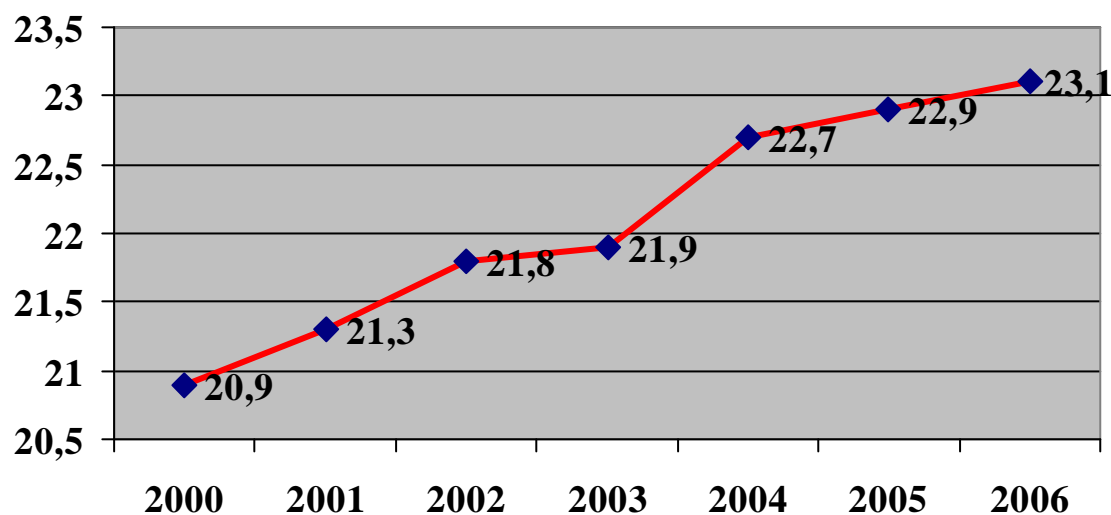
**Graf č. 6 - Počet nových klientů žádajících o léčbu**



### 2.2.8 Průměrný věk

Pokračuje trend vzestupu průměrného věku nových léčených uživatelů drog, kdy v roce 2006 dosáhl nejvyšší hodnoty, a to 23,1 let, viz graf č. 7.

**Graf č. 7 - Průměrný věk nově léčených uživatelů drog**



## ***2.3 Srovnání celorepublikových statistik a Terapeutické komunity Sejřek v užívání návykových látek***

Jestliže budeme vycházet z tabulky č. 1 v příloze (Trendy nově evidovaných uživatelů drog v ČR) a budeme je srovnávat se statistickými údaji v terapeutické komunitě Sejřek (dále jen TK Sejřek), a to v období od roku 2003 do roku 2006, dostaneme srovnání, které nám ukáže, zda statistika léčených uživatelů drog v TK Sejřek odpovídá celorepublikové statistice České republiky. Pro srovnání jsem použila statistické tabulky<sup>40</sup>.

Celkový počet nových klientů žádajících o léčbu od roku 2003<sup>41</sup> dosáhl nejvyšší hodnoty v roce 2004, pak postupně klesal. V TK Sejřek byl zaznamenán nejvyšší počet nově evidovaných klientů o léčbu v roce 2004 a 2005, což odpovídá celorepublikovému trendu.

V poměru mužů a žen se v celorepublikové statistice více objevuje poměr 2 : 1, v TK Sejřek je po celé sledované období poměr mužů a žen vyrovnanější. V roce 2003 činil tento poměr 2 :1, ale od tohoto roku dochází k vyrovnání poměru mezi muži a ženami. V roce 2005 už tento poměr činil 1,3 :1.

Průměrný věk uživatelů drog se v České republice od roku 2000 neustále zvyšuje, v roce 2006 byl již 23,1 oproti roku 2000, kdy byl 20,9. V TK Sejřek průměrný věk uživatelů drog kolísá, nejvyšší hodnoty dosáhl v roce 2005, kdy byl zaznamenán průměr 25 let. V terapeutické komunitě však žadatelé o léčbu vždy přesahují celorepublikový věkový průměr uživatelů drog, kde věková distribuce těchto žadatelů je v České republice nejvyšší mezi 15 až 19 rokem.

Počty nově evidovaných uživatelů heroinu v celorepublikové statistice od roku 2000 neustále klesají. V tomto trendu jsou zaznamenány i počty žadatelů o léčbu v TK Sejřek, kdy nejvyšší počet byl v roce 2004 (16 uživatelů heroinu). Od tohoto roku počet i v terapeutické komunitě klesá.

Počet nově evidovaných uživatelů pervitinu v celé České republice, oproti uživatelům heroinu, stoupá, v posledních třech letech je celkem stabilní, ale dosahuje nejvyšších hodnot od roku 2000. I v TK Sejřek počet léčených uživatelů závislých na

---

<sup>40</sup> Viz kapitola 4.5 Základní statistické údaje TK Sejřek

<sup>41</sup> Od roku 2003 mi byla dostupná statistika v TK Sejřek

pervitinu má stoupající tendenci, nyní dosahuje nejvyšších hodnot ve sledovaném období od roku 2003.

Procento injekčních uživatelů drog je v TK Sejřek větší než je celorepubliková statistika, pravděpodobně z důvodu, že se v terapeutické komunitě léčí pouze uživatelé heroinu a pervitinu, kdežto v statistice z celé České republiky se objevují i uživatelé jiných drog.

V celkovém zhodnocení celorepublikové statistiky a terapeutické komunity v Sejřku lze konstatovat, že:

- ve sledovaném období má celkový počet žadatelů o léčbu ze závislosti na drogách kolísavou tendenci, v posledních dvou letech však klesá jak v celé České republice, tak i v TK Sejřek
- průměrný věk léčených klientů v terapeutické komunitě je vyšší než je průměrný věk v celorepublikové statistice, pravděpodobně z důvodu, že v celkové statistice je uveden průměrný věk uživatelů drog, kdežto v terapeutické komunitě je uveden průměrný věk uživatelů, kteří se rozhodli pro léčbu ze závislosti
- stejně jako u celorepublikové statistiky klesá ve sledovaném období počet uživatelů heroinu, ale na druhou stranu stoupá počet uživatelů pervitinu
- stále je velmi vysoký počet uživatelů drog injekční formou, což v mnoha případech vede ke zdravotním rizikům, zejména v podobě virové hepatitidy, HIV atd.
- v poměru mezi muži a ženami je v celorepublikové statistice uveden větší počet mužů (poslední výzkumy prokázali poměr mužů a žen jako uživatelů drog 2 : 1), v terapeutické komunitě je tento poměr mužů a žen vyrovnanější, 1,3 : 1.

Celkové srovnání je uvedeno v příloze č. 2 této práce, v tabulce č. 2.

## ***2.4 Srovnání České republiky s evropskými zeměmi v užívání návykových látek***

V roce 2004 byla zveřejněna mezinárodní zpráva z Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) realizované v roce 2003, která upozorňuje na to, že rozsah užívání vybraných návykových látek mezi českými studenty dosahuje relativně vyšších hodnot ve srovnání s průměrem za všechny země, které se do projektu zapojily<sup>42</sup>.

Vyšší je v ČR zastoupení těch, co v posledním roce konzumovali alkohol, a dokonce dvojnásobný je podíl těch, co měli zkušenost s užíváním marihuany nebo hašiše.

Na základě výsledků studie ESPAD<sup>43</sup> v roce 2003 se ukázalo, že téměř 80 % dotázaných studentů má zkušenosti s kouřením, zatímco evropský průměr dosahuje 66 %.

Více než dvojnásobek českých studentů (44 %) má oproti evropskému průměru (21 %) zkušenosti s užíváním konopných látek. Situace v oblasti užívání nekonopných látek je také ve srovnání s průměrem horší – v ČR má zkušenosti s nekonopnými drogami 12 % dotázaných, evropský průměr je 6 %. Užívání rozpouštědel odpovídá evropskému průměru, rozdíly jsou však v užívání sedativ. Evropský průměr je 6 %, u nás má zkušenosti s užíváním sedativ přibližně 11 %.

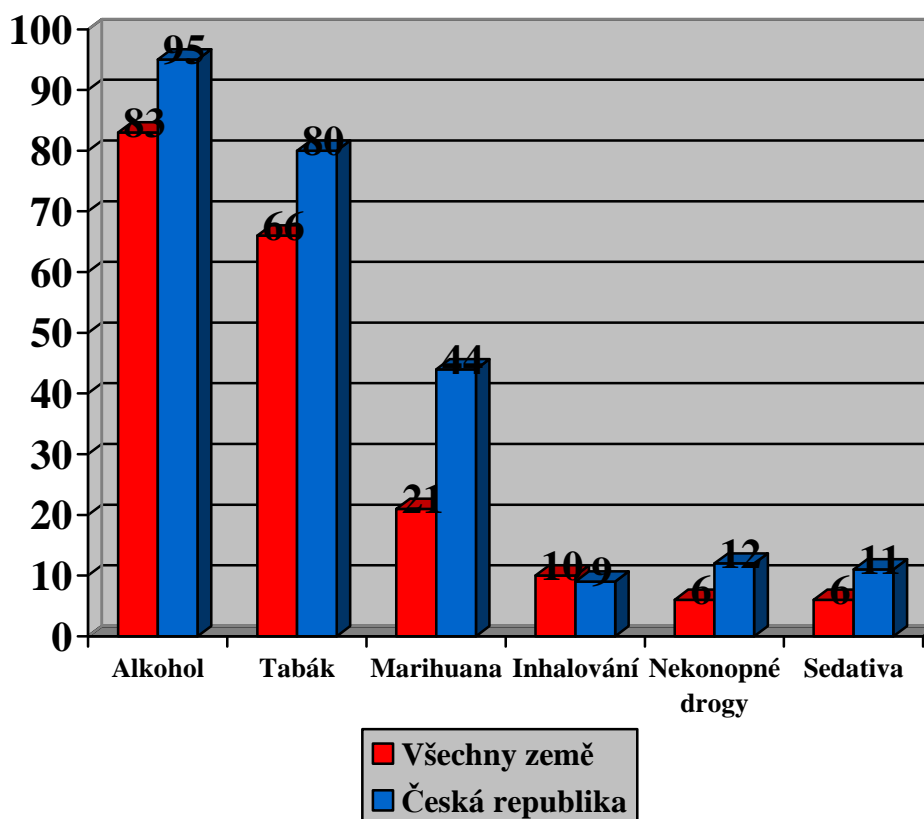
Na základě této statistiky se ukazuje, že česká mládež má v porovnání s mládeží v ostatních evropských státech větší sklony k návykovému chování. Příčiny situace mohou být např. v tolerantnějším postoji dospělé české populace k užívání legálních návykových látek i k jejich konzumaci v nadměrných dávkách.

---

<sup>42</sup> Celkem se jedná o 35 evropských zemí

<sup>43</sup> Zdroj: Hibell, B. et al. (2004) The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN, s. 204.

Graf č. 8 - Užívání návykových látek v ČR ve srovnání s průměrem za evropské státy



Od roku 2003 nedošlo k žádné jiné dostupné studii, která by mapovala užívání návykových látek v České republice ve srovnání s evropskými zeměmi.

## 3 Terapeutické komunity jako nástroj léčby

### 3.1 Definice a historie

Podle Kratochvíla (1979) je terapeutická komunita zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování<sup>44</sup>.

Terapeutická komunita je vlastně systém léčeben, ve kterém se podporuje otevřená komunikace, kde se na rozhodování podílejí všichni členové komunity, tedy členové týmu i pacienti.

V polovině 20. století dochází k rozvoji terapeutických komunit ve dvou směrech. První z nich jsou tzv. *demokratické terapeutické komunity* založené dle Maxwella Jonese a druhé jsou tzv. *hierarchické terapeutické komunity*, mezi které patří zařízení Synanon, založený v roce 1958 Charlesem E. Dederichem. Oba dva typy komunit však mají společné to, že se pacienti stávají aktivními účastníky ve své léčbě. Mezi další společné znaky patří dle Kennarda (1998) neformální a otevřená atmosféra, centrální místo skupinových setkání v terapeutickém programu, sdílení práce na udržování a chodu komunity, terapeutická úloha rezidentů, podíl rezidentů na moci, společné hodnoty a myšlenky. Odlišnosti jsou pravděpodobně pouze dány cílovou populací, pro kterou jsou jednotlivé programy určeny. Na rozdíl od „encounteru“<sup>45</sup> v běžném pojetí humanistické psychoterapie je hra v komunitách výrazně konfrontační,

---

<sup>44</sup> K. Kalina a kolektiv. Drogy a drogové závislosti 2, 2003, str. 53.

<sup>45</sup> Encounter – z angl. „setkání“ – speciální techniky skupinové psychoterapie zaměřené na odstraňování psychických bariér a obranných mechanismů. Při interpersonální interakci se podporuje otevřenost, ochota řešit problémy, volí se přístup „zde a nyní“. Cílem těchto technik je pomoci lidem růst, prožívat radost, otevřenost. Příkladem technik zaměřených na odstranění zábrán je dotýkání, křik, společný pláč. Terapeut při encounteru podporuje projevení emocí naplno a upřímně. V současné době je užití této metody pro léčbu někdy pokládáno za kontroverzní, protože klienti intenzivní zážitky obtížně integrují (Glosář, 2001).

často verbálně agresivnější, její terapeutický potenciál spočívá v tom, že se účastníci učí nebát se konfliktů, nevyhýbat se řešení. Na základě zkušeností ze Synanonu vznikla celá řada komunit v Americe, ale i v Evropě.

V době komunismu v České republice drogově závislí na nealkoholových drogách zaujímalí pouze velmi malou část léčených pacientů. Převažoval abúzus léků nad ilegálně vyráběnými látkami typu pervitinu nebo braunu a pacienti byli léčeni v rámci standardních programů pro alkoholiky. Až po pádu komunistického režimu došlo v Česku k masivnímu rozvoji konzumace tvrdých ilegálních drog, a tím i k potřebě vytvoření nových léčebných modalit pro tuto specifickou skupinu pacientů.

První terapeutickou komunitu u nás, určenou pouze pro závislé na nealkoholových drogách, založilo v roce 1991 občanské sdružení SANANIM v Němčicích.<sup>46</sup> Absolventi komunity jsou od počátku směřováni k reintegraci do společnosti. Klienti jsou přijímáni přes kontaktní centra, kde jsou k tomuto typu léčby motivováni, a dále většinou přes detoxikační oddělení psychiatrických léčeben, které tak klienta na režimově-psychoterapeutický způsob léčby připravují.

Na podobném principu a s podobným programem vznikaly v Česku i další dlouhodobé rezidenční terapeutické komunity pro drogově závislé. Většinou se jedná o smíšené komunity, léčí se zde tedy muži i ženy. V první polovině devadesátých let 20. století se jednalo o komunitu „White light“ v severních Čechách. Tato komunita rozpracovala velmi komplexní program začlenění významných blízkých klientů do terapie. Další z ranných komunit byl „Pastor Bonus“, jediné zařízení v ČR, které nabízí léčbu i partnerským párům, nebo „Elim“ u Písku, který již zanikl.

V druhé polovině devadesátých let vznikaly rychle již standardní programy pro léčbu toxikomanů jako terapeutická komunita Fides Bílá Voda na Javornicku ve Slezsku. Tato komunita je jediné zařízení, které je částečně provázané s psychiatrickou léčebnou. Terapeutická komunita Nová Ves u Chrastavy na Liberecku byla zřízená Centrem sociálních služeb, tedy státem, s odbornou pomocí M. Richterové – Těmínové a K. Kaliny. Terapeutická komunita Pocestný mlýn u Dačic zachovává svůj křesťanský akcent a založilo ji občanské sdružení Podané ruce pod vedením J. Vobořila. V Mníšku pod Brdy se nachází terapeutická komunita Magdaléna, supervizorem je zde M. Frouzová. U založení komunity Helianna na Mladoboleslavsku stál P. Bém.

---

<sup>46</sup> Těmínová, M. „Terapeutická komunita v Němčicích.“ Konfrontace 1997; 2:13-18

Terapeutickou komunitu Karlov zřídilo občanské sdružení SANANIM u Čimelic pro léčbu mladistvých a později také pro závislé matky s dětmi. Terapeutická komunita Renarconse nachází pod svahy Beskyd na Frýdeckomístecku. Občanské sdružení Kolpingovo dílo ČR založilo za pomoci SANANIMu terapeutickou komunitu Sejřek na Vysočině. Mezi další terapeutické komunity, které postupně vznikaly jsou komunity Krok v Kyjově na jižní Moravě a terapeutická komunita Medvědí Kámen. V současné době je evidováno v České republice 15 terapeutických komunit.

Všechny vyjmenované komunity, vyjma Pastor Bonus, vzájemně spolupracují v rámci sekce terapeutické komunity A.N.O. (Asociace nestátních organizací), jejich zástupci se pravidelně několikrát ročně scházejí, diskutují společné problémy a vzdělávají se. Vzhledem k tomu, že tyto komunity jsou závislé na financování státem prostřednictvím grantového systému, přijaly všechny jednotné standardy poskytované péče<sup>47</sup>, vydané Meziřezortní protidrogovou komisí. Tím je dán zásadním způsobem jejich profesionální charakter, struktura péče, definovány jsou pravidla výběru personálu i mechanismus vnější kontroly zařízení. Jejich programy jsou v zásadě podobné a odlišují se zejména možnostmi, které jednotlivé komunity mají, ať dané zřizovatelem, nebo místními podmínkami, nebo personálním obsazením. Jejich pestrost je ve státem daných mantinelech dostatečná, některé více akcentují práci exuserů, další specifické terapeutické techniky, jiné charakter pracovních či zátěžových programů.

### ***3.2 Terapeutická komunita Sejřek***

Terapeutická komunita, respektive její myšlenkové a materiální zázemí je datováno od poloviny devadesátých let minulého století. Samotný program byl postupně realizován od roku 1999 v obci Sejřek u Nedvědice nedaleko známého moravského hradu Pernštejn. V různých obměnách, které reagují na proměny cílové populace

---

<sup>47</sup> Akreditační standardy. in: *Studijní a informativní materiály – Školení členů akreditačních týmů pro akreditace zařízení poskytující odborné služby osobám závislým na návykových látkách*. Praha: IPVZ, 2002.



(různost klientů, kteří do TK přicházejí), funguje komunitní program dodnes. Důležitou změnou programu bylo postupné začleňování klientů s přidruženou závažnější psychiatrickou diagnózou (od roku 2002) a návazná stále intenzivnější spolupráce s psychiatrem a některými psychiatrickými léčebnami. V dubnu roku 2006 obdržela TK Sejrek Certifikát odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby uživatelům drog. V tomtéž roce, 2006, byl podpořen ESF, krajem Vysočina a státním rozpočtem projekt D-komplex, rozšiřující služby TK o strukturovanější program pro klienty s přidruženou psychiatrickou diagnózou (jako jsou např. poruchy osobnosti apod.) o novou dílnu uměleckého kovářství a další programy. Léčebný program je určen osobám obou pohlaví starším 18ti let, u kterých je diagnostikována závislost na nealkoholových drogách.

Přijímáni jsou klienti, kteří prošli detoxikací, případně krátkodobou léčbou v psychiatrické léčebně (u klientů s psychiatrickou diagnózou cca 2 měsíce). Základem nabízené péče je dlouhodobý terapeutický a resocializační program, který se skládá ze skupinové a individuální terapie, pracovní terapie, pedagogické a výchovné práce, sociálně-právního servisu, zátěžových programů a tréninků zodpovědnosti. Volný čas klienti tráví sportovními, kulturními a klubovými aktivitami. Pravidelně jsou zde pořádány výlety i sportovní akce. Stranou nezůstává ani práce s rodinami klientů.

Tento model používání kombinace více přístupů v práci s klienty je osvědčený a používáný i v jiných zařízeních nejen u nás, ale i v zahraničí.

### **3.3 Průběh léčby**

Léčebný program trvá 7 – 13 měsíců a je rozdělen do čtyř fází:

- *Nultá fáze:* 1 – 3 měsíce (bez osobního, písemného i telefonického kontaktu s vnějším světem)
- *První fáze:* 2 – 3 měsíce (adaptace, zmapování problému)
- *Druhá fáze:* 4 – 6 měsíců (přebírání odpovědnosti)
- *Třetí fáze:* 1 – 3 měsíce (odpoutávání)

## **NULTÁ FÁZE**

- Klient se seznámí s pravidly TK a přistupuje na ústní dohodu, která jej zavazuje tato pravidla dodržovat.
- Do tří dnů si vybírá staršího bratra/sestru z klientů druhé fáze. Své rozhodnutí ohlásí na ranní komunitě.
- V nulté. fázi je klient v době tzv. hájení, což znamená, že za něj spoluzodpovídá jeho starší bratr/sestra a měl by tedy dostávat co nejméně sankcí.
- V nulté. fázi klient neudrhuje styk se světem mimo komunitu: neposílá ani nedostává poštu, netelefonuje, co nejvíce se zaměřuje na život v komunitě. O vánocích je pošta dovolena.
- Nezůstává o samotě.
- Areál terapeutické komunity smí opustit pouze při společné akci v doprovodu klientů vyšších fází. Nechodí do obchodu, na poštu, nemá u sebe peníze.
- V prvním nebo druhém týdnu svého pobytu v komunitě jde klient se zdravotním radou na vstupní prohlídku k lékaři. V akutním případě konzultuje další návštěvu lékaře se zdravotním radou a týmem.
- V nulté fázi má klient především za úkol vytvořit se svým garantem tzv. terapeutickou zakázku. Jsou to problémové okruhy, kterých si je klient vědom a které chce ve své léčbě zvládnout, překonat, vyřešit. Klient má minimálně dvě sezení se svým garantem a jedno s vedoucím terapeutické komunity.
- Nejdříve po uplynutí jednoho měsíce klient na zvláštní skupině oznámí, jestli chce v léčbě setrvat. Pokud ano, seznámí ostatní se svou terapeutickou zakázkou a plánem své léčby. O jeho postupu do 1. fáze hlasují všichni přítomní členové komunity. Pak klient podepíše smlouvu s terapeutickou komunitou a přestupuje do první. fáze léčby.

## **PRVNÍ FÁZE**

- Klient se stává právoplatným členem komunity.
- Smí posílat a přijímat poštu, telefonovat (maximálně 5 minut z kanceláře).
- Dopisy otvírá před šéfem domu, balíky před terapeutem.

- Areál terapeutické komunity smí opustit jen v doprovodu klientů vyšších fází nebo se skupinou. Opuštění areálu hlásí na skupině a uvede důvod.
- Smí do obchodu a na poštu pouze v doprovodu klienta druhé fáze.
- Může mít návštěvu rodinných příslušníků, která je podmíněna rodinným sezením.
- Mluví o sobě otevřeně na skupině a absolvuje arteterapeutickou analýzu.
- Do další fáze přestupuje na velké komunitě – přestup musí být schválen nadpoloviční většinou hlasů. Vedoucí komunity má právo veta.

## **DRUHÁ FÁZE**

- Klient smí s vědomím skupiny plánovaně opustit areál terapeutické komunity.
- Jednou za měsíc může strávit víkend mimo komunitu.
- Mluví o sobě otevřeně na skupině a absolvuje arteterapeutickou analýzu.
- Ke konci druhé fáze absolvuje desetidenní brigádu mimo komunitu. Odměna jde do společné kasy komunity.
- Před vstupem do třetí fáze odjíždí na prodloužený víkend (5 až 7 dní) domů.
- 24 hodin před přestupem tráví klient na klauzuře, nemluví s ostatními, nekouří (max. 5 cigaret), jídlo mu nosí šéf domu.
- Do další fáze přestupuje na velké komunitě – přestup musí být schválen nadpoloviční většinou hlasů. Vedoucí komunity má právo veta.
- Klient má ve druhé fázi možnost vybrat si jeden den volna, který nahlásí den předem do skupiny.

## **TŘETÍ FÁZE**

- Ve třetí fázi je klient povinen si najít práci.
- Pokud klient práci má, účastní se tří skupin týdně .
- Jestliže klient práci nemá, je plně zapojen do chodu domu nebo je mimo dům a práci si hledá.

- Klient může na víkendy odjíždět domů.
- Má u sebe všechny doklady a peníze, mobilní telefon dostává do práce.
- Odchází z léčby pro rituálu na velké komunitě.
- Podmínkou řádného ukončení je dohodnuté doléčování.

Klient se v léčbě podřizuje terapii a režimu terapeutické komunity Sejřek, přijímá rozhodnutí komunity a skupiny. Dále se zavazuje k aktivní spolupráci.

V komunitě je zakázáno jakékoli zacházení s drogami a alkoholem, fyzická agrese, psychický nátlak a projevy rasismu. Mezi členy komunity jsou zakázány i sexuální kontakty a intimní vztahy.

### 3.4 Konkrétní služby TK Sejřek

<b>skupinová terapie</b>	řešení interpersonálních a intrapsychických konfliktů
<b>individuální terapie</b>	bezpečnější terapeutický prostor, plánování krátkodobých i dlouhodobých cílů
<b>pracovní terapie</b>	k získávání pracovních dovedností a návyků
<b>rodinná terapie</b>	k zlepšení komunikace a vztahů v rodině klienta
<b>arteterapie<sup>48</sup></b>	sloužící k odkrytí nevědomých konfliktů v klientově osobnosti s postupnou nápravou a individuálním osobnostním růstem
<b>sociálně – právní servis</b>	má stabilizovat klientovu situaci ohledně příjmů, splácení dlužných částek či trestního stíhání

<sup>48</sup> Ukázka arteterapie klientů terapeutické komunity, viz příloha č. 3.

<b>prevence relapsu</b>	jak zvládat rizikové situace, předcházet jim, selfmanagement
<b>skupina pro rodiče</b>	funguje pro sdílení starostí i radostí rodičů a blízkých, mírné terapeutické působení
<b>zátěžová, zážitková terapie</b>	vedou k poznávání vlastních reakcí v náročných nebo extrémních podmínkách, k zážitku a poznání co je klient schopen přestát
<b>trénink odpovědnosti</b>	pracují s postupným přebíráním odpovědnosti za sebe i okolí na základě rozdělení programu do třech fází, z nichž každá klade různě vysoké nároky na klienta
<b>poradenství</b>	pro příbuzné uživatelů, zejména jak se chovat v kontaktu s uživatelem
<b>volnočasové aktivity</b>	učí uživatele rozumně využít volný čas v souladu se zdravým životním stylem
<b>rodičovský víkend</b>	setkání rodinných příslušníků přímo v TK, vede k poznání k lepšímu poznání programu rodiči, společná práce, rodinná terapie

### 3.5 Základní statistické údaje

#### 3.5.1 Statistické údaje roku 2003

Kapacita programu	15
Délka programu v měsících	8 – 13
Počet všech klientů, kteří se zúčastnili programu	36
- z toho mužů	24
- z toho žen	12
Počet injekčních uživatelů drog	31
- z toho se základní drogou heroin	15
- z toho se základní drogou pervitin	17
Průměrný věk klienta	24
Počet klientů, kteří program úspěšně dokončili	10
Počet klientů, kteří program ukončili předčasně	10
Průměrná délka léčby ve dnech	229
Průměrná délka úspěšně ukončené léčby ve dnech	384

### 3.5.2 Statistické údaje roku 2004

Kapacita programu	15
Délka programu v měsících	8 – 13
Počet všech klientů, kteří se zúčastnili programu	43
- z toho mužů	27
- z toho žen	16
Počet injekčních uživatelů drog	41
- z toho se základní drogou heroin	16
- z toho se základní drogou pervitin	27
Průměrný věk klienta	23
Počet klientů, kteří program úspěšně dokončili	12
Počet klientů, kteří program ukončili předčasně	19
Průměrná délka léčby ve dnech	225
Průměrná délka úspěšně ukončené léčby ve dnech	294

### 3.5.3 Statistické údaje roku 2005

Kapacita programu	15
Délka programu v měsících	8 – 13
Počet všech klientů, kteří se zúčastnili programu	46
- z toho mužů	26
- z toho žen	20
Počet injekčních uživatelů drog	40
- z toho se základní drogou heroin	14
- z toho se základní drogou pervitin	32
Průměrný věk klienta	25
Počet klientů, kteří program úspěšně dokončili	8
Počet klientů, kteří program ukončili předčasně	24
Průměrná délka léčby ve dnech	141
Průměrná délka úspěšně ukončené léčby ve dnech	280

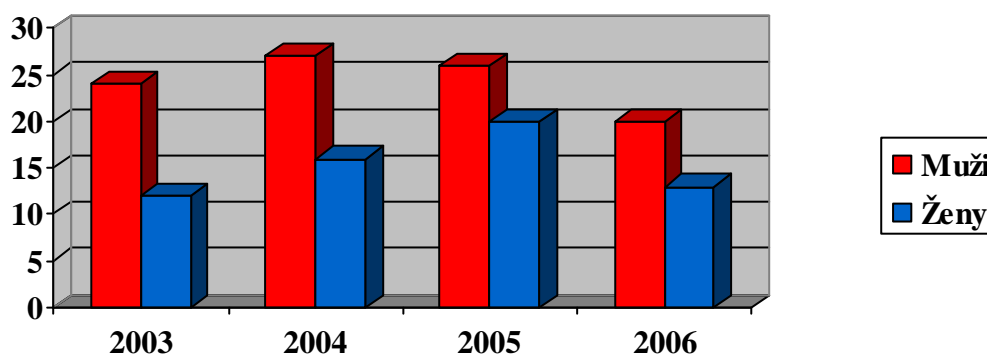


### 3.5.4 Statistické údaje roku 2006

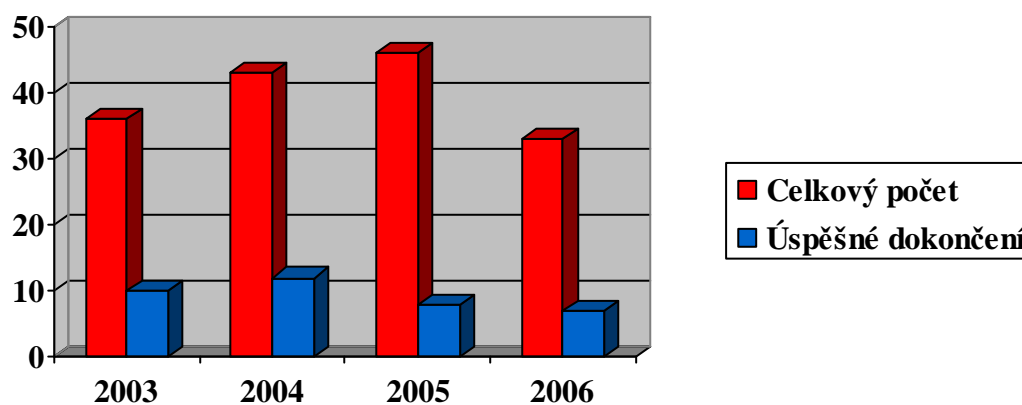
Kapacita programu	15
Délka programu v měsících	8 – 13
Počet všech klientů, kteří se zúčastnili programu	33
- z toho mužů	20
- z toho žen	13
Počet injekčních uživatelů drog	31
- z toho se základní drogou heroin	9
- z toho se základní drogou pervitin	21
Průměrný věk klienta	27
Počet klientů, kteří program úspěšně dokončili	7
Počet klientů, kteří program ukončili předčasně	19
Průměrná délka léčby ve dnech	208
Průměrná délka úspěšně ukončené léčby ve dnech	356

### 3.5.5 Statistické údaje vyjádřené grafem

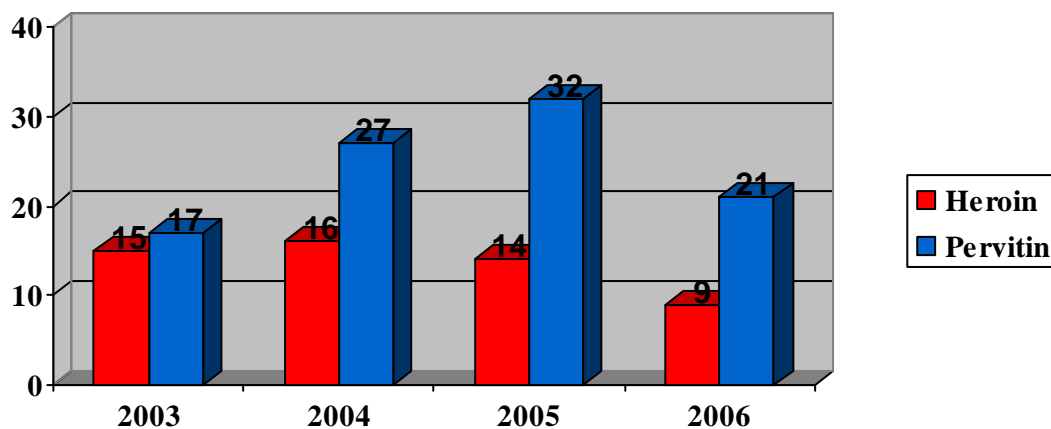
Graf č. 9 - Počet mužů a žen léčících se v TK Sejřek



Graf č. 10 - Počet úspěšného dokončení léčby



Graf č. 11 - Počet uživatelů léčících se ze závislosti na heroínu a pervitinu



<b>Klienti TK Sejřek v letech 1999 - 2005</b>				<b>125 klientů</b>	
<b>Z toho léčbu opakovalo</b>				<b>13 klientů</b>	
Řádně dokončili	42	Z toho abstinuje	33	nevíme	7
Drop-out do 8 týdnů	27	Z toho abstinuje	0	nevíme	27
Neukončili řádně	53	Z toho abstinuje	26	nevíme	27
zemřeli	3	abstinovali	2	neabstinovali	1

V počtech klientů samozřejmě zaujme velmi nízký počet dokončených léceb a vysoké číslo předčasných odchodů. Zde zřejmě působí souběh příčin. Jednak se začíná obměňovat tým (kmenoví zaměstnanci po 5-6 letech) a mění se i klientela (převaha poruch osobnosti, významnější rodinná psychopatologie). Na to je reagováno tím, že je upravena počáteční fáze programu, je umožněna střednědobá léčba (6 měsíců).

Program TK vykazuje solidní dlouhodobé výsledky, jak je vidět z poslední tabulky. Téměř 80% z těch, co kdy dokončili léčbu abstinuje a 50% těch, co odešli předčasně je také v pořádku. Vzhledem k tomu, s jakou klientelou TK Sejřek pracuje, jde o čísla uspokojivá.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 Výzkum v terapeutické komunitě Sejřek

K mapování současného stavu v terapeutické komunitě Sejřek byl klientům této komunity, kteří se v současné době léčí ze závislosti na nealkoholových drogách, předán dotazník. Tento dotazník měl sloužit k zmapování problémů, spojených se zneužíváním návykových látek, zjištění některých demografických údajů klientů komunity a v neposlední řadě i ke zjištění, zda současná informovanost veřejnosti postačuje k prevenci zneužívání drog.

V této souvislosti byla Městským úřadem Nového Města na Moravě, v rámci komunitního plánování, vydána v roce 2007 studie, jejíž jedna část se právě zabývala názory o informovanosti veřejnosti ohledně prevence a zneužívání návykových látek. Tuto otázku jsem zařadila i do dotazníku pro klienty komunity.

Z výsledků vrácených dotazníků od klientů terapeutické komunity Sejřek a odpověďmi občanů Nového Města na Moravě se pokusím dojít k závěru, zda informovanost veřejnosti a především dětí postačuje k prevenci proti zneužívání návykových látek, k závěru, jak hodnotí současní klienti komunity své první zkušenosti s drogami, své problémy spojené s užíváním drog i to, jak nahlízejí jako lidé, kteří se léčí ze závislosti na nealkoholových drogách na současný stav prevence.

## **4.1 Dotazník**

1. Jsi muž?

- a) ano
- b) ne

2. Je ti více jak 25 let?

- a) ano
- b) ne

3. V TK Sejřek se léčíš ze závislosti na :

- a) heroin
- b) pervitin
- c) jiná droga

4. Byl jsi injekčním uživatelem drogy?

- a) ano
- b) ne

5. Kolik ti bylo let, když jsi poprvé udělal/a následující?

- |                                                                                     |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| a) opil/a jsem se                                                                   | nikdy – méně než 16 – více než 16 |
| b) vykouřil/a jsem svou první cigaretu                                              | nikdy – méně než 16 – více než 16 |
| c) vyzkoušel/a jsem marihuanu nebo hašiš                                            | nikdy – méně než 16 – více než 16 |
| d) vyzkoušel/a jsem utišující prostředky<br>nebo sedativa (bez lékařského předpisu) | nikdy – méně než 16 – více než 16 |
| e) vyzkoušel/a jsem heroin                                                          | nikdy – méně než 16 – více než 16 |
| f) vyzkoušel/a jsem amfetaminy                                                      | nikdy – méně než 16 – více než 16 |
| g) vyzkoušel/a jsem extázi                                                          | nikdy – méně než 16 – více než 16 |

6. Měl/a jsi někdy kvůli užívání nelegálních drog některý z následujících problémů?

- |                                                 |          |
|-------------------------------------------------|----------|
| a) hádka nebo rvačka                            | ano - ne |
| b) nehoda nebo zranění                          | ano - ne |
| c) ztráta peněz nebo jiných cenností            | ano - ne |
| d) poškození předmětů                           | ano - ne |
| e) problémy ve vztahu s tvými rodiči            | ano - ne |
| f) problémy ve vztahu s přáteli                 | ano - ne |
| g) slabý výkon ve škole nebo práci              | ano - ne |
| h) oběť loupeže nebo krádeže                    | ano - ne |
| i) potíže s policií                             | ano - ne |
| j) hospitalizace nebo akutní příjem v nemocnici | ano - ne |
| k) sex bez ochrany                              | ano - ne |

7. Vyhovuje ti léčebný program v TK Sejřek?

- a) ano
- b) ne

8. Myslíš, že je dostatečná informovanost o drogách a jejich negativních následcích?

- a) ano
- b) ne

9. Co by podle Vás pomohlo ke zlepšení situace se zneužíváním drog?\*

- a) osvěta a přednášky
- b) informace pro rodiče
- c) více možností trávení volného času pro starší děti (teenagery)
- d) větší kontrola policie
- e) jiné (vepište):.....
- f) nevím, neumím posoudit

\*Možno využít více odpovědí.

## **4.2 Vyhodnocení dotazníku**

V době provádění výzkumu bylo v terapeutické komunitě Sejřek dobrovolně léčeno ze závislosti na nealkoholových drogách 13 klientů. Z celkového počtu 13 dotazníků, které jim byly rozdány, se vrátilo vyplněných 10. Tři klienti terapeutické komunity neměli zájem o vyplnění dotazníku.

### **Otázka č. 1 – Jsi muž?**

Na otázku zda je klient muž, odpovědělo z počtu 10 respondentů 7 krát ano. To znamená, že 70% klientů, kteří se zapojili do výzkumu, jsou muži. Poměr mužů a žen tedy činí cca 2 : 1, což odpovídá celorepublikovému poměru z roku 2006. Z uvedeného vyplývá, že v České republice je dvakrát více mužů než žen, kteří jsou drogově závislí a požádali o léčbu.

### **Otázka č. 2 – Je ti více jak 25 let?**

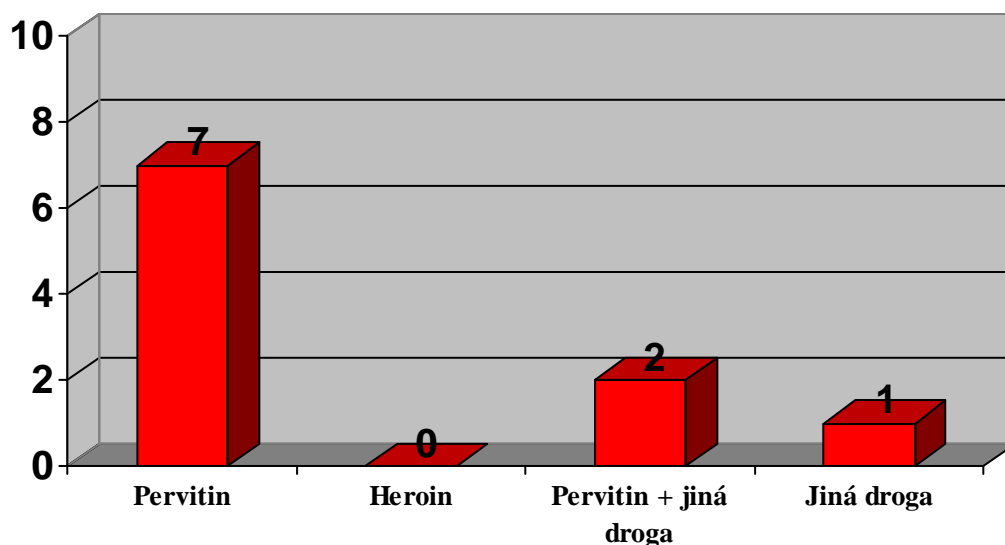
Na otázku č. 2 v dotazníku odpovědělo 7 respondentů kladně z celkového počtu 10, což znamená, že v terapeutické komunitě Sejřek se v době provádění výzkumu léčilo z drogové závislosti 7 klientů starších 25 let. Zbylí 3 klienti byli mladší 25 let.

Průměrný věk drogově závislých se v celorepublikové statistice pohybuje okolo 23 let v roce 2006. Rozdíl mezi těmito hodnotami spatřuji především v tom, že věk léčených klientů v terapeutické komunitě je odvislý od toho, kdy si zažádá o léčbu. Většina drogově závislých lidí si z počátku myslí, že tento problém vyřeší sami a že nepotřebují pomoc. Tuto pak následně vyhledávají až po určité době.

### Otázka č. 3 – V TK Sejřek se léčíš ze závislosti na?

Na dotaz, z jaké závislosti se v terapeutické komunitě Sejřek léčí, zda ze závislosti na heroinu, pervitinu nebo jiné droze, 7 respondentů odpovědělo, že se zde léčí ze závislosti na pervitinu, 2 respondenti ze závislosti na pervitinu a jiné droze a 1 respondent ze závislosti na jiné droze. Počet a grafické znázornění viz níže v grafu č. 12:

Graf č. 12 - Odpovědi respondentů na otázku č. 3 dotazníku



V roce 2006 byl v České republice poměr uživatelů pervitinu a heroinu cca 4,3 : 1. To znamená, že uživatelů pervitinu bylo u nás přibližně 4 krát více než uživatelů heroinu. Ve srovnání s odpověďmi v dotazníku z terapeutické komunity Sejřek lze konstatovat, že i zde se léčí nejvíce uživatelů pervitinu nebo uživatelů pervitinu v kombinaci s jinou drogou, což koresponduje s celorepublikovými hodnotami. Pouze jeden respondent se v terapeutické komunitě léčí ze závislosti na jiné droze, pravděpodobně ze závislosti na sedativech a v době provádění průzkumu se nikdo neléčil ze závislosti na heroinu.



#### **Otázka č. 4 – Byl jsi injekčním uživatelem drogy?**

Otázka ohledně injekčního užívání drog dopadla v neprospěch odpovědi ne, kdy devět z deseti respondentů uvedlo, že před zahájením léčby užívali drogy injekčně. Pouze jeden respondent užíval drogu jiným způsobem.

V celorepublikové statistice se uvádí, že v roce 2006 užívalo drogy injekčně více než 60 % uživatelů. V terapeutické komunitě Sejrek je toto číslo vyšší, dosahuje hodnoty až 90 % injekčních uživatelů drog.

#### **Otázka č. 5 – Kolik ti bylo let, když jsi poprvé udělal/a následující?**

Pátá otázka v dotazníku směřovala ke zjištění věku prvouživatelů. Devět respondentů uvedlo, že se poprvé opilo ve věku, kdy jim bylo méně než 16 let, pouze 1 respondent byl starší 16 let. Odpověď nikdy nebyla v otázce opilosti uvedena ani v jednom případě.

Odpověď na otázku, kdy vykouřili svoji první cigaretu odpověděli respondenti stejně, jak u první opilosti. To znamená, že devět z deseti respondentů vykouřilo svoji první cigaretu ve věku mladším 16ti let.

Marihuanu nebo hašiš vyzkoušeli čtyři respondenti ve věku starším 16ti let, ostatní uvedli věk mladší 16ti.

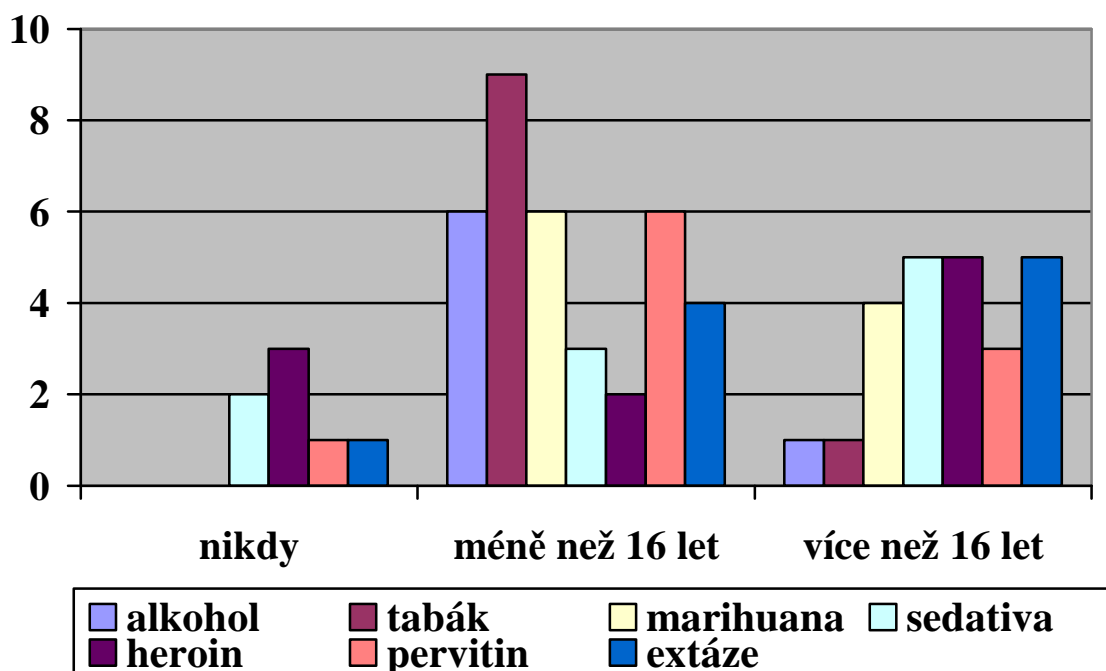
Utišující prostředky nebo sedativa bez lékařského předpisu poprvé vyzkoušelo 5 respondentů ve věku více jak 16 let, 3 respondenti mladší 16ti let a 2 respondenti uvedli, že utišující prostředky nevyzkoušeli nikdy.

Heroin nikdy nevyzkoušeli 3 respondenti, dvou respondentům bylo při prvním vyzkoušení méně než 16 let a 5 respondentů uvádí věk vyšší jak 16 let.

Pervitin nevyzkoušel nikdy jeden respondent, pravděpodobně ten, který uvedl že se v terapeutické komunitě léčí ze závislosti na jiné droze než je pervitin nebo heroin, a také ten, který uvedl, že nebyl před léčbou injekčním uživatelem drogy. 6 respondentů uvádí věk, kdy poprvé vyzkoušeli pervitin menší než 16 let, více jak 16 let uvádí 3 respondenti.

Extázi vyzkoušelo 5 respondentů ve věku starším jak 16 let, 4 respondenti ve věku mladším 16 let a 1 respondent uvádí, že extázi nevyzkoušel nikdy.

Odpovědi respondentů na otázku č. 5 dotazníku



Tabulka odpovědí na otázku č. 5 dotazníku

Druh návykové látky	nikdy	méně než 16 let	více než 16 let
Alkohol	0	9	1
Tabák	0	9	1
Marihuana nebo hašiš	0	6	4
Sedativa, utišující prostředky	2	3	5
Heroin	3	2	5
Pervitin	1	6	3
Extáze	1	4	5

**Otázka č. 6** – Měl/a jsi někdy kvůli užívání nelegálních drog některý z následujících problémů?

Otázka č. 6 dotazníku měla zmapovat problémy související s užíváním drog. Tato část dotazníku byla rozdělena do 11 podotázek, na které respondenti měli odpovídat buď ano nebo ne.

Všech 10 respondentů mělo kvůli užívání drog hádku nebo rvačku, pouze jeden respondent uvedl, že nedošlo v souvislosti s užíváním drog k jeho zranění nebo nehodě. Ostatní tyto problémy uvádí. Na otázku, zda u nich došlo ke ztrátě peněz nebo jiných cenností odpovědělo 9 respondentů kladně, pouze 1 záporně. Tři respondenti na otázku, zda došlo k poškození předmětu odpovědělo, že ne, ostatní uvádí kladnou odpověď.

Jako velmi závažný problém, spojený se zneužíváním drog, uvádí klienti terapeutické komunity Sejřek problém ve vztahu se svými rodiči a přáteli. Pouze jeden respondent uvedl, že se svými rodiči neměl nikdy problém, s přáteli měli problémy všichni dotázaní. Osm z deseti respondentů dále uvádí, že užívání drog jim přispělo ke slabšímu výkonu ve škole nebo v práci, dva respondenti na tuto podotázku odpověděli záporně.

Kladnou odpověď na dotaz týkající se potíží s policií označilo 8 respondentů a 9 respondentů také uvedlo, že se stalo v souvislosti se zneužíváním drog obětí loupeže nebo krádeže.

Sedm z deseti respondentů uvedlo odpověď ano s hospitalizací nebo akutním příjmem v nemocnici a v jednom z nejzávažnějších problémů, které mohou při zneužívání drog nastat, sexu bez ochrany, odpovědělo 9 z desíti respondentů kladně.

**Otázka č. 7** – Vyhovuje ti léčebný program v TK Sejřek?

Všichni respondenti odpověděli kladně na dotaz, zda jim vyhovuje program terapeutické komunity a její léčba.

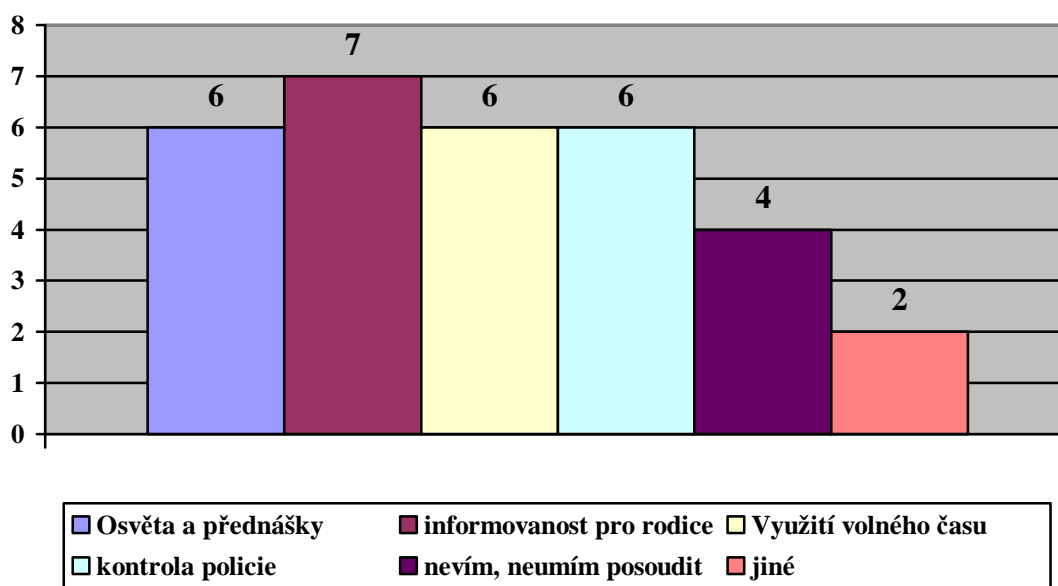
**Otázka č. 8** – Myslíš, že je dostatečná informovanost o drogách a jejich negativních následcích?

80 % dotázaných však uvedla, že není dostatečná informovanost o drogách a jejich negativních následcích.

### Otázka č. 9 – Co by podle Vás pomohlo ke zlepšení situace se zneužíváním drog?

V poslední otázce dotazníku měli klienti komunity uvést, co by dle jejich mínění pomohlo ke zlepšení situace se zneužíváním drog. Zde mohli označit více jak jednu z navrhovaných alternativ. Nejvíce, dle odpovědí respondentů, by ke zlepšení situace pomohla větší informovanost rodičů, pouze o stupínek níže se zařadily odpovědi jako větší osvěta více přednášek, více možností trávení volného času pro děti, větší kontrola policie. Tři odpovědi respondentů zněly, nevím, nedokážu posoudit a 3 odpovědi se týkaly jiných možností ke zlepšení situace. Mezi ně patřila větší informovanost již na základních školách, vydávání některých léků jako např. Solutan a Modafen jen na lékařský předpis a třetí odpověď vyzněla ve formě více přednášek s léčícími se nebo zalečenými uživateli drog, viz graf č. 14.

Graf č. 14 - Odpovědi respondentů na otázku č. 9 dotazníku



### ***4.3 Srovnání odpovědí klientů TK Sejřek se stávajícím stavem v Novém Městě na Moravě***

V průběhu měsíce září roku 2007 byl distribuován mezi občany Nového Města na Moravě dotazník týkající se i drogové problematiky ve městě. Dotazník určený široké veřejnosti i posledním ročníkům ZŠ nakonec vyplnilo 492 občanů a žáků našeho města.

Respondenti zde měli odpovědět i na otázku, která byla uvedena v dotazníku pro klienty terapeutické komunity Sejřek<sup>49</sup>. Mohli označit více než jednu variantu odpovědi.

Klienti terapeutické komunity uvedli jako nejlepší možnost ke zlepšení situace v oblasti zneužívání drog informovanost pro rodiče, kdežto respondenti z Nového Města na Moravě nejčastěji uvedli více možností trávení volného času pro starší děti (teenagery). Informovanost rodičů je dle respondentů města vcelku dostačující, přednášek a osvěty je v našem městě také dostatek. Samozřejmě existuje celá řada možných vysvětlení, proč právě jenom informace pro rodiče situaci nepomohou (mohou se domnívat, že oni mají dostatek informací, nepovažují sebe za součást problému – to se jim a jejich dětem stát nemůže a nebo to řeší škola a jiné instituce atd.).

V ostatních odpovědích se respondenti komunity i respondenti města shodují. Měla by být zajištěna větší kontrola policie, zvláště na místech, kde se uživatelé drog scházejí.

Respondenti města sami nepřišli s novým nápadem, jak zlepšit situaci se zneužíváním drog. Pouze velmi malá část respondentů města označila odpověď nevím, neumím posoudit nebo odpověď jiné (vepište). Tuto odpověď pravděpodobně neuváděli především z důvodu, že nemají žádné zkušenosti se zneužíváním nealkoholových drog (kromě tabáku).

---

<sup>49</sup> Otázka č. 9 dotazníku – Co by podle Vás pomohlo ke zlepšení situace se zneužíváním drog? – viz bod 5.1 výše

## Závěr

V posledních letech došlo k poklesu prvních i všech žádostí o léčbu u jednotlivých skupin drog s výjimkou všech žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním pervitinu. Pervitin je stále nejvíce zneužívaná droga na území České republiky.

Podle průzkumů z posledních let vyzkoušelo v dospělé populaci nelegální drogu přibližně 20% osob, a výsledky nasvědčují zastavení rostoucích trendů z minulé dekády, a to především u konopných látek a heroinu. Od roku 2002 dochází k poklesu užívání všech sledovaných nelegálních drog, pouze u těkavých látek byl zaznamenán mírný nárůst.

Poměr mužů a žen zneužívajících drogy se prakticky nemění, zůstává stále v poměru 2 : 1 v neprospěch mužů. Od roku 2000 se zvyšuje průměrný věk uživatelů drog, oproti tomu klesá procento uživatelů mladších 19ti let. V terapeutické komunitě Sejrek dosáhl v loňském roce průměrný věk léčených uživatelů drog až 27 roků.

Dostupnost alkoholu a tabáku je pro mladistvé a nezletilé prakticky neomezená, což je v rozporu s platnými právními předpisy ČR a svědčí o nedostacích v jejich vymáhání.

Subjektivně vnímaná dostupnost u ostatních drog je nižší, u marihuany a extáze se zvyšuje. Ve společnosti roste podíl těch, kterým byla ilegální droga někdy nabídnuta, nabídka drog výrazně neklesá. Přesto si myslím, že mladí lidé mají dostatečné informace o rizicích různých drog, což však odporuje tvrzení klientů terapeutické komunity Sejrek, kteří jako respondenti dotazníku uvedli, že informovanost je na velmi nízké úrovni.

Záležitostí, která je z pohledu společenské nebezpečnosti na mimořádně vysoké úrovni a jejíž současný stav si vyžaduje koncepční řešení zainteresovanými subjekty, je nelegální výroba psychotropní látky metamfetaminu (pervitinu) na celém území České republiky, při které jako výchozí surovina slouží pseudoefedrin, obsažený ve volně prodejných lécích. Vzhledem k volnému prodeji těchto léků, bez lékařského předpisu, je ve výrobě této drogy na současné drogové scéně v České republice již delší dobu alarmující stav, vyvolávající nutnost adekvátní reakce. V drtivé většině zjištěných případů nelegální výroby této psychotropní látky výrobci použili jako vstupní produkt

právě tyto léky. Jednou z alternativ, které by toto řešení mohlo mít, je zařazení těchto léků mezi léky, které budou vydávány pouze na lékařský předpis. Dalším řešením pak může být legislativní úprava této problematiky v zákoně o návykových látkách, aby se tento zákon vztahoval i na zacházení s prekursory obsaženými v léčivech v lékové formě, a to bez omezení na množství pseudoefedrinu.

Změn v dosavadním nepříznivém vývoji lze dosáhnout jen společným a koordinovaným postupem, založeným na spolupráci subjektů, do jejichž působnosti problém užívání drog zasahuje na všech úrovních společnosti.

# Resume

Diplomová práce se v první kapitole zabývá především vymezením základních pojmů, kam patří takové pojmy jako drogy, drogová závislost, zneužívání drog a s ním související problémy. Dále jsou zde rozděleny drogy do jednotlivých kategorií, na alkohol, tabák, halucinogenní drogy, konopné drogy, opiáty, stimulancia, analgetika a dále je velká část věnována historii zneužívání drog jak ve světě, tak i v České republice.

Druhá kapitola potom zahrnuje celkové statistické údaje o drogové scéně v oblasti zneužívání drog v České republice, a to zejména trendy nově evidovaných uživatelů drog – žadatelů o léčbu v průběhu let 2000 – 2006. V této kapitole dochází ke srovnání celorepublikových statistik a statistik Terapeutické komunity Sejřek v užívání návykových látek a ke srovnání České republiky s evropskými zeměmi.

Ve třetí kapitole diplomové práce dochází k popisu historie vzniku terapeutických komunit na našem území, k popisu a představení Terapeutické komunity Sejřek, k popisu průběhu léčby a konkrétních služeb v této komunitě. Součástí třetí kapitoly jsou i základní statistické údaje vyjádřené čísly i grafy.

Závěrečná kapitola je praktickou částí diplomové práce, jež zahrnuje výzkum v Terapeutické komunitě Sejřek, dotazník a vyhodnocení dotazníku. V neposlední řadě tato kapitola obsahuje i srovnání odpovědí klientů terapeutické komunity Sejřek se stávajícím stavem v Novém Městě na Moravě a jeho blízkém okolí.



## **Anotace**

Diplomová práce charakterizuje především vývoj drogové scény v České republice a s ní související problémy se zneužíváním drog. Zabývá se vymezením základních pojmů, rozčleněním drog do jednotlivých kategorií, historií zneužívání drog a v neposlední řadě i statistickými údaji týkajícími se právě zneužíváním drog v České republice.

Je zde popisována i léčba drogově závislých jedinců v terapeutické komunitě Sejřek, jež je jedna z mnohých terapeutických komunit nacházejících se na našem území, vybudovaných právě za účelem pomoci v léčbě ze závislosti na drogách.

Výsledkem práce je popis hlavních trendů v oblasti zneužívání drog v České republice, a to především po roce 2000, jeho následků, možností léčby, kterou poskytují mimo jiné i terapeutické komunity a srovnání statistických údajů poskytnutých Hygienickou stanicí v Praze a Terapeutickou komunitou Sejřek.

## **Klíčová slova**

Drogy, drogová situace, psychická závislost, psychosociální závislost, fyzická závislost, stimulační drogy, alkohol, tabák, kouření, halucinogeny, konopné drogy, inhalační drogy, analgetika, sedativa, léková závislost, terapeutická komunita, statistika.

## **Annotation**

The thesis characterizes the development of the drug scene in the Czech Republic and related issues of drug abuse. It drala with the definitions of the basic terms, classifying drugs into categories, the history of drug abuse and last but not lest the statistical data concerning drug abuse in the Czech Republic.

A description of treatment of addicted individuals in the therapeutic community of Sejšek is given. Sejšek is one ob the many therapeutics communities in our country established for the purpose of providing help in the treatment of drug addiction.

The output of the work si a description of the main trends in the field of drug abuse in the Czech Republic, especially after 2000, its consequences possibilities of treatment offered, apart from other institutions, also by therapeutic communities, and a comparison of the statistical data provided by the Sanitary Station in Prague and the Sejšek Therapeutics Community.

## **Keywords**

Drugs, drugs situation, psychic dependence, psychosocial dependence, physical dependence, stimulant drugs, alcohol, nicotine, smoking, hallucinogens, cannabis drugs, organic detergents, analgesics, hypnotics, harmful use of medicaments, community meeting, statistics.

## Seznam použité literatury

HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997, ISBN 80-7106-876-4.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6.

LEJČKOVÁ, P., MRAVČÍK, V., RADIMECKÝ, J. *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002*. Praha: Úřad vlády ČR, 2002, ISBN 80-86734-14-5.

LEJČKOVÁ, P., MRAVČÍK, V., RADIMECKÝ, J. *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN 80-86734-14-5.

MRAVČÍK, V., KORČIŠOVÁ, B., LEJČKOVÁ, P., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády ČR, 2004, ISBN 80-86734-59-5.

MRAVČÍK, V., KORČIŠOVÁ, B., LEJČKOVÁ, P., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005, ISBN 80-86734-59-5.

Národní koordinátor drogové epidemiologie pro resort zdravotnictví, Hygienická stanice hl. m. Prahy. *Výroční zpráva ČR – 2006*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, 2007, ISBN 978-80-239-9163-5.

Národní protidrogová centrála. *Bulletin 2/2002*. Praha: Národní protidrogová centrála, 2002, ISSN 1211-8834.

Národní protidrogová centrála. *Bulletin 3/2003*. Praha: Národní protidrogová centrála, 2003, ISSN 1211-8834.

Národní protidrogová centrála. *Bulletin 2/2004*. Praha: Národní protidrogová centrála, 2004, ISSN 1211-8834.

Národní protidrogová centrála. *Bulletin 2/2005*. Praha: Národní protidrogová centrála, 2005, ISSN 1211-8834.

Národní protidrogová centrála. *Bulletin 2/2006*. Praha: Národní protidrogová centrála, 2006, ISSN 1211-8834.

NEVŠÍMAL, P. *Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé*. Středočeský kraj: Nakladatelství Lidové noviny, 2004, ISBN 80-7106-876-4.

NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP – Koniasch Latin Pres sEt Livingstone, 1997, ISBN 80-85917-36-X.

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005, ISBN 80-86734-30-0.

Zákon č. 167/1998, o návykových látkách, v platném znění.



## Seznam příloh

**Příloha č. 1** – Tabulka č. 1 Trendy nově evidovaných uživatelů drog – žadatelů o léčbu v ČR, 2000 – 2006

**Příloha č. 2** – Tabulka č. 2 Srovnání celorepublikové statistiky a statistiky v TK Sejřek, 2003 – 2006

**Příloha č. 3** – Ukázka arteterapie v TK Sejřek – obrázky klientů terapeutické komunity

**Tabulka č. 1**

**TRENDY NOVĚ EVIDOVANÝCH UŽIVATELŮ DROG – ŽADATELŮ O LÉČBU V ČR, 2000 - 2006**

	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Incidence na 100 000 obyvatel</b>	40,3	41,2	45,9	40,4	45,31	42,9	40,4
<b>Poměr mužů a žen</b>	1,9 : 1	1,9 :1	2,1 : 1	2 : 1	2,1 : 1	2,2 : 1	2 : 1
<b>Procento uživatelů mladších 19ti let</b>	47,5	13,9	42,4	43,5	36,0	34,4	32,3
<b>Počty nově evidovaných uživatelů heroinu</b>	1229	1362	947	794	822	808	709
<b>Počty nově evidovaných uživatelů pervitinu</b>	2576	2545	2932	2761	3243	3126	3042
<b>Procento injekčních uživatelů</b>	62,3	64,8	58,5	60,5	64,9	64,0	62,5
<b>Počet nových klientů žádajících o léčbu</b>	4148	4233	4719	4158	4600	4372	4119
<b>Průměrný věk (v rocích)</b>	20,9	21,3	21,8	21,9	22,7	22,9	23,1

© Hygienická stanice hl. m. Prahy, 2007

Příloha č. 1

**Tabulka č. 2**

**SROVNÁNÍ CELOREPUBLIKOVÉ STATISTIKY A STATISTIKY V TK SEJŘEK,  
2003 - 2006**

	2003		2004		2005		2006	
	ČR	TK	ČR	TK	ČR	TK	ČR	TK
<b>Poměr mužů a žen</b>	2 : 1	2:1	2,1 : 1	1,7:1	2,2 : 1	1,3:1	2 : 1	1,5:1
<b>Počty nově evidovaných uživatelů heroínu/ počet léčených uživatelů heroínu v TK</b>	794	15	822	16	808	14	709	9
<b>Počty nově evidovaných uživatelů pervitinu/ počet léčených uživatelů pervitinu v TK</b>	2761	17	3243	27	3126	32	3042	21
<b>Procento injekčních uživatelů</b>	60,5	86	64,9	95	64,0	87	62,5	93
<b>Počet nových klientů žádajících o léčbu</b>	4158	36	4600	43	4372	46	4119	33
<b>Průměrný věk (v rocích)</b>	21,9	24	22,7	23	22,9	25	23,1	27

ČR – celorepubliková statistika na území České republiky

TK – statistika terapeutické komunity Sejřek







