

**VYSOKÁ ŠKOLA EVROPSKÝCH A REGIONÁLNÍCH  
STUDIÍ, O. P. S., ČESKÉ BUDĚJOVICE**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**DROGOVÁ ZÁVISLOST JAKO SOCIÁLNÍ  
PROBLÉM**

**Autor práce: Ivana Rejdová**

**Studijní obor: Regionální studia**

**Forma studia: Kombinované studium**

**Vedoucí práce: Prof. PhDr. Emanuel Pecka, CSc.**

**2008**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Vysoké školy evropských a regionálních studií v Českých Budějovicích a zpřístupněna ke studijním účelům.

Děkuji vedoucímu bakalářské práce prof. PhDr. Emanuelu Peckovi, CSc., za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

## OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>POJEM A ZNAKY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI</b> .....	<b>9</b>
2.1	DROGA .....	9
2.2	DROGOVÁ ZÁVISLOST .....	9
2.3	DROGOVÁ ZÁVISLOST V BĚHU DĚJIN .....	11
<b>3</b>	<b>ZÁKLADNÍ FORMY UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>16</b>
3.1	DISTRIBUCE DROG DO LIDSKÉHO TĚLA .....	16
3.2	TYPOLOGIE UŽIVATELŮ .....	16
3.3	NEJOHROZENĚJŠÍ SKUPINA V POPULACI .....	17
<b>4</b>	<b>ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>19</b>
4.1	ALKOHOL .....	19
4.2	NEALKOHOLOVÉ DROGY .....	20
<b>5</b>	<b>DROGOVÉ TRHY</b> .....	<b>24</b>
5.1	PRODUKČNÍ OBLASTI A DOVOZ DO EVROPY .....	24
5.2	DOSTUPNOST DROG V EVROPĚ .....	27
5.3	OBCHOD A ORGANIZACE DOVOZU DROG DO EVROPY .....	29
<b>6</b>	<b>SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>31</b>
6.1	SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU .....	31
6.2	SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY ZÁVISLOSTI NA NEALKOHOLOVÝCH DROGÁCH .....	33
<b>7</b>	<b>PREVENCE</b> .....	<b>35</b>
7.1	OPATŘENÍ NA ÚROVNI EVROPSKÉ UNIE .....	35
7.2	OPATŘENÍ NA ÚROVNI ČESKÉ REPUBLIKY .....	36
7.3	OPATŘENÍ NA ÚROVNI REGIONU .....	37
7.4	ŠKOLNÍ PREVENCE .....	38

<b>8</b>	<b>KOMPARACE STUDIA LITERATURY S AGENDOU DROGOVÉHO PORADCE</b> .....	<b>40</b>
8.1	DROGOVÝ PORADCE.....	40
8.2	ÚKOLY DROGOVÉHO PORADCE STATUTÁRNÍHO MĚSTA ČESKÉ BUDĚJOVICE .....	40
8.3	VYHODNOCENÍ ZJIŠTĚNÝCH PROBLÉMŮ .....	41
<b>9</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>43</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>46</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>50</b>
	<b>ABSTRAKT</b> .....	<b>51</b>

# 1 ÚVOD

Jako téma své závěrečné bakalářské práce při zakončení studia na Vysoké škole evropských a regionálních studií, o.p.s. České Budějovice jsem zvolila „**Drogová závislost jako sociální problém**“.

Tato záležitost je jedním ze **sociálních problémů**, které se vydělily při studiu otázek „**normálního**“ a „**nenormálního**“ **chování**.<sup>1</sup> Pozorováním lidí můžeme vidět, jak na různé podněty či životní okolnosti lidé různě reagují, jak situaci hodnotí, jak o ní přemýšlí a tak předvídat i jejich reakce. V běžném životě se jedinec chová standardně, očekávaně, v zátěžových nebo vypjatých situacích reaguje odlišně. Po uplynutí tíživých situací se vrací zpět k obvyklému chování. Stanovení **normality** závisí na sociokultuře a očekávání dané společnosti. Tolerance k odchýlkám může být různá a časem se může měnit. Norma odráží postoje k odlišným lidem, jejichž projevy bývají záporně hodnoceny a jejich chování bývá stigmatizováno. Psychický vývoj jedince, ať normální nebo abnormální, závisí na mnoha okolnostech. Mezi hlavní faktory patří **dědičnost** (vývoj centrálního nervového systému) a s ním možné psychické choroby nebo poruchy, dále **vlivy prostředí** (rodina, škola, pracoviště, společnost) a jejich působení, a naproti tomu **míra odolnosti jedince** vůči těmto vlivům (zvládnout frustraci, konflikt, stres, trauma, krizi, deprivaci). Abnormální chování může být *vrozené* (nezaviněné) nebo *získané* (zaviněné nebo nezaviněné). Mezi sociální problémy spojené s porušováním práva a společenských vztahů patří kriminalita, drogová problematika, prostituce, sebevraždy, rozvrat rodiny, konflikty v etnických vztazích, terorismus.<sup>2</sup>

Před rokem 1989 nás sdělovací prostředky informovaly, že hrozba drog se týká pouze „kapitalistické konzumní společnosti“. V našem „socialistickém“ státě se lidé cítí bezpečně, mají práci, a proto se nemusí uchýlovat k toxikomanii jako k obraně pro těžko snesitelné životní tempo a sociální napětí. Je pravdou, že díky totalitnímu režimu se společnost obecně nemusela tohoto fenoménu obávat. Pokud docházelo ke zneužívání, tak

---

<sup>1</sup> PECKA, E., *Základy sociologie*. České Budějovice, 2005, s. 83.

<sup>2</sup> PECKA, E., *Základy sociologie*. České Budějovice, 2005, s. 83.

to byl alkohol, těkavé látky, organická rozpouštědla a volně prodejné léky (Algena, Alnagon, Dinil). V osmdesátých letech se začal „po domácku“ vyrábět pervitin. Existence užívání drog byla oficiálně popírána jak před světem, tak před širokou veřejností. K dispozici bylo jen málo veřejných informací. Díky přísně hlídaným státním hranicím se k nám drogy jako je heroin, kokain, hašiš, apod. neměly možnost dostat. Po pádu režimu se situace změnila. Lidé mohli vycestovat a to kromě toho pozitivního přineslo i to negativní.

V roce 1989 mi bylo 27 let a měla jsem 2 děti. A proč to říkám? Z nedostatku spolehlivých údajů byl rozsah drogové závislosti sdělovacími prostředky zveličován a tak jako jiným matkám, tak i ve mně vzbuzoval fenomén drog zmatek a strach. Hrůzu, co čeká moje děti, jak budou čelit situaci, když budou čelem postaveni drogám, zda poznám, že něco „berou“ a jak s tím naložím, jak se zachovám. A to byl impuls, který mě přinutil „drogovou závislost“ studovat. Z prvopočátku jsem si obstarávala populární knihy, mezi kterými nechyběl titul Děti ze stanice ZOO, Memento a další dostupná literatura stejného zaměření. Později jsem studium pojala „vědecktěji“ a z vědecké knihovny jsem si půjčovala knihy psychiatrů léčících alkoholiky a drogově závislé. Získala jsem mnoho informací ohledně léčby alkoholiků, léčbou závislých na nealkoholových drogách bylo tehdy jen velmi málo nebo bylo zmiňováno jen okrajově. Od té doby je pro mě toto téma stále živé a to bylo důvodem, proč jsem si ho vybrala jako téma mé bakalářské práce.

Při sběru informací se mi podařilo získat dva příběhy mladistvých, které droga srazila až na dno. Studovala jsem je od okamžiku, kdy byli svými rodiči přivedeni k sociální pracovníci, aby jim pomohla řešit problém, na který už sami neměli sílu. Vzhledem k existenci zákona o ochraně osobních údajů mi sociální pracovnice četla úřední záznamy těchto dětí tak, jak byly v průběhu let zaznamenány. Jména nevím, vím jen příběhy a ty jsou děsivé. Četla mi policejní záznamy, rozsudky soudu, úřední záznamy výchovných diagnostických ústavů, hodnocení učilišť, výpovědi rodičů apod. Naděje se střídala s beznadějí. Chtěla jsem vědět, co je s těmito dětmi dál, ale příběhy ještě nekončily, i nyní stále probíhají a chtěla jsem strašně moc slyšet happy end. Jako matka cítím s těmito rodiči. Víím jen, že se dozvím, co s těmito dětmi bude v poslední den před jejich osmnáctinami. Pak budou plnoletí a jejich osud již nebude v rukou rodičů. Život jde dál, ale droga umí čekat. Každý, kdo s drogou někdy začal, ví co touto větou říkám.

Čím více informací lze nyní získat, tím více toužím tento problém odtajnit. V následujících kapitolách jsem se pokusila popsat jednotlivé sekvence tohoto problému. V kapitole první identifikuji **drogu**, co to je, jak působí na organismus. Druhá kapitola popisuje **drogovou závislost**, jak vzniká a zda má nějaké příčiny. Třetí kapitola mapuje **základní formy užívání drog a typologii uživatelů**. Ve čtvrté kapitole definuji nejdůležitější **zdravotní dopady na uživatele drog**. Kapitola pátá seznamuje s **produkčními oblastmi drog, drogovou dostupností a obchod a organizací dovozu drog**. Šestá kapitola specifikuje **sociální souvislosti a důsledky užívání drog**. Sedmá kapitola informuje **o možnostech prevence drogové závislosti** na všech úrovních (EU, Česká republika, regiony, školy). V kapitole osmé jsem se pokusila **komparovat dostupné informace o drogové problematice se zkušenostmi a agendou drogového poradce**. Závěr tvoří moje **vyhodnocení**, tak jak jsem ho nastudovala, jak ho vnímám a po analýze daného problému co považuji za otázky k úvaze.



## 2 POJEM A ZNAKY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

### 2.1 Droga

Před samotným hlubším rozbořem fenoménu drog jako právního a sociálního problému je třeba si nejprve osvětlit základní pojem droga obecně a termínů s tím souvisejících. *Existuje celá řada vymezení pojmu droga, například:* Drogu můžeme charakterizovat jako surovinu rostlinného nebo živočišného původu určenou k přípravě léčiv nebo která je sama léčivo. Může znamenat látku, která působí jako omamný prostředek. V dalším významu znamená psychoaktivní látku, a to takovou, která je dostupná bez lékařského předpisu (alkohol, tabák, kofein). Psychoaktivní látkou se rozumí každá látka, která ovlivňuje duševní procesy, aniž nutně vyvolává závislost. Může znamenat i látku, jejíž držení a užívání je nezákonné. Nebo také můžeme říci, že droga je jakákoliv látka s potencionálně psychotropními vlastnostmi, která může vyvolat závislost a být škodlivá jednotlivci i společnosti. V nejobecnějším významu ji můžeme pojmenovat lékem.

### 2.2 Drogová závislost

M. Vágnerová<sup>3</sup> popisuje drogovou závislost jako „*soubor psychických (emočních, kognitivních i behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek na tuto látku. Závislost lze chápat jako preferenční styl, jehož dominantou je preferenční zaměření na tuto látku.*“

A. Lesner<sup>4</sup> říká: „*Drogová závislost – stejně jako Parkinsonova choroba, schizofrenie nebo endogenní deprese – je organická porucha mozku, která se během doby užívání drogy vyvine. Opakované užívání drog mění zásadním způsobem strukturu a funkce mozku, které mohou přetrvávat dlouho poté, co jedinec drogy přestal užívat. Fakta svědčí*

---

<sup>3</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, 2004, s. 548.

<sup>4</sup> LESNER, A. *Drogová závislost je organická porucha* [on line]. 2001 [cit. 5. října 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.vesmir.cz/clanek.php3?CID=4682>>

*o tom, že tyto dlouho trvající změny mozku jsou odpovědné za deformace kognitivního a emočního chování, jež jsou pro závislé charakteristické. Vypadá to, jako kdyby se drogy zmocnily přirozených motivačních obvodů mozku a užívání drog se stalo jedinou, anebo přinejmenším hlavní prioritou jednotlivce.“*

Přes výše uvedená vymezení pojmu drogové závislosti bychom v obecné rovině mohli tento pojem vymezit jako důsledek periodického nebo soustavného používání drogy.

Jestliže budeme vycházet z výše uvedené definice, je možné si odvodit základní **charakteristické znaky drogové závislosti**, a to:

1. *nutkání, silná touha získat drogu a užívat ji*
2. *ztráta sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání*
3. *zvyšující se potřeba této látky (vyšší nebo častější dávky)*
4. *při nedostatku drogy – abstinenční syndrom (odvislý od typu drogy a stupni závislosti)*

Na otázku **proč a jak vzniká drogová závislost** neexistuje jednotný názor. Až doposud se nepodařilo najít zásadní příčinu, která by vznik drogové závislosti vysvětlila. Faktory mohou být různé a dost často se jedná o kombinaci několika z nich. Tyto faktory se pokusil Tom Illes<sup>5</sup> rozdělit do skupin a zároveň uvádí, že toto rozdělení není striktní a že nezahrnuje všechny faktory, ale pojmenovává jen základní motivace:

1. faktory farmakologické (droga)
2. faktory somatické a psychické (osobnost)
3. faktory environmentální (prostředí, rodina)
4. faktory percipitující (podnět)

Autor zde poukazuje na skutečnost, že vysledované skupiny faktorů se více či méně liší, jsou však v každém jednotlivém případě drogové závislosti přítomny všechny, přeskupují se pouze na žebříčku důležitosti podle rozhodující míry vlivu na propuknutí

---

<sup>5</sup> ILLES, T. *Děti a drogy*. Praha, 2002, s. 7.

drogové závislosti.

Výzkumy ukazují, že k drogám a alkoholu sahají často lidé, kteří trpí depresi nebo úzkostnými stavy, které jim dokážou znemožnit normální fungování a také ti, kteří mají za sebou jiné traumatické zážitky nebo psychické potíže. Lidé, kteří berou drogy, jsou tedy lidé, často mívající primárně jiné potíže, než jsou drogy.<sup>6</sup>

Kromě existence vynutitelných právních norem je nutné, aby ve společnosti existovaly další normy. Někdy nepsané, ale neméně důležité - tzv. mravní normy, normy slušného chování.

### 2.3 Drogová závislost v běhu dějin

V bibli se vypráví, že praotec Noe vysadil vinohrad, vymačkal z hroznů šťávu, udělal z ní víno a opil se. Stal se tak patrně první obětí alkoholu.

Není třeba připomínat, že lidé se vždy snažili uniknout od svých problémů a dosáhnout pocitu štěstí, síly, slasti, pohody, mimořádných schopností a to co nejsnadnějším způsobem. Výzkumy potvrdily, že lidé berou drogy pro jejich účinky, které jim buď pomáhají řešit stávající stav (pocit odcizení, selhání, nuda, bolest, apod.) nebo nabízejí něco, po čem lidé touží (odvaha, moc, uvolnění, legrace, apod.). Jsou skvělým pomocníkem, aniž by museli vynaložit sebemenší námahu. Zvláště jedinci nevyrovnaní, neuspokojení, neúspěšní, jsou chtiví dosáhnout nějakých změn bez vynaloženého skutečného úsilí a toužící po domnělých mimořádných prožitcích. Droga je pro tyto jedince tím nebezpečnější, čím více mu dává. ***Každé historické období mělo svou drogu.*** V našich zeměpisných šířkách je to ***alkohol***. Pomáhá vyvolávat žádoucí pocity, zbavit na čas starostí a dosáhnout uspokojení. Prostě nám dovoluje být „odvázaný“. Alkohol z obilí byl vyráběn ve staré Číně již před 6 – 7 tisíci lety, v tomtéž období vaření piva proslavilo staré Babylóňany, oblíbené se stalo v Egyptě, ale i v Čechách. Staří Vikingové ale i Slované holdovali zvláště medovině z kvašeného medu. Po staletí znají Japonci víno z rýže, mexičtí Indiáni z agáve a Inkové z kukuřice. O blahodárných účincích alkoholu najdeme svědectví

---

<sup>6</sup> Kol. autorů sdružení SANANIM. *Drogy otázky a odpovědi*. Praha, 2007, s. 18–19.

v pracích antického lékaře Hippokrata i filozofa a lékaře Ibn Síny. Získané nápoje dosahovaly maximální obsah alkoholu 12 až 13 procent. Nový trend do výroby alkoholických nápojů přinesl proces destilace objevený pravděpodobně v 10. století našeho letopočtu v arabském světě. Nové objevy však ukazují, že svým kvašeným nápojům „přilepšovali“ už Vikingové. Svůj oblíbený alkoholický nápoj vyráběla většina starých civilizací. Alkohol se stal nejrozšířenější tvrdou drogou na celém světě (ani Česká republika není v tomto ohledu výjimkou).

Mezi psychoaktivní nealkoholové látky patří **opiáty**. První doklady o pěstování máku pro jeho narkotické účinky jsou staré 6 000 let a pocházejí z říše Sumerů. *„Už v Antice byly známy i jeho léčebné a tišící účinky. Šťáva nebo odvar z nezralých makovic se používal jako uklidňující prostředek při neutišitelném dětském pláči, o máku zanechali v téže souvislosti zmínky i slavní řečtí spisovatelé Dioskorides, Hipokrates a psal o něm i Pinius.“*<sup>7</sup>

Mák byl ve starověkém Řecku symbolem spánku a snů. *„Nápoj zapomnění, který podávala mytická bohyně Kirké pocestným, byl pravděpodobně připraven z máku.“*<sup>8</sup>

Robert K. Merton a Robert A. Nisbet<sup>9</sup> popisují vývoj užívání opiátů ve Spojených státech od devatenáctého do první poloviny dvacátého století a uvádí: *„Opium a jeho deriváty byly levné a dostupné a byly užívány pro široký rozsah lidských nemocí téměř bez jakéhokoliv omezení a to až do začátku dvacátého století“. Opium však nebylo vyhrazeno pro užívání jen na radu lékařů, a tak se stalo, že spolu se svými deriváty bylo součástí téměř každého „patentního léku“ přinášejícího tišení bolesti, různých „tišících sirupů“ pro děti i složkou různých cukrářských výrobků“. Užívání opia se stalo módní záležitostí v některých kruzích. Mezi prostitutkami a hazardními hráči se rozšířil čínský způsob kouření opia. Od první poloviny 19. století začali někteří lékaři varovat před nebezpečím opiátů, ale toto varování nebylo bráno vážně. Lidé se čím dál více orientovali jen na omamující účinky opiátů a pro potřeby medicíny se použila sotva desetina produkce.*

---

<sup>7</sup> SKORŇAKOV, S., JENÍK, J., VĚTVIČKA, V. *Zelená kuchyně*. Praha, 1988, s. 106.

<sup>8</sup> RUBCOV, V. G., BENEŠ, K. *Zelená lékárna*. Praha, 1990, s. 156.

<sup>9</sup> MERTON, R., NISBET, R. *Contemporary Social Problems*. Harcourt, 1961, s. 316-317.

V roce 1898 byl Bayerovými závody v Německu synteticky vyroben nový opiát, **heroin** („**hrdinský lék**“). Tvrdilo se, že není návykový, tudíž ani nebezpečný, ale zároveň má všechny vlastnosti morfia. Používal se při plicních onemocněních, na tlumení bolesti při nádorových onemocněních, alpinisté jej užívali před výstupem, byl součástí dopingových léků koní při závodech, ve Francii byla vypracována metodika jak léčit závislost na morfinu heroinem, apod. Útočnou a účinnou tržní strategií Bayerových závodů se podařilo přesvědčit ještě neefektivní a proto bezmocnou medicínu o kvalitě nového derivátu morfinu. Trvalo téměř dvě desetiletí, než lékaři pochopili, že heroin sice má nesporné cenné terapeutické vlastnosti, nicméně nepředstavuje prostředek, po němž farmaceutický výzkum pátrá dodnes, tedy silné analgetikum bez možnosti zneužití.

V teplomilných oblastech Jižní Ameriky se v největším rozsahu pěstuje **kokain**. Jedná se o extrakt z rostliny *Erythroxylon coca*. Zmínky o jejím užívání jsou staré přes pět tisíc let a pocházejí z Peru. Velkou popularitu získal v I. světové válce a po ní. Ve Spojených státech, zejména ve státech Jihu ho oceňovali kvůli jeho stimulačním a posilujícím účinkům černoši, dělníci, studenti a sportovci. „*Popíjel se extrakt z listů keře koka, prodávaný jako Wine of Coca, většinou se však látka šňupala ve formě prášku.*“<sup>10</sup> V Evropě byly objeveny jeho anestetické a bolest zmírňující účinky, které přispěly k jeho popularizaci. Mezi lety 1895 – 1915 získal pověst typické „černošské drogy“.

Stejně dlouho jako alkohol, provází člověka **konopí** (známé také jako marihuana, hašiš, kif, hemp, ganja). Používalo se ve starověkém čínském lékařství a to zejména jako anestetikum při operacích. V Indii kromě léčby řady nemocí bylo používáno i bojovníky, kteří ho pili před bitvou na uklidnění nervů. V asyrských textech je tato rostlina nazývána *qu-nu-bu*, lékem proti smutku, žaludečním lékem, afrodisiakem, ale i jako desinfekčním prostředkem a prostředkem na otoky. Popularitu konopí rozšířili Skytové, odnož árijských kmenů, kteří obsadili Indii, přesunuli se ze Sibíře na Střední východ a do Evropy, kde jejich potomci postupně zalidnili větší část Pobaltí a východní Evropy. Později přinesli Arabové konopí z Afriky do Španělska a ostatních vstupních přístavů ve Středozemním moři.

---

<sup>10</sup> DE RIDDER, M. *Heroin*. Praha, 2002, s. 110.

V celém arabském světě byl znám **hašiš** (výtažek z rostliny *canabis sativa*). *Súfisté, arabská náboženská sekta, dosahovali extatického stavu požíváním hašiše. V roce 1253 byly ulice Káhiry plné súfů, a tudíž i hašiše.*<sup>11</sup> V Indii bylo jeho užívání religiousně zakotveno, kouřili ho bráhmani, alkohol měli zapovězen. Prakticky až do 17. století byl hašiš znám pouze sečtělým Evropanům bez reálné zkušenosti. *Když Napoleon Bonaparte dobyl r. 1798 Egypt, tisíce vojáků, tváří v tvář nedostupnosti alkoholu v muslimském prostředí, ihned přešlo na hašiš.*<sup>12</sup>

Během I. světové války došlo ke snížení počtu uživatelů drog, II. světová válka přinesla další pokles, způsobený nedostatečnou zásobou a narušením kanálů ilegálního dodávání drog. *V pěti letech po II. světové válce však byly zjištěny nezvratné důkazy toho, že došlo k podstatnému zvýšení používání narkotik.*<sup>13</sup>

V poválečném období v zemích západní Evropy a USA počet uživatelů drog enormně rostl. Stávají se společenským problémem, který se dotýká mnoha sociálních vrstev.

Ve střední a východní Evropě nebyla otázka drogové závislosti nijak závažná. Autoritářské struktury a přísné hraniční kontroly zpomalovaly jednak projevy kultury mladých, přebíraných ze západu, jednak rozvoj nových trhů.

***Vývojové aspekty ve střední a východní Evropě lze charakterizovat takto:***

***V padesátých letech, vlivem rozvoje lékařské vědy a objevy moderní psychofarmakologie začíná docházet k prudkému vzestupu léků s psychotropními účinky. Tyto léky přestávají být doménou psychiatrie a staly se léky širokého použití. Narůstá však i lékařsky nekontrolovatelná, neindikovaná spotřeba psychofarmak se všemi důsledky nežádoucích účinků.***

---

<sup>11</sup> ROBINSON, R. *Velká kniha o konopí*. Praha, 1996, s. 148.

<sup>12</sup> ROBINSON, R. *Velká kniha o konopí*. Praha, 1996, s. 156.

<sup>13</sup> MERTON, R., NISBET, R. *Contemporary Social Problems*. Harcourt, 1961, s. 324.

*V sedmdesátých letech* jsou nejčastější a nejsnáze dostupnými drogami syntetické prchavé látky a organická rozpouštědla. Dodnes jsou nejčastější startující drogou, pokud jí není alkohol nebo nikotin.

*Osmdesátá léta* jsou typická abúzem drog amfetaminového typu. Tyto drogy byly získávány např. ze Solutanu, kapek proti kašli (obsahoval ephedrin hydrochloricum). Kromě toho stoupla obliba volně prodejných analgetik, v ČSFR – výluhy tablet Alnagonu (obsahoval codein), Algeny, Dinilu. V Polsku se mezi mladými lidmi objevilo užívání podomácku vyráběného „polského heroinu“, v Jugoslávii konopí a heroinu, v Maďarsku „makového čaje“.

*Devadesátá léta*, charakteristická otevřením hranic a nástupem demokratických poměrů, znamenaly i změnu ve spektru zneužívaných látek. Nabídka a poptávka se začala více přibližovat vzorcům pozorovaných v západních zemích. Také privatizace a deregulace farmaceutického průmyslu v těchto zemích vedla, přinejmenším krátkodobě, ke zvýšenému převodu psychoaktivních léčiv na trh s drogami užívanými k jiným než léčebným účelům, popřípadě ke skryté výrobě drog v dříve státem vlastněných továrnách. Módní se stávají tzv. „taneční drogy“ - extáze, LSD.<sup>14</sup>

***Od roku 1990 ovlivňují drogy prakticky všechny země světa a stávají se globálním problémem 21. století.***

---

<sup>14</sup> NETÍK, J. et al. *K osobnosti kriminálního toxikomana*. Praha, 1991, s. 7.

### 3 ZÁKLADNÍ FORMY UŽÍVÁNÍ DROG

#### 3.1 Distribuce drog do lidského těla

- a) *Intravenózně* – aplikace roztoku drogy injekčně do žíly
- b) *Intramuskulárně* – aplikace roztoku drogy injekčně pod kůži, do svalu
- c) *Orálně* – aplikace drogy ústy
- d) *Inhalace* – kouřením, vdechováním, šňupáním

#### 3.2 Typologie uživatelů

- a) *Rizikové skupiny* - patří sem věková kategorie 13 – 18 let, skupinová rizika profesní, sociální, etnická. Jsou to skupiny, které jsou negativním sociálním nebo zdravotním jevem více ohroženy než zbytek populace.
- b) *Rizikovní jednotlivci* - individuální riziko zvyšují psychické problémy, genetické dispozice, děti, sourozenci či partneři osob závislých.
- c) *Experimentátoři* - osoby, které drogy „zkouší“, mohou ale nemusí mít psychické či jiné problémy, drogy užívají nepravidelně a střídají je, často se jedná o nudu nebo zvědavost.
- d) *Příležitostní a rekreační uživatelé* - užívání se stalo součástí jejich životního stylu, není časté, nebývá příčinou závislosti.
- e) *Pravidelní uživatelé*- užívají pravidelně, častěji než 1 x týdně, neimplikuje pouze životní styl, jedná se už o určitý druh závislosti, hovoříme o tzv.“ škodlivém užívání“. Nezapírají, že něco takového dělají, ale popírají riziko svého jednání.
- f) *Problémoví uživatelé* – intravenózní užívání drog nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu.
- g) *Závislí* – diagnostikován syndrom závislosti. Jsou lhostejní k čemukoliv, co se



netýká drog. Stávají se nespolehliví a bezohlední, mění se jejich hodnoty.<sup>15</sup>

### 3.3 Nejohroženější skupina v populaci

Největším problémem posledních let je vzestup experimentální a rekreační konzumace konopných látek *mezi mládeží a mladými dospělými* a vzestup pravidelného užívání konopných látek těmito jedinci. Zároveň roste také obliba tanečních drog, především extáze.<sup>16</sup> Období dospívání je mimo jiné charakteristické také tím, že upozornění a výstrahy na možné ohrožení v budoucnosti nemají velkou přesvědčivost a navíc se obecně zvyšuje tendence experimentovat s rizikem. Užívání drog je pro řadu mladistvých lákavé také proto, že společností je odmítáno a považováno za nežádoucí a u některých jde o jakou si formu protestu. Pro jiné jsou atributem nové svobody či pro ně představují moderní životní styl. Řada průzkumů, např. ESPAD, který proběhl v ČR v r. 1999 ukazuje, že v České republice mělo zkušenost s nějakou ilegální drogou téměř 35 % populace ve věku 16 let. Značné zkušenosti měla mládež v Praze, Severočeském a Jihomoravském kraji<sup>17</sup>. Lze říci, že výskyt těchto jevů je obecně vyšší ve velkoměstech a urbanizovaných oblastech. Na autentickém příběhu, který je zatím bez konce, bych chtěla zdůraznit vážnost situace.

*Nině* bude v únoru příštího roku 18. let. Pochází z úplné rodiny, otec vlastní restauraci, matka provozuje obchod s textilem. Má dvě dospělé sestry, které jsou již samostatné, dokonce jedna má rodinu. Cigarety, alkohol a následně marihuanu vyzkoušela v roce 2001, tedy v jedenácti letech. V patnácti přešla na pervitin, poznala extázi a došlo i na opiáty. Často chodila za školu, byly s ní výchovné i učební problémy, rodiče ji nezvládali. Neuznávala žádnou autoritu. Zábavu nacházela pouze v partě a ostatní pro ni bylo jen nuda. Že má problém, si nepřipouštěla. Učit se začala kadeřnicí, ale přes

---

<sup>15</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. Praha, 2003, s. 17

<sup>16</sup> LEJČKOVÁ, P., MRAVČÍK, V., RADIMECKÝ, J. *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002*. Praha, 2004, s. 57.

<sup>17</sup> Psychiatrické centrum Praha. *Evropská studie o alkoholu a jiných drogách – Přehled výsledků z let 1995, 1999 a 2003* [on line]. 2007 [cit. 5. října 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/esp03.pdf>>

opakované absence byla z učiliště vyloučena. Na žádost rodičů, vždy, kdy se neúnosná situace okolo konzumace grog Ninou stala tak závažnou, že další omlouvání a snaha o vyřešení problému v rámci rodiny nebyla už možná a pro rodiče únosná a snesitelná, byla opakovaně umísťována vždy po absolvování intoxikace do výchovného ústavu. Z nich, (bylo jich v průběhu 7 let několik) často utíkala a vracela se zpět týž den nebo v několika málo dnech buď opilá, nebo zdrogovaná. Dokonce jednou napadla i vychovatelku, aby dopomohla k útěku i dalším chovankám. Sliby, že bude čistá, ambulantní léčba, recidiva, léčba na detoxu a následně výchovný ústav se periodicky opakovaly. Podruhé byla přijata do dalšího odborného učiliště, které ji mělo připravit na profesi prodavačky. Výuku navštívila pouze jednou. Pro absence byla opět z učiliště vyloučena. V lednu 2007 navštívil otec společně s Ninou sociální pracovníci a uvedl, že Nina v současné době abstinguje a bydlí u nich doma společně s Blankou, též nezletilou. (Tu poznala ve výchovném ústavu, odkud společně utekly k Nininým rodičům a pravděpodobně je pojí intimní vztah). Na úřadu práce nabídli Nině projekt Šance s tím, že ji mohl zaměstnat vlastní otec jako servírku. „Do Českých Budějovic, kde dřív fetovala, nejezdí, nemá už důvod a uvažuje o dokončení vzdělání“, řekl otec. Nina, na otázku sociální pracovníce, co plánuje dál, sdělila: „Nepřemýšlím o absolvování nějakého učiliště, tři roky v žádném učebním oboru nevydržím, ale ráda bych si udělala nějakou rekvalifikaci“. Návštěva na sociálním odboru skončila s tím, že sociální pracovníce slíbila, že se spojí s kurátorkou Blanky v Plzni a pokusí se legitimně svěřit Blanku do výchovy Nininých rodičů. Na můj dotaz, že se tedy jedná o happy end, kurátorka zavrtěla hlavou a řekla: „To neznáte Ninu, je to krásná dívka, vizáží spíš dítě, na které kupodivu vizuálně drogy nezanechaly stopy, ale nedá se jí věřit, umí manipulovat okolí a říká jen to, co potřebuje, aby dosáhla svého.“

## 4 ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG

### 4.1 Alkohol

Po požití se alkohol vstřebává v žaludku a tenkém střevě. Malé množství se vyloučí dechem a močí, ostatní je zpracován v těle. Alkohol metabolizují pouze játra, v nichž při dlouhodobém užívání alkoholu, zpravidla dochází k poškození. V malých dávkách působí alkohol povzbudivě, dochází k pocitu uvolnění a dobré nálady. Se stoupajícím množstvím se zpomaluje mozková činnost a dochází k narušení paměti a svalové koordinace a další příjem alkoholu může znamenat i smrt. Se zvyšující se frekvencí konzumace se zvyšuje i riziko zdravotního poškození. Mezi nejčastější důsledky patří:

- a) **Akutní otrava** – zpravidla probíhá bez větších důsledků, vždy se jedná o citelný zásah do metabolismu v játrech a upravuje se až za několik dní.
- b) **Poruchy srdečního rytmu** – jde o následky přímého toxického účinku konzumace alkoholu kolem 100 g denně.
- c) **Cirhóza (tvrdnutí jater)** – vystupňovaný toxický účinek alkoholu (od 60g denně) spolu s nesprávnou výživou. Vyskytuje se únava, celková tělesná sešlost, úbytek hmotnosti.
- d) **Alkoholická akutní hepatitida (žloutenka)** - příčinou je excesivní abúzus po dlouhodobém chronickém abúzu alkoholu. Vyskytuje se nechutenství, zvracení, deliriózní stav. Jde o ohrožení života.
- e) **Rakovina jater** - příčina je spatřována ve zvyšující se konzumaci alkoholu a cirhózy jater.
- f) **Alkoholická atrofie mozku** – začíná již v raných stádiích závislosti na alkoholu a spočívá v úbytku mozkové tkáně. Důsledkem může být demence.
- g) **Delirium tremens** – jedna z nejzávažnějších psychóz, pokud pacient zemře, je to na

rozvrat vodního hospodářství těla.

*h) Choroby krve, infekční choroby, duševní nemoci, častější úrazy, popáleniny, apod.<sup>18</sup>*

## 4.2 Nealkoholové drogy

Droga má určité fyziologické psychické účinky, které jejího konzumenta vedou k opakovanému užití. V počáteční fázi vyvolává *žádoucí účinky jako je pocit uvolněnosti, sebejistoty, síly, ale organismus se postupně* na drogu stává tolerantní a konzument je nucen postupně navyšovat aplikované dávky nebo zkracovat aplikační intervaly či přejít na účinnější aplikační způsob pro dosažení původních účinků či potlačení abstinčních příznaků. Se zvyšující se frekvencí konzumace se zvyšuje i riziko zdravotního poškození.

Některé drogy mohou způsobit *tělesnou závislost*. To znamená, že tělo si na tuto látku zvykne do té míry, že bez její přítomnosti se dostaví abstinční příznaky (tělo protestuje tím způsobem jako je např. bolení hlavy, pocení, podrážděnost, apod.). Jiné drogy způsobují *závislost psychickou* (bez její přítomnosti je pro jedince obtížné vůbec něco dělat – spát, bavit se, apod.). Často se však jedná o kombinaci obojího.<sup>19</sup>

Mezi nejčastější důsledky patří:

*a) Opiáty (opium, morfin, heroin, kodein, braun, apod., patří sem i methadon)* – jsou mimořádně nebezpečné, největší riziko spočívá v předávkování a rychlému vzniku závislosti. Předávkování může zabít. Pokud jsou užívány v těhotenství, hrozí poškození plodu. V případě injekční aplikace po nesterilním vpichování je reálná možnost nákazy infekčními chorobami, záněty až po vznik hnisavých ložisek a následně otravy krve, apod.

Nejzlobnější látkou ze skupiny opiátů je *heroin*. Do mozku proniká lépe, působí prudčeji a působí kratší dobu. Vyznačuje se nejvyšší návykovostí (během

---

<sup>18</sup> SKÁLA, J. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abúzus a závislost*. Praha, 1986, s. 15 - 19.

<sup>19</sup> GOODYER, P. *Drogy. Drogy + teenager*. Praha, 2001, s. 157 – 161.

několika týdnů). „V poslední době se objevují diskuse o vhodnosti léčby závislosti na heroinu methadonem. *Methadon* je návyková látka téže skupiny. Má sice mírnější, ale delší odvykací syndrom.“<sup>20</sup>

Po užití: eufórie, někdy i halucinace, poruchy koordinace, zpomalené reakce, zúžené zornice.

Při chronickém užívání: výtok z nosu, vodnaté oči, hubenost, bledá kůže, neplodnost u žen, poruchy potence u mužů, únava, nespavost, nechutenství, nevolnost, zácpa, záněty dýchacích cest, vážné poškození organismu (mozku, jater, záněty žil), riziko infekcí (žloutenka, HIV/AIDS).

**b) *Halucinogeny (LSD, lysohlávky, apod.)*** – u většiny z nich není velké nebezpečí fyzické závislosti. Mohou však způsobit duševní onemocnění, spustit celkový rozpad osobnosti a to i dlouho potom, co je člověk neužívá. Největším nebezpečím bývá nesmyslné a nebezpečné jednání pod vlivem drogy. Mohou se dostavit příjemné prožitky, ale i hrůzné vjemy, z nichž se intoxikovaný snaží uniknout bez ohledu na možná zranění či smrt, čímž se stává nebezpečný sám sobě ale někdy i druhým. Rizikem halucinogenů je nevypočitatelnost jejich efektu.

Po užití: rozšíření zorniček, zrakové a sluchové halucinace, exaktické prožitky, někdy zvýšená aktivita, zvuky mohou být vnímány barevně, deformace času a prostoru, apod.

Při chronickém užívání: jsou příčinou pro vznik nádorů a epileptických záchvatů, psychický návyk, „flashback“, apod.

**c) *Kanabinoidy (marihuana, hašiš, apod.)*** – dostavuje se změněné vnímání reality. Mohou být vyvolány stavy agrese, úzkosti nebo paniky.

Po užití: mírná eufórie („vysmátost“), nespavost, porucha soustředění, emocí, citů, zvýšení srdeční frekvence, zrakové halucinace, rozšířené zornice, zarudlé oči,

---

<sup>20</sup> BORNÍK, M. *Drogy co bychom o nich měli vědět*. Praha, 2001, s. 9.

zrychlený puls.

Při chronickém užívání: zvýšené riziko rakoviny, neplodnosti u mužů a žen, poškození plodu u těhotných žen včetně leukémie, chronické záněty spojivek a hrtanu, dýchacích cest, větší riziko duševních onemocnění (schizofrenie), citové otupení, vyšší nebezpečí úrazů a dopravních nehod, zhoršuje paměť, schopnost se rozhodovat a postřeh.

- d) Stimulační drogy (*pervitin, kokain, crack, efedrin, extáze, amfetaminy, apod.*)** - zvyšují aktivitu duševní i fyzickou. Jsou poměrně výrazně návykové, vzniká psychická závislost, fyzická závislost se příliš neprojevuje. Dostavuje se euforie, při předávkování dochází k chaotickému myšlení. Vedlejším projevem je snížení prahu pro vznik úzkosti a strachu.

Extrémní psychickou i fyzickou závislost přináší *crack* (jiná forma kokainu).

Vyvolává vysokou agresivitu a sebevražedné tendence. Je nebezpečný jak svému uživateli, tak společnosti. Důsledky efektu jsou intenzivnější a po odeznění euforie přichází deprese. Pocit hmyzu pod kůží.

Po požití: pocení, sucho v ústech, zvýší se bdělost, zabrání spánek, člověk duševně pracuje rychleji, ale s chybami, někdy až zmateně.

Při chronickém užívání: prudký vzestup krevního tlaku může způsobit mozkovou mrtvici nebo srdeční selhání, existuje vysoké riziko poškození jater, dochází k častějším úrazům a agresí vůči druhým.

- e) Tlumicí látky (*Diazepan, Rohypnol, Rapedur, apod.*)** - vyvolávají útlum nervového systému. Hrozí nebezpečí fyzické i psychické závislosti, možnost předávkování s následnou otravou, bezvědomím.

Po požití: uvolnění, celkový tělesný i duševní útlum, zpomalené myšlení a řeč, apatie, ospalost.

Při chronickém užívání: opilé vzezření, náládovost, při náhlém vysazení je zvýšené

riziko epileptických záchvatů, bolesti hlavy, deprese, úzkost, agresivita, závratě, demence.

**f) Těkavé látky (toluen, syntetická lepidla, aceton, éter, benzín, apod.)** – jsou velmi levné a snadno dostupné. Nebezpečí spočívá ve značné toxicitě a rychlé psychické závislosti. Vyvolávají apatii, ospalost, zpomalují myšlení, poruchy motorické koordinace, nepřiměřené emoční reakce, zhoršuje se pozornost.

Po požití: euforie, někdy agresivní chování, chemický zápach z úst, opilé vzezření, rozšířené zornice, zarudlé oči.

Při chronickém užívání: vyrážka v okolí úst a nosu, porucha jater, ledvin, mozku, plic, krve, srdce, dýchání, psychické poruchy, v krajním případě dochází k demenci.

## 5 DROGOVÉ TRHY

### 5.1 Produkční oblasti a dovoz do Evropy

#### a) *Opiáty*

Největším světovým producentem opia a heroinu je Afganistan. S pádem Talibanu došlo k prudkému zvýšení produkce a exportu heroinu do té míry, že jeho cena klesla téměř na třetinu oproti roku 1990. V roce 2005 představoval 89% celosvětové produkce nelegálního opia. Mezi další země, jejichž produkce opia je užívána zejména v Evropě patří Myanmar (Barma), který představuje 7% celosvětové produkce.

Drogy jsou do Evropy pašovány po několika cestách:

*Balkánská cesta* – Pákistán, Írán a Turecko se rozděluje na:

- *jižní větev* – Řecko, bývalá jugoslávská republika Makedonie, Albánie, Itálie, Srbsko, Černá hora, Bosna a Hercegovina
- *severní větev* – Bulharsko, Rumunsko, Maďarsko, Rakousko, Německo a Nizozemsko.

*Hedvábná cesta* – střední Asie (zejména Turkmenistán, Tádžikistán, Kyrgyzstán a Uzbekistán), Kaspické moře a Ruská federace, Bělorusko nebo Ukrajina do Estonska, Lotyšska, některých skandinávských zemí a Německa.

Dalším tranzitním místem heroinových zásilek z jižní a jihozápadní Asie určených pro Evropu jsou země na *Arabském poloostrově* (*Omán, Spojené arabské emiráty*).

Kromě těchto tranzitů byl v roce 2004 zabaven heroin určený pro Evropu (a Severní Ameriku) ve *východní a západní Africe, Karibiku a Jižní Americe*.

*Historicky významná a pro pašeráky nejatraktivnější je jižní větev balkánské cesty. Je to dáno tím, že hranice Afganistanu s Tádžikistánem tvoří hranice, které*



jsou jen velice obtížně kontrolovatelné. Řeka Panj, která se vine skalnatým terénem hor je hranicí, po níž afgánský heroin putuje do Evropy. *Záchyty heroinu v roce 2004 ukazují, že jižní větev získává stejný význam jako severní co se týká pašovaného objemu.*

## **b) Halucinogeny**

*LSD* – největší objem zachycených drog je po několik posledních let v Německu a ve Spojeném království.

*Lysohlávky (psilocybe)* – existuje velice mnoho druhů hub tohoto rodu a jsou rozšířeny prakticky po celém světě. V Evropě je to lysohlávka kopinatá, která roste v celém severním mírném pásmu a to nejen ve smrkových lesích ale i na lukách, pastvinách, podél cest, v příkopech i jinde. Můžeme se s ní setkat od jara do podzimu. V České republice se vyskytuje lysohlávka česká, tajemná a kopinatá a to více na Moravě než v Čechách. Dostupnost této drogy je poměrně vysoká díky jednoduchému sběru a sušení. Zatímco černý trh s jinými drogami má relativně ustálený charakter, nedá se totéž říci o lysohlávkách. Pokud jsou houby předmětem obchodu, tak většinou sušené. V Nizozemsku i jinde se prodávají v tzv. „smart schopech“ společně s přírodními produkty. Lze je získat i přes internet.<sup>21</sup> „Každý rok vyrážejí ti s psychedelickými sklony do lesů v okolí Brna i jinde a tvoří si zásoby na celý rok. Úspěšný den může přinést i kolem pěti stovek menších hub, z nichž již čtyřicet postačuje k dosažení silného účinku.“<sup>22</sup>

## **c) Kanabinoidy**

Jsou nejrozšířenější nezákonnou drogou pěstovanou po celém světě.

Hlavní zdrojovou zemí *konopné pryskyřice (hašiš)* určenou pro Evropskou unii je Maroko.<sup>23</sup> Pěstování se soustřeďuje v oblasti Rif, kde až čtvrtina zemědělské

---

<sup>21</sup> VALÍČEK, P. a kol. *Rostlinné omamné drogy*. Benešov, 2000, s. 102-105.

<sup>22</sup> TJEPKEN, B. *Zpověď holandského uživatele drog. 2005, s. 15.*

<sup>23</sup> ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. *Drogy*. Policejní akademie České republiky, s. 15.

půdy je pro tento účel využívána. Mezi významné producenty patří Pákistán a Afganistan. Do Evropy se pašuje především přes Iberský poloostrov. Sekundární distribuční centrum pro další šíření hašiše do zemí Evropské unie je Holandsko. Další zdrojové země jsou Albánie, Portugalsko, Senegal a středoasijské země. *Rostlinné konopí (marihuana)* se dodává do členských zemí většinou z Kolumbie, Jamaiky, Jižní Afriky, Nigérie a Albánie. Dle národních zpráv z roku 2004 zemí zapojených do sítě Reitox se uvádí, že pěstování a produkce konopí také probíhá v místním měřítku (v krytých prostorách či pod širým nebem) ve většině zemí Evropské unie. To platí i pro Českou republiku, kdy významná část spotřeby je pokryta místní výrobou. Výroba hašiše nebyla v České republice zaznamenána.

#### **d) Stimulační drogy**

*Kokain* je ve světě po konopných rostlinách a konopné pryskyřici nejčastěji nezákonně obchodovanou drogou. Většina kokainu, zadrženého v Evropě pochází z Jižní Ameriky, především z Kolumbie. Do Evropy se také dostává přes Střední Ameriku a karibskou oblast. Národní zprávy zapojené do sítě Reitox v roce 2005 uvádí mezi tranzitní země do Evropské unie Surinam, Brazílii, Argentinu, Venezuelu, Ekvádor, Curacao, Jamajku, Mexiko, Guyanu a Panamu. Část kokainu procházela přes Afriku, zejména západní a země Guinejského zálivu. Vstupní branou do Evropské unie zůstávají Španělsko, Nizozemsko, Portugalsko, Belgie, Francie Velká Británie. Hlavním producentem *extáze* je Evropa. Po konopí jsou v Evropské unii nejoblíbenější syntetické drogy. Hlavní zdrojové země jsou Nizozemí a Belgie, laboratoře byly odhaleny také v Estonsku, Španělsku a Norsku. *Metanfetamin* se vyrábí převážně ve východní a jihovýchodní Asii (Čína, Filipíny, Myanmar), Thajsku a dále pak v Severní a Střední Americe. Záchyty drog byly v roce 2004 zaznamenány v Norsku, Dánsku, Švédsku, Řecku, Francii, České republice, Estonsku, Lotyšsku, Litvě, Rakousku, Maďarsku, Slovensku, Belgii a Rumunsku.

*Pervitin* – (místní název pro metanfetamin), produkční zemí je Česká republika, laboratoře byly zlikvidovány i na Slovensku a Bulharsku. Většina produkce je určena pro český trh, ale pašuje se také do Rakouska, Německa

a na Slovensko.

**e) Tlumicí látky**

Tyto látky obsahují lékařem předepisované léky. Stejně jako ostatní zneužívané drogy jsou získávány ilegální cestou, jako jsou krádeže v lékárnách, nemocnicích, falešnými recepty, apod.

**f) Těžké látky**

Jsou levné a snadno dostupné. Většinu z nich lze zakoupit v drogériích, obchodních domech, na benzínových pumpách, apod. V České republice mají poměrně starou tradici.

## **5.2 Dostupnost drog v Evropě**

Záchyty drog v zemi jsou obvykle považovány za nepřímý ukazatel nabídky a dostupnosti drog. Zabavené množství mohou meziročně velmi kolísat, například pokud je v některé ze zásilek zabavené množství drogy velké. Z toho důvodu je lepším ukazatelem počet záchytů.<sup>24</sup>

**Konopná pryskyřice (hašiš)** – v roce 2004 bylo celosvětově zadrženo 1 471 tun a to ze 74% v západní a střední Evropě. Polovina všech záchytů v rámci EU byla ze Španělska. Pak následuje Francie a Spojené království. Přestože se v předchozích letech počet záchytů snížil, nyní vykazuje rostoucí trend a to i přes to, že v řadě zemí (kromě Španělska) je hlášen pokles.

**Rostliny konopí (marihuana)** – k nárůstu v jejím užívání došlo v průběhu 90.let 20. století prakticky ve všech zemích EU a to zejména mládeží. Odhaduje se, že látku alespoň jednou vyzkoušelo 20% populace ve věku 15 – 64 let. Počet záchytů rostlin konopí roste, ale zadržené objemy se snižují.

---

<sup>24</sup> EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST, *Stav drogové problematiky v Evropě výroční zpráva za rok 2006*. Lucemburk, 2006, s. 12-71.

**Extáze** – nezákonné obchodování je stále výrazně soustředěno v západní Evropě. Do roku 2001 došlo v EU k rychlému nárůstu záchytů, poté se počet záchytů snížil. Od roku 2004 opět dochází ke zvyšování záchytů.

**LSD** – na rozdíl od ostatních syntetických drog výroba a obchod probíhá v menším měřítku. Do roku 2002 se počet záchytů v EU snížil, od té doby dochází k nárůstu počtu záchytů a zadrženého množství LSD. Zemí s největším objemem zachyceného LSD ročně je Německo.

**Kokain** – většina záchytů je hlášena v západoevropských zemích, zejména Španělsku. Do roku 2004 se počet záchytů v EU zvýšil, v roce 2004 dochází k mírnému snížení.

**Heroin** – v roce 2004 bylo celosvětově zachyceno 210 tun opia, 39,3 tun morfinu a 59,2 tun heroinu. Z toho podíl na Evropu činil 40%. Výroční zpráva INCB za rok 2004 uvádí, že největším heroinovým trhem v Evropě je Rusko. Podle oficiálních odhadů je v Ruské federaci více než milion osob užívajících heroin. V EU v období 2002 – 2003 byl u heroinu zaznamenán pokles, ale od r. 2004 je sledován opět nárůst. Největší počet záchytů mělo Spojené království, Německo a Itálie.

V České republice nebyl dosud proveden žádný průzkum ohledně dostupnosti drog. Výroční zpráva za rok 2005 Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti konstatuje, že všechny základní typy drog jsou dobře dostupné ve větších městech, v menších městech a na venkově se dostupnost zvyšuje. Nejdostupnější drogou je marihuana, jejíž užívání je rozšířené ve všech regionech a všech sociálních vrstvách. Extáze je dobře dostupná v prostředí navštěvovaném mladými lidmi, zejména na tanečních akcích. Pervitin je v českém prostředí tradičním stimulantem.<sup>25</sup> Již v roce 1995 vyslovil J. Presl domněnku, že jeho obliba jako rekreační drogy sehraje v českých nočních klubech podobnou úlohu jako kokain v 80. letech minulého století na západ od našich hranic.

---

<sup>25</sup> MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*, Praha, 2006, s. 62.

### 5.3 Obchod a organizace dovozu drog do Evropy

Tureckými zločineckými skupinami a skupinami kosovských Albánců – je ovládán *obchod s heroinem*. 80% obchodu v severských zemích a 40% obchodu v ostatních západoevropských zemích EU je kontrolován právě kosovskými Albánci.<sup>26</sup> Skupiny složené z tureckých příbuzenských struktur operují zejména v Nizozemí, Belgii a ve Spojeném království.

Značnou část dovozu *kokainu* do zemí Evropské unie kontrolují kolumbijské zločinecké gangy. Nicméně i zločinecké skupiny Jamaičanů, Antilanů a Nigerijců také zaujímají neméně významnou pozici.

Výroba *syntetických drog* je v Evropské unii ovládána zločineckými strukturami z Nizozemí a Belgie. Vyrůstá i zapojení jiných domácích nebo částečně domácích etnických skupin (tureckých, marockých, čínských).

Obchod s *hašišem* je kontrolován zejména marockými zločineckými skupinami. Ti kontrolují zejména dovoz do Španělska a vývoz do dalších členských zemí. Spolupracují i s jinými domácími skupinami jako jsou britské, nizozemské a skandinávské. Některé z těchto skupin založily základny ve Španělsku pro snažší dovoz do svých zemí.

Do obchodu s *marihuanou* jsou angažovány domácí skupiny v členských státech.

Dle údajů Výroční zprávy Národní protidrogové centrály pro rok 2006<sup>27</sup> vyplývá, že do **České republiky** je dovoz *heroinu* kontrolován kosovskými Albánci. Ti se podílejí také na obchodu s *efedrinem a kokainem*. Dominantní skupinou tvoří také Severoafričané, zejména občané Tunisu a Alžíru. Zločinecké organizace jihoamerického a západoafrického původu organizují dovoz *kokainu*. Zdrojovou zemí pro *efedrin* (hlavní prekurzor pro výrobu metamfetaminu) bylo Německo, Polsko, Bulharsko a země bývalé Jugoslávie. Bylo zaznamenáno také zapojení makedonského uskupení. Vzhledem k volné dostupnosti léků

---

<sup>26</sup> ŠTABLOVA, R., BREJCHA, B. a kol. *Drogy vybrané kapitoly*. Praha, 2005, s. 11.

<sup>27</sup> Policejní prezidium ČR. *Výroční zpráva Národní protidrogové centrály 2006* [on line]. 2007 [cit. 4. listopadu 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.mvcr.cz/policie/prezentace/npdc.html>>

obsahujících pseudoefedrin (Modafen, Nurofen, apod.) dochází k jejich zneužívání ve velkém množství. Zdrojovými zeměmi, ze kterých jsou k nám dováženy **syntetické látky** souhrnně označované, jako **extáze** jsou Polsko a Nizozemí. V Nizozemí jsou do výroby zapojeni zejména Jihoafričané, Turci a Španělé. Do obchodu se rovněž zapojují čínské zločinecké organizace. Tuzemští pěstitelé jsou schopni tzv. hydroponním způsobem produkovat značné množství **marihuany**, po které je v ČR značná poptávka.

## 6 SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG

### 6.1 Sociální důsledky závislosti na alkoholu

V evropské společnosti je tolerance k alkoholu velká, vyjma oblastí ovlivněných islámem (některé republiky bývalého Sovětského svazu). Alkohol je tradičně chápán jako součást společenského života dospělých. Plní určitou sociální funkci. Konzumuje se při různých příležitostech, kde je nutné, aby se člověk uvolnil, odreagoval a snáze navázal kontakty. Obecně se očekává, že každý člověk ví, kde je hranice očekávaného chování. Pokud člověk ztrácí schopnost pít alkoholu regulovat, přestává jej společnost tolerovat. Důvodem k této změně je neschopnost plnit základní sociální požadavky. Zájem o alkohol v posledních letech pozvedla mimo jiné i oživená diskuse o jeho příznivých účincích na lidské zdraví. Registrovaná spotřeba alkoholu na jednoho obyvatele se v České republice v posledních letech pohybuje kolem 10 litrů 100% alkoholu za rok a zaujímá tak přední příčky pomyslného žebříčku spotřeby. Podle studie Světové zdravotnické organizace (WHO) a Světové banky zaujala Česká republika v roce 2001 druhé místo ve spotřebě hned po Lucembursku. Za námi následovala Francie, Maďarsko a Německo.

K nejvýznamnějším sociálním problémům patří:

- a) ***selhání v profesní roli*** – pod vlivem opilosti dochází k absencím a fluktuaci. Pracovní výkonnost se zhoršuje, narušuje se pravidelné docházení do zaměstnání. Velice často ztrácí zaměstnání a nemá dost motivace a energie k hledání nového zaměstnání. Pokud si zaměstnání i hledá, vlivem celkového úpadku bývá často odmítnut a zůstává nezaměstnaným.
- b) ***materiální strádání*** – alkoholik často ztrácí zaměstnání, konzumace alkoholu je ekonomicky zatěžující a alkoholik většinou není schopen zajistit ani své potřeby. Rodina tak nezřídka strádá i materiálně.
- c) ***neschopnost plnění rodičovské role*** – děti v rodině alkoholika mohou strádat

nedostatečnou nebo nesprávnou výživou, mohou být zanedbávány jak po stránce hygienické tak intelektuální. Alkoholik může nepříznivě ovlivňovat psychický vývoj svého dítěte. Je zde riziko, že tyto děti budou trpět nějakou formou deprivace. Rodina pro ně nebude zdrojem jistoty a bezpečí. Problémy, které dítě v rodině má mohou být pro něj zásadnější než potřeba uspět ve škole. Proto tyto děti často nedovedou plně využít své inteligence a mají horší prospěch než by to odpovídalo jejich schopnostem. Některé jejich reakce jsou nepřiměřené nebo vznikají nápodobou rodičovských projevů, další mohou být důsledkem výchovného zanedbávání. Zkušenost z dětství může ovlivnit jejich vztah k sobě i okolnímu světu. Často v dospělosti sami začnou pít. *„Osobnost a charakter jsou formovány prožívanými vztahy dítěte k rodičům, sourozencům a naopak. Co se v tomto období vývoje člověka vytvoří, je rozhodující a tvoří základ pro vše později přicházející a má celoživotní platnost.“*<sup>28</sup> Alkohol v těhotenství může poškodit vývoj plodu a dítě se rodí s nejrůznějším poškozením (růstovým nebo postižením CNS).

**d) rozpad rodiny** – alkoholik neplní své povinnosti, stává se bezohledným k partnerovi i dětem, stává se, že se ho nejbližší bojí, lže, neplní sliby. Postupně se stává nenáviděným, opovrhovaným, rodina se za něj stydí, je považován za toho, kdo kazí rodinnou pohodu. Pod vlivem dlouhodobého stresu dochází ke změně osobnosti i u partnera alkoholika. Alkoholik snižuje sociální status celé rodiny. Ostatní lidé je spíše litují, ale často jimi i opovrhují a mají je za méněcenné. Rozvod bývá často pro partnera alkoholika řešením. Obvykle viník zůstává sám a ještě víc pije a chátrá. Rodinu lze většinou zachránit, pokud je ochoten se léčit. Někdy se rodina nerozpadá, alkohol považuje za viníka všech problémů a očekává, že pokud se alkoholik půjde léčit, všechny problémy se tím vyřeší. Jenže staré problémy přetrvávají dál a proto může dojít právě v tomto období k rozpadu manželství.

**e) pití ostatních členů rodiny** – v důsledku neutěšené reality, nápodobou nebo vlivem sociálního učení mohou začít pít i ostatní členové rodiny. Partner alkoholika akceptuje jeho postoj a stejný způsob života.

---

<sup>28</sup> VYMĚTAL, J. *Psychoterapie*. Praha, 1987, s. 15.



**f) obecné sociální důsledky** – intoxikace alkoholem je příčinou mnoha násilných trestných činů, neléčený alkoholik často končí jako bezdomovec, ztrácí soběstačnost a parazituje na společnosti. Zdrojem obživy se stává žebrání, vybírání odpadkových košů, krádeže.

## 6.2 Sociální důsledky závislosti na nealkoholových drogách

Postoj společnosti ke konzumentům drog je odmítavější než k těm, co pijí alkohol. Souvisí to s negativním očekáváním a pochybnostmi v možnosti nápravy. Člověk užívající drogy získá status narkomana, který není pro společnost přijatelný. U společnosti vzbuzují pohrdání a odpor a to zpětně přispívá k identifikaci těchto lidí tomu, aby se ztotožnili s drogovou subkulturou, která jediná je neodmítá. Vyloučení ze společnosti může být jednak důsledkem užívání drog, zároveň však může být i jeho příčinou. „*Takřka ve všech zemích je legální užívat alkohol, tabák a léky na předpis, zatímco užívání nebo držení látek, jako konopí, amfetaminy, extáze, kokain a heroin, je protiprávní.*“<sup>29</sup>

K nejvýznamnějším problémům patří:

**a) nerespektování společenských norem** – závislý jedinec neplní své povinnosti, je unaven, nemůže se soustředit, ztrácí motivaci k jakékoliv činnosti. Jeho jednání se stává neúnosné, bezohledné, sobecké a buď přestává chodit do zaměstnání či do školy, nebo je ze školy vyloučen či propuštěn ze zaměstnání. Stává se nezaměstnaným a nemá ani motivaci práci hledat. V konečné fázi parazituje na rodině či společnosti. „*Když mnou lomcovaly nepředstavitelné bolesti, byl jsem schopen udělat cokoli, abych do sebe dostal nějaký herák.*“ ( Abstinující narkoman Josef Vonderka ).<sup>30</sup>

**b) ztráta schopnosti navázat a udržet citový vztah** – pro závislého jedince má droga vyšší hodnotu než všechno ostatní. Hlubší partnerské nebo přátelské vztahy nevydrží, jen náhodné vazby na stejně postižené lidi. Jediným jeho cílem je získání drogy, aby mu nebylo špatně, aby den přežil. „*Uživatel drogy se stahuje a uzavírá před reálným světem*

---

<sup>29</sup> GALLA, M., et. al. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí*. Praha, 2005, s. 12

<sup>30</sup> VONDERKA, J. *Smrt jménem závislost*. Praha, 2004, s. 48.

do vztahu s drogou.“<sup>31</sup>

**c) drogová a sekundární drogová kriminalita** – finanční náročnost drogové závislosti bývá důvodem k trestné činnosti. Jedná se o výrobu a distribuci drog, majetkovou trestnou činnost spáchanou za účelem financování užívání drog, násilné trestné činy pod vlivem intoxikace, apod.

**d) obecné sociální důsledky** – rodinné a pracovní problémy, nižší dokončené nebo nedokončené vzdělání, zhoršená bytová situace, která může vést až k bezdomovectví, nižší ekonomický status a může vést až k sociální exkluzi.

---

<sup>31</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha, 2003, s. 230

## 7 PREVENCE

### 7.1 Opatření na úrovni Evropské unie

Evropská unie zřídila **Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost** s cílem trvale poskytovat informace o drogové situaci v Evropě a její dynamičnosti. Jejím úkolem je prozkoumat danou problematiku, shromáždit existující společné zkušenosti a poukázat na rozdíly. Informace této agentury poskytují nejen členské státy EU ale i některé další země. Každému zájemci o tuto problematiku jsou prostřednictvím výročních zpráv poskytovány aktuální údaje a množství dostupných údajů stále roste. Výroční zpráva za rok 2006 byla k dispozici v 23 evropských jazycích.

V celé Evropské unii panuje společná shoda o důležitosti sdílení informací a spolupráci s cílem omezit nabídku drog. Při přijímání rozhodnutí o výběru programů a akcí se přihlíží k doloženým informacím. To se uskutečňuje prostřednictvím nezáužatých a vědecky přesných analýz dostupných informací vztahujících se k drogovému fenoménu v Evropě.<sup>32</sup>

Dne 6. září 2007 přijal Evropský parlament návrh rozhodnutí, kterým se pro období 2007 – 2013 zavádí zvláštní program „*Drogová prevence a informovanost o drogách*“.<sup>33</sup> Tento program je součástí obecného programu „*Základní právo a spravedlnost*“. Cílem tohoto rozhodnutí je podpora projektům zaměřeným na prevenci užívání drog, včetně omezování škodlivých účinků a metodami léčby podle nejnovějších vědeckých poznatků (prostřednictvím grantů nebo veřejných zakázek). Pro každý rok přijme Komise *pracovní program*, kde bude specifikován konkrétní cíl, maximální míra spolufinancování a další doprovodná opatření.

---

<sup>32</sup> EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Výroční zpráva za rok 2006*. Lucenburk, 2006, s. 5.

<sup>33</sup> HEJTMÁNKOVÁ, R. *EP podpořil zavedení programu o drogové prevenci* [on line]. 2007 [cit. 14. října 2007]. Dostupné na WWW: <[http://www.europarl.europa.eu/news/expert/infopress\\_page/019-10008-246-09-36-902-20070903IPRO09985-03-09-2007-FALSE/default\\_cs.html](http://www.europarl.europa.eu/news/expert/infopress_page/019-10008-246-09-36-902-20070903IPRO09985-03-09-2007-FALSE/default_cs.html)>

## 7.2 Opatření na úrovni České republiky

**Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky** je hlavním iniciačním, poradním a koordinačním orgánem v oblasti drog. Jejími členy jsou ministři jednotlivých resortů a od července 2007 jsou jejími členy též zástupci Asociace krajů ČR, Společnosti pro návykové nemoci České lékařské komory Jana Evangelista Purkyně a zástupci nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí. Nově byl ustaven Výbor zástupců regionů Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Vláda ČR dne 25. července 2007 schválila usnesením č. 845/2007 „*Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009*“. Tento plán rozvíjí „Národní strategii protidrogové politiky na období 2005 až 2009“ a je základním nástrojem pro její implementaci. Zaměřuje na následující oblasti:

1. Primární prevence
2. Léčba a následná péče
3. Snižování rizik
4. Snižování nabídky drog a vymáhání práva
5. Koordinace a financování
6. Informace, výzkum a hodnocení
7. Mezinárodní spolupráce.

Tento plán řeší zodpovědnost členů vlády za zpracování jednotlivých částí a je v něm obsažena i problematika legálních drog jako je alkohol a tabák.<sup>34</sup>

Aby byla opatření v oblasti prevence co nejúčinnější a vynaložené finanční prostředky co nejefektivněji využity, bylo schváleno v roce 2006 *usnesení vlády č. 693*, kterým byl zaveden systém certifikací v oblasti *primární protidrogové prevence*. Znamená to vypracování projektů na certifikovanou službu. Pro poskytování finančních prostředků

---

<sup>34</sup> Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. *Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009* [on line]. 2007 [cit. 14. října 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=24329>>

programům protidrogové politiky v oblasti primární prevence se poprvé použije na rok 2008. Tímto usnesením se odsouvá původní termín o 1 rok vzhledem k požadavku, který je uveden v *usnesení vlády č. 700/2005*. Za systém certifikací odborné způsobilosti v oblasti protidrogové primární prevence zodpovídá MŠMT ČR.<sup>35</sup>

Pro programy poskytující ostatní typy služeb *sekundární a terciární prevence* (léčba a následná péče, snižování rizik) platí původní termín. Podmínka certifikace je vyžadována v dotačním řízení na rok 2007. Pro tyto programy již existují schválené standardy Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, tj.:

- detoxikace
- terénní programy
- kontaktní a poradenské služby
- ambulantní léčba
- stacionární programy
- krátkodobá a střednědobá ústavní léčba
- rezidenční péče v terapeutických komunitách
- ambulantní doléčovací programy
- substituční léčba

### 7.3 Opatření na úrovni regionu

**Koordinace na úrovni místních samospráv** je řešena zákonem č. 379/2005 Sb.,

§ 22 a § 23, kdy byly svěřeny **krajům** určité pravomoci, kterými se podílí na realizaci protidrogové politiky. Kraj tudíž provádí, koordinuje a vyhodnocuje regionální protidrogovou politiku na svém území. V každém kraji byla zřízena funkce *krajského*

---

<sup>35</sup> Šucha, M. *Zavedení systému certifikací v oblasti primární protidrogové prevence a dopad na přidělování finančních prostředků ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku* [on line]. 2006 [cit. 11. srpna 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/57/590/Zavedeni-systemu-certifikaci-v-blasti-primarni-protidrogove-prevence-a-dopad-na-pridelovani-financnich-prostredku-ze-statniho-rozpocetu-na-protidrogovou-politiku.html>>

*protidrogového koordinátora*, který odpovídá za vlastní provádění protidrogové politiky, zpracovává koncepci kraje, která vychází z Národní strategie protidrogové politiky, spolupracuje se státními i nestátními subjekty zabývajícími se programy prevence a léčby (např. v oblasti preventivních aktivit pro děti a mládež v rámci škol spolupracuje s krajským školským koordinátorem prevence). Pracovní úvazek těchto koordinátorů je 1,0 ale ve většině případů zajišťují ještě další agendy jako je například prevence kriminality, grantová řízení, apod.<sup>36</sup>

Tento zákon dále stanoví, že **obec v samostatné působnosti** se podílí na realizaci protidrogové politiky na svém území a za tím účelem může zřídit funkci *místního protidrogového koordinátora* a přijmout *místní plán protidrogové politiky*. Z důvodu omezených finančních prostředků, toto právo dané zákonem buď není využíváno vůbec, nebo tato funkce bývá kumulovaná s dalšími funkcemi, jako je romský poradce, kurátor, sociální pracovník nebo pracovník pro problematiku menšin či znevýhodněných skupin. Pracovní úvazky těchto koordinátorů jsou v průměru 0,2 – 0,3 úvazku. Kontaktní osoby by měly spolupracovat s krajským protidrogovým koordinátorem, který by jim měl poskytovat metodickou pomoc a se zařízeními zabývajícími se programy prevence a léčby.<sup>37</sup>

## 7.4 Školní prevence

Mládež přistupuje k experimentálnímu užívání drog nejčastěji ve věku 12 až 25 let a startující drogou je většinou alkohol a tabák. Mezi 16 – 20 rokem života dochází k užívání konopí a posléze extáze nebo tvrdého alkoholu. Je proto žádoucí včas ovlivňovat postoje a chování dětí. Cílem prevence by měly být informace nejen o účincích drog, zdravotních důsledcích užívání drog ale neméně důležité jsou informace o právních důsledcích užívání, držení a distribuce drog. Student má vědět, že za užívání drogy může být ze školy vyloučen, že je zde reálná hrozba ohrožení sociální exkluzí, ztrátou zaměstnání, pod vlivem drog může dojít k dopravním nehodám, apod.

---

<sup>36</sup> MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva p stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Praha, 2007, s. 5.

<sup>37</sup> Tamtéž, s. 5.

V Evropě byl v posledních dvaceti letech v oblasti prevence relativně chaotický vývoj a programy či kampaně nebyly příliš efektivní. Naopak v posledních pěti letech dochází k enormnímu úsilí směřujícímu k systémové analýze a vědeckému studiu všech dostupných efektivních strategií.<sup>38</sup> Z tohoto důvodu byla zřízena na **každé základní a střední škole** funkce *školního metodika prevence*. Ten je klíčovou osobou při sestavování „*Minimálního preventivního programu*“, který je jeho nejzákladnějším nástrojem. Zajišťuje a koordinuje aktivity školy v rámci primární prevence, zodpovídá za realizaci prevence ve škole, provádí poradenskou činnost žákům a rodičům a realizuje dalších protidrogové programy.

---

<sup>38</sup> GALLA, M. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí*. Praha, 2005, s. 8

## **8 KOMPARACE STUDIA LITERATURY S AGENDOU DROGOVÉHO PORADCE**

### **8.1 Drogový poradce**

Můžeme také říci protidrogový koordinátor, drogový preventista, metodik prevence. Působí na každé základní a střední škole, kraji a ve velké většině obcí. Činnost každého drogového poradce je jiná. Je to dáno tím, že tyto činnosti nejsou specifikovány v žádném zákoně a zákon č. 379/2005 Sb. se o nich zmiňuje pouze obecně. A pak také, každá instituce požaduje různé výstupy. Řada drogových poradců nevykonává svou činnost jako svou samostatnou činnost, ale nezřídka bývá kumulovaná s více funkcemi. Není výjimkou, že je prováděna i okrajově. Tak jako za všechno se musí platit, musí mít i školy a obce finanční prostředky na výkon této tolik potřebné funkce.

### **8.2 Úkoly drogového poradce Statutárního města České Budějovice**

Statutární město České Budějovice zřídilo funkci drogového poradce jako kumulovanou funkci s názvem protidrogový a romský koordinátor. Jak jsem se již zmínila, zákon č. 379/2005 Sb. ani jiný zákon nspecifikuje tuto náplň práce, proto v každé obci se může drogový poradce zabývat různými činnostmi, tedy těmi, které ta daná obec na něm požaduje a plnit ty úkoly, které mu ta daná obec zadá v rámci priorit protidrogové politiky. V pracovní náplni se tomuto konkrétnímu úředníkovi ukládá:

- a) zajišťování poradenské činnosti dětem, mladistvým a rodičům při řešení problémů v rodině, ve škole, při patologických závislostech a trestné činnosti
- b) analýza těchto jevů a organizace a realizace preventivních opatření
- c) spolupráce s neziskovými organizacemi, působícími v oblasti prevence drogových závislostí a zabývajících se řešením problémů drogových závislostí
- d) zajišťování kompletní poradenské činnosti romské komunitě a pomoc při jejich společenské adaptaci



- e) spolupráce s neziskovými organizacemi, působícími v oblasti volnočasových aktivit romských dětí a mládeže

Oblast drog a prevence předcházení drogových závislostí zaujímá převážnou část jeho pracovních povinností a z těch je na předním místě zejména poradenství (telefonické či osobní) rodičům, dětem i školám. Podává informace o projevech a příznacích drogové závislosti, možnostech řešení, iniciuje kontakt na příslušné sociální pracovníce v případě, že rodič vidí východisko v odborném vedení při podání žádostí u příslušného soudu o ústavní výchovu, detoxikaci, ambulantní léčbu, apod. Obrací se na něj těhotné narkomanky či narkomanky s malými dětmi a těm je nápomocen při zprostředkování ubytování, poskytování sociálních dávek, rodičovských přídavků a dalších služeb či nároků tak, aby těmto matkám nebyly děti odebrány z důvodu, že se o ně nemůžou postarat a řádně zabezpečit jejich potřeby. Dále v rámci možností poskytuje přednášky ve školských zařízeních, soustřeďuje a vyhodnocuje informace na drogové scéně na území města a v případě požadavku podává návrhy na řešení, vede přehled o zařízeních pro prevenci, poradenství, léčbu a rehabilitaci. Podle potřeby zajišťuje posouzení jejich odborné úrovně a zabezpečuje jim odbornou a organizační pomoc. Vede přehled o všech projektech a akcích organizovaných v protidrogové oblasti na území města, vypracovává a realizuje koncepci programu protidrogové politiky, iniciuje, koordinuje a podílí se na preventivních akcích a spolupracuje při aktivitách pořádaných jinými subjekty.

### **8.3 Vyhodnocení zjištěných problémů**

Při osobním rozhovoru mi protidrogový a romský koordinátor Statutárního města České Budějovice řekl, že se mu jeví jako nutné dořešení několika, podle jeho názoru velice důležitých systémových problémů, jakými jsou:

1. Včasný záchyt drogové závislosti. (Je nutné diagnostikovat problém již ve školských zařízeních a to co nejrychleji, dříve než se rozvine.)
2. Standardizace u primární prevence je zajištěna teprve od r. 2008, ovšem je zde malá zkušenost a není záruka, zda programy budou „šité na míru“ pro konkrétní případy.
3. Pokud je zadrženo „sjeté“ dítě, žádný diagnostický ústav ho nepřevzme.

4. Není zajištěna dostupnost lůžkových detoxikačních oddělení pro děti. Jednotka detoxikační péče, která je zřízena v Českých Budějovicích (ale i v dalších městech), převezme (hospitalizuje) „sjeté“ dítě pouze od 24 - 48 hodin a to z důvodu, že nemůže zajistit stravování, přitom detoxikace trvá v průměru od 2 dnů do 1,5 měsíce, podle konkrétního případu. Tyto jednotky však ve většině případů řeší problém nadměrného užívání alkoholu a „zdrogované“ děti jsou téměř vždy hospitalizovány na jednotce intenzivní péče nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Závisí to na stupni závažnosti života ohrožujícího stavu.
5. Prakticky pro celé Čechy provádí středně nebo dlouhodobou hospitalizaci dětí detoxikační jednotka, která je zřízena pouze v nemocnici v Praze Na Petřínách. Ta jako jediná je k tomuto účelu vybavena.

Dalším, podstatným systémovým problémem je:

1. Drogový poradce ve většině případů nevykonává tuto činnost, jako svou jedinou činnost, ale kumuluje ji s další agendou
2. Neexistuje systém speciálního vzdělávání pro drogové poradce, vzdělávání je uskutečňováno pouze na základě zák. č. 312/2002 Sb. pro úředníky územně samosprávných celků. Tímto zákonem je obecně stanoveno pro úředníky absolvovat 18 dní školení během 3 let. Z důvodu finanční náročnosti tato povinnost není v žádném obecním úřadě plněna nebo se řeší způsobem, že řada funkcí je vedena jako neúřednická. Ta pak nepodléhá zák. č. 312/2002 Sb., tudíž nemusí být plněna podmínka vzdělávání.

## 9 ZÁVĚR

Z vlastních zkušeností vím, že se lidé začnou o problémy zajímat tehdy, až když se jich přímo dotknou. Drogová závislost je globálním problémem uplynulého, ale ještě ve větší míře tohoto století. Z výsledků pravidelného „Výzkumu názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života“ v roce 2006 uvedlo celkem 49,3% občanů, že nemá nic proti tomu, aby 15 leté dítě ochutnalo alkohol při rodinné oslavě a 61,4% nepovažuje toto za žádné (nebo malé) riziko, 87,8% považuje za rizikové, když dítě ochutná marihuanu (jednou nebo dvakrát), 98,2% považuje za rizikové ochutnání jiné drogy. Tyto názory vyjadřovaly zejména ženy a starší věkové kategorie dotázaných.<sup>39</sup> Problém nevidím v jedincích ale v přístupu společnosti ke zneužívání omamných látek.

Co říci závěrem? V žádném případě si nedovolím kohokoliv poučovat, neboť se jedná o problematiku, která není jednoduchá. Dosud na vznik drogové závislosti neexistuje jednotný názor. Tak, jak jsem tuto problematiku studovala, u každého jednotlivce k rozvoji závislosti může přispět různý impuls nebo kombinace několika, od těch nejzávažnějších až po obyčejnou zvědavost. Chci se však podělit o několik postřehů.

1. Alkohol není chápán jako droga, ale více méně jako společenská nutnost. Většina společnosti vnímá pití alkoholu jako normální a kdo nepije je „divný“. Každá „oslavá“ je s ním spojena. Pití piva se nepovažuje za „pití“ alkoholu a mládež se chlubí, kolik piv zvládla. Je smutné, že v České republice stojí pivo ve většině restaurací méně než minerálka nebo kola. V nedávné minulosti, pokud jste přišli na návštěvu k přátelům, hostitelka Vám nabídla kávu, dnes je to většinou sklenička vína nebo něčeho „ostřejšího“. Také řada žen si po práci zašla s kamarádkami do cukrárny, dnes se schází ve vinárně.
2. Na nealkoholové drogy společnost nahlíží zcela opačně. Hlavním důvodem je nízké společenské postavení uživatelů nelegálních drog a pak, že tyto látky jsou zákonem zakázány. Řada dospělých si nedovede představit důsledky, které jejich abúzus

---

<sup>39</sup> MRAVČÍK, V. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Praha, 2007, s. 10.

doprovází, proto na tento problém nahlíží značně zkresleně. V minulosti se s ním velká většina dospělých nesetkala a tak slovo droga zní většinou něco jako ďábel, zlo, smrt.

3. Mládež, a to zejména městská, vnímá užívání drog spíše jako normativní než patologické. Drogy jsou spojovány s „tvrdou“ hudbou a s ní jde ruku v ruce reklama (marihuanové listy zdobí CD, plakáty, trička, samolepky, bižutérii, apod.). Drogy vnímají jako symbol svobody, nového životního stylu, moderní doby. Pak je tu také zvědavost, tlak vrstevníků a nutkavý pocit riskovat.
4. Nejzranitelnější skupinou v populaci jsou děti a mladiství. Drogová závislost vzniká rychleji než závislost na alkoholu. Z tohoto důvodu je věkový průměr drogově závislých daleko nižší. Nebezpečí spatřuji v tom, že mladý člověk se teprve vyvíjí a může dojít k narušení osobnostního rozvoje, sociálních dovedností, psychosociální vývoj se přerušuje a z toho důvodu může být i náprava těžší. Rodina je důležitým a prvořadým místem pro utváření vlastní identity, proto by si rodiče měli najít na své děti čas a hovořit s nimi o jejich problémech a přáních. Neklást na ně nadměrné nároky, ale zvolit rozumný kompromis. Hovořit s nimi o všem včetně drog. Nevyhrožovat pouze zákazy, ale informovat je jaká rizika drogy představují a nabídnout jim jiné alternativy trávení volného času.
5. Řadu let byly značné finanční prostředky v České republice vynakládány na programy a aktivity v rámci školní drogové prevence, které slovo „drogová prevence“ měly pouze v názvu. Často šlo o činnosti, které existovaly i dříve (míčové hry, dramatické, pěvecké a přírodovědecké kroužky, apod.), ale přidáním tohoto „magického“ slova začaly být tyto projekty financovány z peněz na drogovou prevenci. Jednalo se spíše o formální než faktickou prevenci a škola si mohla odškrtnout splnění úkolu.
6. Řešením drogové závislosti a prevencí se zabývaly převážně různé nestátní organizace. V současné době se poměr vyrovnává. Je otázkou, zda by se touto problematikou neměl spíše zabývat stát, jeho příspěvkové organizace a místní samosprávy (obecní a krajské) a neziskové organizace by neměly být jen doplňkem.

7. Doporučovala bych k úvaze i zavedení systému kontrol knih vydávaných v České republice. Určitě ne cenzuru tisku tak, jak jsme ji zažili v dobách minulých. Říkám to proto, že po přečtení knihy od Briana Tjepkema „Zpověď holandského uživatele drog“, bych neměla obavu drogy vyzkoušet. Celá kniha působí optimisticky a je koncipována tak, že drogy přináší jenom to příjemné, není problémem je dlouhodobě užívat, jejich prodejem se dá dobře užít, přitom nechodit do práce a ještě moci cestovat. Co jiného by si mladý člověk přál?

Dnes se nacházíme ve zcela jiné situaci než před rokem 1989. O drogách, jejich projevech a vzniku drogové závislosti víme více. Jsme členem Evropské unie a ta investuje prostředky na monitorování drog a drogové závislosti (tyto údaje jsou dostupné všem členským státům), prostřednictvím grantů poskytuje prostředky na provádění prevence. Česká republika přijala právní normy a stanovila organizační rámec protidrogové politiky, garantuje dodržování těchto norem a trestá jejich porušení, investuje prostředky do osvěty, léčebných zařízení, podporuje organizace, které se této problematice věnují, preventivní protidrogové programy musí splňovat zákonem dané standardy a být schváleny standardizační komisí, apod. Snad jsme od té doby poučili z chyb, které řešení drogového problému doprovázely. Tím nechci říci, že problém drog a drogové závislosti mizí. Nastanou nové skutečnosti, které nás zas postaví do situace, kterou budeme muset řešit. Koncem roku 2007 se otevřou hranice mezi státy Evropské unie, nastane migrace obyvatelstva, bohužel se tím usnadní i dodávky drog do republiky. Již nyní pocítujeme globalizaci ekonomiky a životního stylu. S tím vším musíme počítat a pokusit se na to připravit. Ve své práci jsem se snažila ukázat právě na tyto problémy, kterými je společenské klima ve společnosti, např. akceptace společnosti k nadužívání alkoholu a kouření, postoj dospělých a na druhé straně mládeže k užívání nelegálních drog (pro dospělé zlo, pro děti téměř norma), nedostatek lůžkových detoxikačních center pro mládež, nedostatečná zkušenost u specifických preventivních programů pro určité skupiny, kde tedy není záruka, že budou efektivně fungovat a nebezpečí vlivu organizovaného zločinu na společnost, které drogovou závislost nevyhnutelně doprovázejí.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Literární zdroje

1. BORNÍK, M. *Drogy co bychom o nich měli vědět*. 1. vyd. Praha: Themis, 2001, 31 s. ISBN 80-85821-2.
2. DE RIDDER, M., *Heroin*. 1. vyd. Praha: Argo, 2002, 238 s. ISBN 80-7203-441-3.
3. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Stav drogové problematiky v Evropě výroční zpráva za rok 2006*. Lucenburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2006, 104 s. ISBN 92-9168-254-3.
4. GALLA, M., *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, 156 s. ISBN 80-86734-38-2.
5. GOODYER, P., *Drogy. Drogy + teenager*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001, 162 s. ISBN 80-86421-44-9.
6. ILLES, T. *Děti a drogy - Fakta, Informace, Prevence*. 2. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2002, 47 s. ISBN 80-85866-50-1.
7. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 320 s. ISBN 80-86734-05-6.
8. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2 Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 344 s. ISBN 80-86734-05-6.
9. Kol. autorů SANANIM., *Drogy otázky a odpovědi*. 1. vyd. Praha: Portál s r.o., 2007, 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
10. KUBŮ, P., ŠKAŘUPOVÁ, K., CSÉMY, L. *Tanec a drogy 2000 a 2003 Výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice*, Praha: Úřad vlády České republiky, 2006, 94 s. ISBN 80-86734-77-3.

11. LEJČKOVÁ, P., MRAVČÍK, V., RADIMECKÝ, J. *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004, s.96. ISBN 80-86734-14-5.
12. MERTON, R., NISBET, R. *Contemporary Social Problems*. Harcourt, 1961, s. 754.
13. MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006, 98 s. ISBN 80-86734-99-4.
14. MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, 114 s. ISBN 80-86734-99-4.
15. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996, 203 s. ISBN 80-85121-52-2.
16. NETÍK, BUDKA, NEUMANN, VÁLKOVÁ, *K osobnosti kriminálního toxikomana*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1991, 118 s. ISBN 80-85121-25-5.
17. PECKA, E., *Základy sociologie*. 1. vyd. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2005, 83 s. ISBN 80-86708-07-1.
18. ROBINSON, R., *Velká kniha o konopí*. 2. vyd. Praha: Volvox globator, 1999, 284 s. ISBN 80-7207-339-7.
19. RUBCOV, V. G., BENEŠ, K. *Zelená lékárna*. 3. vyd. Praha: Lidové nakladatelství, 1990, 312 s. ISBN 80-7022-004-X.
20. SKÁLA, J., *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost*. Praha: AVICENUM, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1986, 90 s. ISBN 08-090-86.
21. SKORŇAKOV, S., JENÍK, J., VĚTVIČHA, V. *Zelená kuchyně*. 1. vyd. Praha: Lidové nakladatelství, 1988, 400 s. 26-058-88/13-34.
22. ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Drogy vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha : Policejní akademie České republiky, 2005, 114 s. ISBN 80-7251-186-6.

23. VALÍČEK, P. a kol.. *Rostlinné omamné drogy*. 1. vyd. Benešov: START, 2000, 191 s. ISBN 80-86231-09-7.
24. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál s.r.o. 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
25. VONDERKA, J., *Smrt jménem závislost*. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o., 2004, 187 s. ISBN 80-7178-884-8.
26. VYMĚTAL, J., *Psychoterapie*. 1. vyd. Praha. Horizont, 1987, 107 s. ISBN 40-093-87

### **Elektronické zdroje**

1. HEJTMÁNKOVÁ, R. *EP podpořil zavedení programu o drogové prevenci* [on line]. 2007 [cit. 14. října 2007]. Dostupné na WWW: <[http://www.europarl.europa.eu/news/expert/infopress\\_page/019-10008-246-09-36-902-20070903IPRO09985-03-09-2007-FALSE/default\\_cs.html](http://www.europarl.europa.eu/news/expert/infopress_page/019-10008-246-09-36-902-20070903IPRO09985-03-09-2007-FALSE/default_cs.html)>
2. LESNER, A. *Drogová závislost je organická porucha* [on line]. 2001 [cit. 5. října 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.vesmir.cz/clanek.php3?CID=4682>>
3. POLICEJNÍ PREZIDIUM ČR. *Výroční zpráva Národní protidrogové centrály 2006* [on line]. 2007 [cit. 4. listopadu 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.mvcr.cz/policie/prezentace/npdc.html>>
4. PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA. *Evropská studie o alkoholu a jiných drogách – Přehled výsledků z let 1995, 1999 a 2003* [on line]. 2007 [cit. 5. října 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/esp03.pdf>>
5. RADA VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. *Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009* [on line]. 2007 [cit. 14. října 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=24329>>



6. ŠUCHA, M. Zavedení systému certifikací v oblasti primární protidrogové prevence a dopad na přidělování finančních prostředků ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku [on line]. 2006 [cit. 11. srpna 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/57/590/Zavedeni-systemu-certifikaci-v-oblasti-primarni-protidrogove-prevence-a-dopad-na-pridelovani-financnich-prostredku-ze-statniho-rozpocetna-protidrogovou-politiku.html>>

## **SEZNAM ZKRATEK**

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (ztráta obranyschopnosti organismu)

CD – kompaktní disk

CNS – centrální nervová soustava

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

HIV – Human Immunodeficiency Virus (virus způsobující ztrátu obranyschopnosti organismu)

MŠMT ČR – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

LSD – Lysergic acid diethylamide (psychotropní látka)

REITOX – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

## ABSTRAKT

REJDOVA, I. *Drogová závislost jako sociální problém: bakalářská práce*, České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, o. p. s. 2008 52 s. Vedoucí bakalářské práce Emanuel Pecka.

**Klíčová slova:** droga, drogová závislost, abúzus, detoxikace, sociální exkluze, prevence, protidrogový koordinátor.

Práce se zabývá dostupností drog, jejich akceptací většinovou společností, rozvojem drogové závislosti a přijímaným preventivním opatřením, které je realizováno na úrovni Evropské unie, České republiky, místních samospráv a školských zařízeních.

Praktickou část tvoří jednotlivé konsekvence řešeného problému s tím, že závěr obsahuje okruh problémů, které by se měly systémově řešit.

## ABSTRACT

REJDOVA, I. *Drug dependence like a social problem: bachelor work*, České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, o. p. s. 2008 52 s. Supervisor of the study is Emanuel Pecka.

**Key words:** Drug, Drug dependence, Excessive using of drugs, Detoxication, Social exclusion, Prevention, Antidrug co-ordinator.

The study deals with accessibility of drugs, their acceptance of majority society, development of drug addiction and accepted preventive measure, which is realized at the level of European Union, The Czech republic, local autonomies and educational institutions.

Separate consequences of solving problem create practical part thereby, that finish contains circle of problems, which should be solved.