

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

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**NÁVYKOVÉ LÁTKY A KRIMINALITA**

**Autor práce: Martin Palcút**

**Studijní obor: Bezpečnostně právní činnost ve veřejné správě**

**Forma studia: Prezenční**

**Vedoucí práce: JUDr. Svatoš Roman, Ph.D.**

**Katedra: Katedra právních oborů a bezpečnostních studií**

**2010**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval 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 JUDr. Romanu Svatošovi, Ph.D., za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	6
<b>1 METODIKA A CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE</b> .....	7
<b>2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ</b> .....	8
<b>3 ROZDĚLENÍ DROG, JEJICH PŘEHLED A ZNEUŽÍVÁNÍ LÉČIV</b> .....	11
3.1 ROZDĚLENÍ DROG .....	11
3.1.1 Podle míry rizika vzniku závislosti.....	11
3.1.2 Podle původu.....	11
3.1.3 Podle účinku na psychiku člověka .....	11
3.2 PŘEHLED NEJČASTĚJI UŽÍVANÝCH DROG .....	12
3.2.1 Kokain .....	12
3.2.2 Heroin.....	13
3.2.3 Pervitin (Metamfetamin).....	14
3.2.4 LSD .....	16
3.2.5 Extáze (MDMA) .....	17
3.2.6 Marihuana .....	19
3.2.7 Opium.....	20
3.2.8 Morfin .....	22
3.2.9 Lysohlávky .....	23
3.3 ZNEUŽÍVÁNÍ LÉČIV .....	24
<b>4 DROGY A SPOLEČNOST</b> .....	26
<b>5 DROGY A KRIMINALITA</b> .....	28
5.1 DĚLENÍ DROGOVÉ KRIMINALITY .....	28
5.2 PACHATELÉ DROGOVÉ KRIMINALITY .....	29
5.3 TYPICKÉ STOPY .....	30
5.4 TRESTNÉ ČINY SPOJENÉ S DROGOVOU PROBLEMATIKOU.....	31
<b>6 ZÁKLADNÍ POZNATKY O DOPINGU</b> .....	32
6.1 DOPING, PROSTŘEDKY, METODY, CÍLE.....	32
6.2 DOPINGOVÉ LÁTKY .....	33
6.3 METODY DOPINGU .....	34
6.4 PRÁVNÍ ÚPRAVA DOPINGOVÉ PROBLEMATIKY .....	34
<b>7 ALKOHOL A KRIMINALITA</b> .....	37
7.1 ALKOHOL JAKO DROGA .....	37

7.2	AKUTNÍ INTOXIKACE ALKOHOLEM.....	38
7.3	DLOUHODOBÉ, PRAVIDELNÉ POŽÍVÁNÍ ALKOHOLU.....	39
7.4	TRESTNÁ ČINNOST PÁCHÁNA V SOUVISLOSTI S ALKOHOLEM .....	40
7.5	BOJ S ALKOHOLOVOU KRIMINALITOU .....	42
<b>8</b>	<b>ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ ASPEKTY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....</b>	<b>45</b>
8.1	OSOBNOST A CHOVÁNÍ TOXIKOMANA .....	46
8.2	KOMPLIKACE TOXIKOMANIE .....	47
8.3	LÉČEBNÁ A REHABILITAČNÍ PÉČE .....	49
<b>9</b>	<b>PREVENCE KRIMINALITY A ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK..</b>	<b>52</b>
9.1	OBEČNĚ O PREVENCI.....	52
9.1.1	Dělení prevence.....	52
9.2	PREVENCE KRIMINALITY.....	54
9.3	PREVENCE ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	54
9.3.1	Oblasti protidrogové prevence .....	55
<b>10</b>	<b>PROTIDROGOVÁ POLITIKA V ČR .....</b>	<b>58</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>62</b>
	<b>ELEKTRONICKÉ ZDROJE.....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>64</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>65</b>
	<b>ABSTRAKT.....</b>	<b>71</b>
	<b>ABSTRACT .....</b>	<b>72</b>

## ÚVOD

Téma Návykové látky a kriminalita jsem si vybral proto, že toto téma je aktuální, velmi nebezpečné a setkáváme se s ním takřka neustále. Ať je to ve spojitosti s drogou, alkoholem, dopingem, zneužíváním léčiv nebo kriminalitou spojenou s návykovými látkami. Můžeme se s ním setkat téměř kdekoliv, v práci, ve škole, na zastávce, v parku, v hospodě, v podstatě na všech místech veřejně přístupných. A to jak s drogově závislým, dealerem nebo člověkem intoxikovaným alkoholem. Aktuálnost tématu je daná rapidním zvyšováním toxikomanů a snižováním hranice jejich věku, stále častěji se setkáváme s mladistvými, kteří jsou na droze závislí, může za to jak sociální klima, rodina, tak sám uživatel. U alkoholu se také snižuje hranice věku jeho uživatelů. S tím se setkal určitě skoro každý z nás, buď byl přímo svědkem opilého mladistvého, nebo se s tím setkal v médiích. Kriminalita spojená s drogovou scénou je rozšířena po celém světě a je jedna z nejběžnějších forem kriminality.

# 1 METODIKA A CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cílem mé práce je seznámení s historií a současností zneužívání návykových látek, vymezení základních pojmů spojených s drogovou problematikou. Popsat nejčastěji zneužívané drogy ve světě, jako je například kokain, heroin, marihuana, pervitin, LSD, extáze a poukázat na nebezpečí s tím spojeným. Ať to jsou zdravotní a sociální aspekty, kde budu řešit osobnost toxikomana, komplikace toxikomanie, tak následnou léčebnou a rehabilitační péčí, kriminalitou spojenou s drogami a její prevencí, tak protidrogovou politikou ČR. Dále Vás seznámím s problematikou zneužívání léčiv. Podle mě velkým problémem v dnešní společnosti zastává alkohol, velkým proto, že uživatelé bývají stále častěji mladiství nebo dokonce ještě mladší než 15 let. Poukážu na nebezpečí alkoholu jako takového, jak na příležitostné požití, tak na dlouhodobé a pravidelné užívání, trestnou činnost v souvislosti s alkoholem a boj s alkoholovou kriminalitou. Dalším celosvětovým problémem, na který chci v mé práci poukázat, je doping, metody dopingů a dopingové látky.

## 2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Návykové látky byly považovány za jeden z klíčových celosvětových problémů již ve druhé polovině 20. století. Ani tehdy to však nebyl problém zdaleka nový, již nejstarší historické prameny zaznamenávají totiž snahy lidí nacházet látky, které by zmírňovaly bolest, léčili různé neduhy, a také takové látky, které po požití vyvolávají pocity štěstí, blaha a zapomnění, tedy látky, s jejichž pomocí lze změnit, zastřít či vylepšit určité stránky života. Takové látky provázejí člověka celým jeho vývojem, a to jak k jeho pomoci, tak i k záhubě. Užívání většiny z nich vyvolává návyk vedoucí k závislosti fyzické či psychické a působí škody nejen jejich uživatelům, ale i celé společnosti.

Závislost na látkách není však jedinou patologickou závislostí, která nás v poslední době ohrožuje. Jako závažná se jeví též tzv. závislost na procesu, která nalézá vyústění např. ve „workoholismu“ nebo v daleko společensky škodlivějším jevu, kterým je patologické hráčství (gambling). Dále je to závislost na člověku, nacházející svou organizovanou formu např. v získávání jedinců a posléze i jejich majetku do nejrůznějších sekt a extrémistických skupin. Společenská rizikovost a kriminologická závažnost gamblingu i sekt je však dosud v naší společnosti vnímána jen okrajově a pozornost se soustřeďuje víc na lékařské a terapeutické stránky těchto jevů. V popředí pozornosti stojí závislost na návykových látkách alkoholového a nealkoholového typu.

Návykové látky zůstávají v popředí pozornosti již několik tisíciletí, protože je lidstvu známo, že jejich zneužívání je spojeno se závažnými zdravotními důsledky, znamená velké ekonomické ztráty a také rostoucí kriminalita s nimi spojená představuje vážné ohrožení života lidské společnosti na celém světě. Proto jsou činěna opatření nejen na úrovni jednotlivých států, ale bezmála již století na mezinárodní úrovni k tomu, aby se rozšiřování návykových látek co nejméně omezovalo.<sup>1</sup>

V domácí i zahraniční literatuře se setkáváme často se značnou nejednotností při používání pojmů návyková látka, droga, omamné a psychotropní látky, i když některé z nich jsou vymezeny zákonnou normou.

**Návykovou látkou** se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky (např. skopolamin, atropin) způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací či rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování. Termín

---

<sup>1</sup> NOVOTNÝ, O., ZAPLETAL, J. a kol. *Kriminologie*. 3. vyd., 2008, s. 426-427



„návyková látka“ byl zaveden do našeho trestního práva novelou v roce 1990 (zák. č. 175/1990 Sb.).

**Alkohol** (etylalkohol) – zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, považuje za alkoholický nápoj lihovinu, víno, pivo i jiný nápoj, pokud obsahuje více než 0,5 objemového procenta alkoholu. Je to sloučenina získávána kvašením cukru.

**Omamné a psychotropní látky** jsou látky, u nichž vzniká nebezpečí chorobného návyku nebo psychických změn nebezpečných pro společnost nebo pro toho, kdo je opakovaně bez odborného dohledu užívá, a jsou uvedeny v seznamech těchto látek (zák. č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů).

**Droga** (pochází z arabského „durana“ s původním významem léčivo). Podle stanoviska Světové zdravotnické organizace z roku 1969 je za drogu pokládána jakákoliv látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí. Jde tedy o pojem velmi široký. Hovoříme-li dnes o drogách, máme zpravidla na mysli látky uvedené v mezinárodně přijatých seznamech omamných a psychotropních látek (zák. č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, v plném znění).

**Drogová závislost** (méně přesně toxikomanie, narkomanie) je psychický a někdy taky fyzický stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její psychické účinky a někdy také proto, aby zabránilo nepříjemnostem plynoucím z její nepřítomnosti. Tolerance může být přítomna nebo nepřítomna. Osoba může být závislá na více jedné droze.

**Fyzická závislost** je stav organismu vzniklý zpravidla dlouhodobým a častým podáváním drogy. Je to vlastně chronické otravy organismu. Došlo k paradoxní situaci, kdy organismus zahrnul drogu do své látkové výměny a vlastně jí „potřebuje“ a „vyžaduje“. Je-li přísun drogy zastaven, dostaví se abstinční příznaky.

**Psychická závislost** je duševní stav vzniklý podáváním drogy projevuje se různým stupněm potřeby drogu aplikovat. Její vznik je vázán na určité prožitky. Je-li

podávání drogy přerušeno, dostaví se psychické poruchy. Psychická závislost se projevuje různě vystupňovanou touhou drogu brát spojenou se snahou po komunitě. Závislý člověk již pak není schopen prožívat původní extázi, je vytržen, ztrácí svoji svobodu a jeho chování je podřízeno touze získat drogu.

**Tolerance** je schopnost organismu snášet určité látky.

**Úzus** drog znamená jejich upotřebení jako léku, **misúzus**, nadměrnou aplikací léků, **abúzus** označuje zneužívání drog.

**Abstinenční syndrom** (odvykací syndrom) – příznaky, které se vyskytují v různé intenzitě při závislosti na všech návykových látkách od zanedbatelných příznaků (pocení, třes, zvýšená teplota, nechutenství) až po příznaky životu nebezpečné (deprese, epileptický záchvat, sebevražedné jednání). Výraznost abstinenciho syndromu je podmíněna druhem drogy, stupněm intoxikace a také biopsychickými charakteristikami jedince.

Do organismu se návykové látky dostávají zpravidla požitím (perorálně), inhalací, vtíráním do pokožky nebo injekční aplikací, která s sebou nese riziko snadného předávkování a infekcí, včetně žloutenky či viru HIV.

Interakce návykové látky s organismem zahrnuje příjem, vstřebávání, transport uvnitř organismu, distribuci látky do jednotlivých orgánů a tkání, biotransformaci i vylučování látky, respektive jejich metabolitů. Vylučování látky (metabolitů) se uskutečňuje nejčastěji močí, stolicí, slinami, popř. potem. Jsou však prokazatelné též v tkáních a vlasech. Z hlediska forenzní toxikologie jsou propracovány metody důkazů metabolitů návykových látek v moči, krvi, tkáních a vlasech.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> NOVOTNÝ, O., ZAPLETAL, J. a kol. *Kriminologie*. 3. vyd., 2008, s. 427-429

## 3 ROZDĚLENÍ DROG, JEJICH PŘEHLED A ZNEUŽÍVÁNÍ LÉČIV

### 3.1 ROZDĚLENÍ DROG

#### 3.1.1 Podle míry rizika vzniku závislosti

- *měkké* - řadíme mezi ně produkty z konopí (marihuana, hašiš) a LSD. Tyto drogy mohou vést k psychické závislosti bez vzniku závislosti fyzické. Ale právě tato psychická závislost způsobuje při terapiích největší problémy. Dlouhodobé užívání drogy může s sebou nést těžké poruchy zdraví, i přesto, že je takto označená droga deklarována, jako ne příliš nebezpečná.
- *tvrdé* – například opium, morfium a heroin, vedou k rychlé duševní a tělesné závislosti. V relaci těchto dvou pojmů zaujímá zvláštní postavení kokain, protože nevyvolává tělesnou závislost ve vlastním slova smyslu, ale svým velmi vysokým stupněm psychické závislosti se přibližuje účinku fyzické vázanosti. Také anfetamim, jako zástupce syntetických drog, patří, vzhledem k vysokému stupni psychické závislosti a ničivému účinku na organismus k „tvrdým drogám“.<sup>3</sup>

#### 3.1.2 Podle původu

- *přírodní* – získané z přírodních zdrojů, například marihuana, hašiš, kokain, heroin, morfin, crack
- *syntetické* – vyráběné synteticky, patří sem lepidla, rozpouštědla, LSD, MDMA, pervitin

#### 3.1.3 Podle účinku na psychiku člověka

- *Opiáty*
  - jde o přírodní drogu
  - získávají se z mléčné kapaliny naříznutím nezralé makovice
  - mezi přírodní deriváty opia patří morfin a kodein
  - polysyntetickým derivátem je heroin
- *Stimulační drogy*
  - patří mezi přírodní drogy, sem patří kokain – je obsažený v listech koky, tepelnou úpravou hydrochloridu kokainu vzniká tzv. crack
  - mezi syntetické drogy patří pervitin (metanfetamim), fenmetrazin, extáze, atd.

---

<sup>3</sup> HEJDA, J., *Kriminologické, trestně právní a kriminalistické aspekty drogového problému v ČR a jeho řešení*, 2000, s. 7

- *Konopí a jeho produkty*
  - základní surovinou je konopí seté
  - jako hašiš se nazývá zaschlá a zformovaná pryskyřice ze samčích rostlin
  - marihuana jsou sušené listy a květenství rostliny
  - koncentrace THC je u hašiše asi 5 krát větší než v marihuaně
- *Halucinogeny*
  - mezi přírodní drogu patří látka meskalin, obsažená v některých druzích kaktusů a psilocybin obsažený v některých houbách
  - mezi syntetické látky patří LSD a Trifenidil
- *Těkavé látky (inhalanty)*
  - jde o těkavé chemické látky
  - mezi účinné plyny patří anestetické plyny jako ether a oxid dusný
- *Trankvilizéry a sedativa*
  - mezi syntetická narkotika patří petidin a megafon
  - mezi léky patří barbituráty, hypnotika, anxiolytika, analgetika, antidepresiva<sup>4</sup>

## 3.2 PŘEHLED NEJČASTĚJI UŽÍVANÝCH DROG

### 3.2.1 Kokain

Je bílý krystalický prášek, hořké chuti, bez zvláštního zápachu. Při degustaci špičkou jazyka způsobuje asi po 30 vteřin její znecitlivění a lokální pocit chladu. Kokain je velmi dobře rozpustný ve vodě. Často bývá ředěn dalšími přísadami, nejčastěji cukry (např. laktózou, inositolem, manitolem), dále lokálními anestetiky (lidokainem). Získává se extrakcí éterem a acetonem z tzv. kokainové pasty, což jsou drcené nebo mleté, macerované a lisované listy koky. Čistý kokain se kvůli potenciaci účinku často míchá s jinými drogami, které jsou s kokainem chemicky kompatibilní. Obvykle jde o heroin (směs se nazývá speedball, dynamit, fest) nebo morfin (směsi se říká double). Tyto směsi kokainu mají rovněž vzhled bílého prášku, ojediněle bývají lisovány do kuliček. Nejčastější formou aplikace kokainu je přímé vdechnutí prášku do nosních dírek. Kokain smíchaný s jednou solí se nazývá crack. Je to jemný bílý prášek makroskopicky téměř nerozlišitelný od čistého kokainu. Bývá lisován do malých kuliček.

---

<sup>4</sup> SVATOŠ, R., *Základy kriminologie a prevence kriminality*, 2009, s. 93

Vzhledem k dobré rozpustnosti kokainu ve vodě je na druhém místě způsobu aplikace intravenózní podání. Další zavedenou formou užívání je kouření. Kokainová pasta se míchá s marihuanou nebo tabákem a kouří se v malých dýmkách.<sup>5</sup>

Nástup účinku se tělesně projeví vzestupem krevního tlaku, zrychlením pulzu, rozšířením zornic, pocením a nevolností. Při prvním užití jsou pocity většinou spíše nepříjemné (srdeční slabost, rozšíření zornic, třes rukou, mrazení, bledost), teprve opakované užívání vede k euforii. Kokainista je veselý, družný, má halucinace příjemného obsahu, dostavuje se touha po pohybu a zvýšeném výkonu. U některých uživatelů se objevuje lenivá snivost spojená s halucinacemi. Stav připomíná hypomanií – intoxikovaný je často na první pohled nápadný přebytkem energie, hovorností, hyperaktivitou až agitovaným neklidem. Dostavuje se euforie, nápadné jsou poruchy chování, vymizení zábran, vystupňovaný sexuální pud vede k nymfomanickému chování u žen, u mužů také roste chuť, ale často klesá schopnost pud ukojit. Kokain je silné anorektikum (snižuje chuť k jídlu).

Cena za jeden gram je okolo 2000,- Kč. Jednorázové dávky se pohybují v rozmezí od 50 do 100 mg pouliční dávky. Účinek přetrvá jen 30-90 minut.<sup>6</sup>

### 3.2.2 Heroin

Je polysyntetický derivát získaný z morfinu a upravený obvykle na hydrochlorid. V čisté formě jde o velmi jemný bílý prášek, který při ochutnání zanechá na jazyku trpkou a nahořklou chuť. Méně čisté druhy heroinu mají šedobílou barvu a existují i načervenalé varianty heroinu s větším množstvím nečistot. Takový druh heroinu může navenek připomínat svou barvou i strukturou jemně rozemletou korkovou zátku. Díky chemické přípravě polysyntetického heroinu páchne konečný produkt po octu. Pro potlačení této vůně a zejména pro zvýšení překupnického zisku se heroin před prodejem smíchává nejčastěji s cukrem, jindy s chininem, sušeným mlékem, jedlou sodou, nebo méně často s hladkou moukou. Ke konzumentovi se droga obvykle dostává ve formě prášku zabaleného v jemném papíře, anebo ve finančně náročnější formě vodného roztoku v zatavené ampulce k přímému injekčnímu použití.

Akutní intoxikace heroinem se vyznačuje rychlým nástupem výrazné euforie, zamlžení mysli a pocitu subjektivní blaženosti. Nejprve se zvyšuje komunikativnost, mizí zábrany, zvyšuje se sexuální aktivita u obou pohlaví, časté mohou být i perverze.

<sup>5</sup> BEČKOVÁ, I., VIŠŇOVSKÝ, P., *Farmakologie drogových závislostí*, 1999, s. 36

<sup>6</sup> Kolektiv autorů sdružení SANANIM, *Drogy otázky a odpovědi*, 2007, s. 166-167

Heroinem vyvolaná euforie je kvalitativně i kvantitativně jiná než u morfinu. Je bohatší na senzorické vjemy, představy jsou lákavější, barevnější, intoxikovaný subjekt v sobě objevuje netušené schopnosti, zejména fyzické. V této fázi intoxikace i fyzicky slabší a nevybojní jedinci jsou schopni pod vlivem drogy spáchat závažné trestné činy, často zarážející svou brutalitou.

S prohlubováním heroinové intoxikace nastupuje apatie, neschopnost soustředění, pocit těžkých víček s pupilární kontrakcí a poruchami vidění, zejména v šeru. Dýchání se mírně zpomaluje, intoxikovaná osoba je pokrytá studeným potem, tělesná teplota mírně klesá. Při vyšších dávkách heroinu dochází k bradykardii, poklesu krevního tlaku, cyanóze, nastupuje stupor, kóma a smrt útlumem respiračního centra CNS.

Začátečníci začínají obvykle dávkami 1-3 mg. Postupně se rozvíjí tolerance a chroničtí konzumenti jsou schopni tolerovat dávky až 300 mg.<sup>7</sup>

### 3.2.3 Pervitin (Metamfetamin)

Pervitin je tradiční „česká“ droga, jeho výroba pro ilegální trh byla v domácích laboratořích běžná již před rokem 1989. Patří mezi budivé aminy, které byly syntetizovány poměrně pozdě a zpočátku byly používány jako léky proti únavě, obezitě, narkolepsii nebo využívány armádami pro zvýšení výkonu jednotek. V současnosti je v celorepublikovém měřítku nejvýznamnější „tvrdou“ nelegální drogou.<sup>8</sup>

Je zástupcem širší skupiny amfetaminových drog, resp. derivátů základní stimulační látky – amfetaminu. Jeho výroba není příliš složitá. Jako výstupní produkt jiná stimulační látka, efedrin, který lze získat z různých kompozitních léků. Po extrakci jej pak lze za pomoci louhu, červeného fosforu a dalších chemikálií změnit na metamfetamin. Tato cesta není sice příliš složitá, ale ani tak jednoduchá. Je pravda, že potřebné chemikálie lze poměrně snadno získat a že vybavení pro „var“ se skládá z nejjednodušších pomůcek, jako je teploměr či chladnička, ale ke skutečné výrobě je třeba znalostí na úrovni alespoň chemické průmyslovky.<sup>9</sup>

Je to bílá krystalická látka. Je nabízen v tabletách, kapslích, dražé, v kapkách, v injekčních roztocích nebo jako bílý krystalický prášek. Je možné ho inhalovat (při zahřívání vydá výpary, které se vdechují), nebo „šňupat“ (krystalky se rozmělní na

<sup>7</sup> BEČKOVÁ, I., VIŠŇOVSKÝ, P., *Farmakologie drogových závislostí*, 1999, s. 83-84

<sup>8</sup> Kolektiv autorů sdružení SANANIM, *Drogy otázky a odpovědi*, 2007, s. 164

<sup>9</sup> PRESL, J., *Drogová závislost*, 1995, s. 15

jemný prach, který se šňupe podobně jako šňupací tabák), nebo aplikovat injekčně (krystalky se rozpustí ve vodě a roztok se vpichuje do žíly).<sup>10</sup>

Běžné dávky se pohybují od 50 do 250 mg. Denní dávka se pak pohybuje okolo 1 gramu. U nitrožilní aplikace účinek nastupuje ihned, u šňupání za 5-10 minut, při užití peros (spolknutí) do jedné hodiny. Hlavní příznaky intoxikace zmizí za 8-10 hodin. Z těla se vylučuje močí z velké části nezměněn po řadu dní (v moči se objevuje již za 20 minut po aplikaci). Jeho detekce laboratorními metodami v moči je možná někdy i po 14 dnech.

Pervitin je psychomotorické stimulant (psychostimulant), zřetelně ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce. Užití vede k euforii, snižuje únavu, navozuje stereotypní chování a způsobuje nechutenství (anorexii). Uvolňuje v těle zásoby energie a zvyšuje výkonnost celého organismu. Urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid. Zvyšuje krevní tlak a tep, stoupá dechová frekvence. Zorničky sou rozšířené (mydriáza). Zvyšuje riziko křečí. Ustupuje pocit únavy, organismus pracuje s vypětím sil až do vyčerpání. Metamfetamin urychluje tok myšlenek, často na úkor kvality (hlavně při opakovaném užití). Také zvyšuje pozornost a soustředěnost. Zlepšuje schopnost empatie a rozhodnost. Intoxikovaný nemá potřebu spánku. Působí rovněž anxiogenně (může navodit strach a úzkost). Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s hlubokými pocity vyčerpání a celkovou skleslostí.<sup>11</sup>

Užívání představuje velkou zátěž pro kardiovaskulární systém. Při předávkování může dojít k akutnímu selhání srdce s možností úmrtí. U starších uživatelů někdy dávka pervitinu vyvolá infarkt myokardu. Jednorázově vysoká dávka nebo pravidelné užívání menších dávek, může vyvolat toxickou psychózu. Ta se obvykle projevuje vztahovačností, podezřívavostí, obavami, že je postiženému usilováno o život. Dochází ke ztrátě kontaktu s realitou. Postižený je potenciálně nebezpečný sobě a svému okolí, protože při úniku před domnělým nebezpečím se může snadno poranit, nebo v úmyslu bránit se někomu napadnout. Stav je zvláště ve své těžší formě indikací k hospitalizaci na psychiatrii, a to i nedobrovolně. Tyto psychotické epizody obvykle po vysazení drogy spontánně odeznívají, stává se však, že u disponovaných osob mohou přetrvávat.

---

<sup>10</sup> BEČKOVÁ, I., VIŠŇOVSKÝ, P., *Farmakologie drogových závislostí*, 1999, s. 40

<sup>11</sup> Kolektiv autorů sdružení SANANIM, *Drogy otázky a odpovědi*, 2007, s. 165-166

Vysoce nebezpečné je užití v kombinaci s antidepresivy, ale také s jinými nelegálními drogami, např. halucinogeny. Zdravotní rizika mohou představovat také příměsi užívané na černém trhu k ředění drogy.<sup>12</sup>

### 3.2.4 LSD

Lysergamid, derivát kyseliny lysergové, je halucinogenní droga s poměrně krátkou, ale v naší kultuře již bohatou historií. Byl objeven víceméně náhodou v laboratořích firmy Sandoz v roce 1943. První intoxikaci prodělal sám objevitel, švýcarský chemik A. Hofmann, a tím všecko začalo. Experimentovalo se již na všech stranách. Po jistou dobu panoval názor, že možnost vyvolat modelovou psychózu podobnou schizofrenii může odhalit tajemství příčin tohoto onemocnění. Bylo také období, a to i u nás, kdy se lysergamid vyráběl průmyslově a experimentovalo se s jeho terapeutickým využitím. Nevypočitatelnost účinku a také proklamované riziko vzniku tzv. latentní psychózy (teorie o možné existenci jakéhosi skrytého, „nespuštěného“ psychického onemocnění, kde právě intoxikace LSD může být spouštěcím faktorem choroby, která by jinak nenastala) vedlo nakonec k zastavení výroby a ukončení experimentů na poli oficiální psychiatrie. V USA byla situace složitější. Počátkem šedesátých let zde získávala vlna experimentů své věrozvěsty a po jistou dobu byla droga společností široce tolerována. Její užívání a hnutí „dětí květin“ šedesátých let bylo markantně propojeno. Experimenty s LSD ovlivňoval hudbu i výtvarné umění. Přesto i zde celá věc neměla dlouhého trvání. Poptávky po této doze ubylo. Důležitým faktorem je to, že účinek drogy je nevypočitatelný nejen při prvním užití. I po opakovaných zkušenostech může nastat stav zcela překvapivý a to značně nepříjemný. Kromě toho zde dochází k situacím označovaným jako „flash back“ čili ke stavům, kdy po déletrvajícím abstinenci od drogy náhle dochází k subjektivnímu prožitku další intoxikace, bez toho, že by se droga opět vzala. Tento poněkud záhadný prožitek je vysvětlován tím, že nepatrná množství drog, nezjistitelná laboratorně jsou uschována ve tkáních po velmi dlouhou dobu. U halucinogenů se hovoří i o celém roce. Za určité, především zátěžové situace, se pak tato droga může uvolnit do oběhu a působit tak na vysoce citlivé receptory CNS. To vše zjevně vedlo k tomu, že obliba LSD jako drogy trvale užívané není příliš vysoká.

Při intoxikaci dochází ke stavům hlubokého narušení normální psychiky, k výrazným poruchám vnímání, ale i emotivity a myšlení. Plná dávka bývá silným

---

<sup>12</sup> Kolektiv autorů sdružení SANANIM, *Drogy otázky a odpovědi*, 2007, s. 167-168



zážitkem, zcela srovnatelným s intoxikacemi po jiných přírodních halucinogenech. Prožitek může být různé kvality. Dochází k prožitkům odosobnění, k izolaci od okolí a ponoření se do vnitřního prožitkového světa. Mění se vnímání prostoru, času, barev i zvuku. Zvyšuje se fantazie. Předměty se mění ve zvířata či osoby, stávají se přátelskými či nepřátelskými vůči intoxikované osobě. Prostor se bortí, zmenšuje či zvětšuje. Barvy lze vnímat nejen zrakem, ale i sluchem apod. někdy je vnímán stav hlubokého ponoru do vlastní osobnosti, návrat k dětství či prožitkům embryonálních fází života a porodu, jindy může být naopak hluboce prožíváno spění a porozumění složitostem přírodního dění, jde o vnímané splynutí s přírodou a vesmírem. Účinek plné dávky LSD trvá různě dlouho, obecně ale v průměru 8 hodin. Nejsou ale vzácné případy i 24hodinových intoxikací. Právě tyto nesporně obohacující prožitky vedly k pokusům o terapeutické využití LSD v psychiatrii. Šlo vlastně o kontrolované vyvolání psychotického stavu s možností jej díky neuroleptikům opět přerušit. Zde ale nastal střet se základním rizikem halucinogenních látek (nevyzpytatelností jejich efektu). Stejná dávka může totiž u stejného jedince vyvolat efekt zcela opačný. Prožitek se může změnit ve strašlivou noční můru plnou přízraků a vedoucí k návalům masivní úzkosti. Protože náhled reality je v těchto chvílích silně omezen či ztracen, mohou tyto prožitky vést k obraným reakcím (úteku či útoku). Při nichž může dojít k sebepoškození či úmrtí nebo k agresivnímu chování vůči okolí.<sup>13</sup>

### **3.2.5 Extáze (MDMA)**

Historie extáze je ve srovnání s jinými drogami relativně krátká. Byla patentována v roce 1912 firmou Merck jako anorektikum (lék na hubnutí). Svým účinkem se řadí mezi stimulantia a halucinogeny, někdy bývá označována jako empatogen. Jejím typickým efektem je totiž empatie, tj. vcítění se do pocitů druhé osoby, její uživatelé zažívají pocit sounáležitosti, pochopení a přátelství.

V průběhu 90. Let se masově rozšířila na drogové scéně v Evropě i v USA. Nejvýrazněji pronikla na tzv. klubovou scénu, kde je v současné době její užívání považováno za běžné. Extáze je dostupná takřka v každém tanečním klubu či na open-air akci, zejména mezi příznivci elektronické hudby (techno, trance, jungle atd.). Uživatelé během intoxikace většinou řadu hodin intenzivně tančí, přičemž stav fyzického vyčerpání, který je překryt příjemnými psychickými stavy, může vést až k závažnému poškození organismu.

---

<sup>13</sup> PRESL, J., *Drogová závislost*, 1995, s. 39-41

Extáze se zpravidla prodává ve formě tablet nebo kapslí. Na drogovém trhu bývají poměrně často jako extáze distribuovány tablety, které MDMA nemusejí obsahovat a jejich složení lze jen těžko odhadnout. Mohou obsahovat mnoho jiných látek, od paracetamolu přes efedrin, pervitin až po hodně nebezpečné PMA (parametoxamfetamin), a řadu dalších látek v různých i potencionálně nebezpečných kombinacích.

MDMA má v nižších dávkách výše popsany empatogenní účinek, ve vyšších dávkách bývá efekt převážně stimulační. Mechanismus účinku spočívá v ovlivnění určitých skupin neuronů, resp. jejich spojení, tzv. synapsí. Účinek nastupuje přibližně 30-60 minut po požití (u PMA nejméně za hodinu, což je častý důvod k předávkování, uživatel má pocit, že si koupil nekvalitní drogu, a užije další tabletu) a odezní za 4 až 6 hodin. Z fyzických příznaků se někdy na začátku objevuje fáze neklidu a mírné zmatenosti, následuje fáze klidu a pohody, mizí stres, dochází k projasnění nálady. Při užití o samotě je uživatel obvykle schopen zvýšeného intelektuálního výkonu. Při užití v páru nastupují pocity empatie, lásky, zvyšuje se komunikativnost a potřeba dotýkat se druhého. Extáze ale nefunguje jako afrodiziakum. Tělesný účinek je podobný drogám se stimulačním efektem. Stoupá krevní tlak a pulz. Tělo se připravuje na zvýšenou zátěž (vzestup svalového napětí atd.), dochází k rozšíření zornic. Doprovodným efektem bývá nechutenství, nepříjemné pocení a napětí žvýkacích svalů.

Vzhledem k tomu, že je extáze droga se spíše mírným účinkem, může sice dojít k rozvoji závislosti (podobné jako na jiných stimulačních drogách), ale bývá to méně obvyklé. Stejně jako u ostatních drog se stimulačním účinkem se jedná o závislost psychickou, fyzická složka závislosti nebývá přítomna.

V případě extáze jsou mimořádně nebezpečné kombinace s jinými drogami či léky (zejména antidepresiva). Předávkování extází samotnou nebývá smrtelné, a to ani po extrémně vysokých dávkách. Pokud je však užita v kombinaci s určitými látkami, může dojít ke smrtelné intoxikaci již po užití běžných dávek. Potencionálně nebezpečné je ovlivnění vegetativního nervového systému. Snadno může dojít k přehřátí organismu, hlavně při tanci, kdy člověk produkuje značné množství tepla. Výsledkem může být poškození vnitřních orgánů, které může být i smrtelné. Důležitý je dostatečný příjem tekutin, zvláště pokud je droga užita v klubu a intoxikovaný intenzivně tančí.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Kolektiv autorů sdružení SANANIM, *Drogy otázky a odpovědi*, 2007, s. 161-164

### 3.2.6 Marihuana

Na drogové scéně se vyskytuje velmi dlouho, její užívání bylo relativně časté již v době před listopadem 1989. V devadesátých letech se její užívání akcelerovalo, zkušenost s ní mají odhadem desítky procent dospívajících a mladých dospělých. V minulosti se distribuovala spíše v rámci malých společenství, která se dělila o své výpěstky, a nejednalo se tedy o klasický obchod s drogami. Tato situace se v poslední době změnila, obchoduje se jak s marihuanou, tak s hašišem. Tento způsob distribuce je poměrně riskantní, protože prodávající může kromě marihuany nabízet i jiné psychotropní látky. S určitou rezervou platí, že samopěstitelé jsou méně ohroženi nabídkou jiných drog. Stále diskutovanou otázkou je, zda je marihuana vstupní branou k užívání jiných drog. Z dostupných studií a výzkumů zabývajících se drogovou problematikou se zdá, že tomu tak není, hlavní iniciační drogou je rozhodně alkohol. Iniciační efekt marihuany se většinou odehrává v rovině sociální (distributor marihuany může nabídnout uživateli „něco silnějšího“).

Při požití se první příznaky dostaví asi za 30 minut, protože vstřebávání je pomalé. Efekt pomalu stoupá a vrcholu dosahuje po 1-5 hodinách, odeznívá po dalších několika hodinách, stává se, že ještě po 24 hodin po požití si intoxikovaný může stěžovat na poruchy vyvolané intoxikací. Intoxikace konopnými látkami požitými ústy má závažnější průběh, větší pravděpodobnost předávkování (netrpělivý uživatel se „přikrmuje“, protože efekt nastupuje pomalu), celý průběh intoxikace bývá vnímán jako nepříjemně protahovaný. První příznaky intoxikace nastupující bývají někdy nepříjemné (sevřenost a úzkost). Dochází k porušení kontaktu s realitou. Mění se vnímání času, dostavuje se zostření smyslových vjemů, někdy poruchy krátkodobé paměti. Nastupují pocity blaženosti a euforie, typický je bezdůvodný, neutišitelný smích. Při intoxikaci cannabinoidy se mohou vyskytovat halucinace. Může dojít i k prohloubení pocitů z první fáze, celkový ráz intoxikace bývá úzkostný, časté jsou obsedantní myšlenky (opakovaně vtírající myšlenky – obyčejně nepříjemné, nedají se „zaplašit“). Celá intoxikace pak může vyústit ve stav přetrvávající úzkosti. Ta někdy vede k atypickému chování (mohou se vyskytnout panické ataky s agresivním chováním). Z fyzických příznaků je typická zvýšená chuť k jídlu (zejména na sladké) a sucho v ústech, intoxikace bývá provázena zarudnutím očí. Při odeznění účinku se dostavuje často zmatenost, únava a otupělost. Příznaky mohou přetrvávat ještě druhý den po probuzení, kompletně odeznívají do 24 hodin. Dlouhodobé užívání konopných drog vede k typickým změnám. „Huliči“ (slangové označení dlouhodobých uživatelů konopí) jsou

pomalí, hloubavě se zabývají detaily a trpí poruchami krátkodobé paměti. Afrodiziakální účinky, které jsou cannabinoidům často připisovány, jsou mýtem. U mužů dochází ke zvýšení chuti, ale schopnost erekce se nezvyšuje, spíše naopak, u žen pak dochází ke zvýšenému apetitu, schopnost jej ukojit však bývá menší. Pro úplnost je třeba dodat, že kvalita sexuálního zážitku je naprosto jiná.

U marihuany nelze hovořit o fyzické závislosti a abstinčních příznacích v klasickém slova smyslu. Psychická závislost u dlouhodobých kuřáků bývá spojená s životním stylem, způsobem relaxace a trávením času. Abstinence může vyvolat určitou rozladěnost a změna životního stylu s ní spojená se neobejde bez úsilí.

Obecně rozšířený názor, že užívání konopných drog je bezpečné, není zcela pravdivý. Vážnější komplikace ve smyslu například toxické psychózy jsou spíše vzácné. Jejich průběh bývá mírný, ale protahovaný, časté jsou dlouhodobé obtíže a ztráta kontaktu s realitou. Kouření marihuany není vhodné ve chvílích, kdy se člověk necítí psychicky zcela v pořádku nebo mu nevyhovuje aktuální prostředí, ve kterém se nachází. Marihuana může negativní pocity prohloubit. Dlouhodobé užívání pak vede k typickým poruchám paměti a ztrátě motivace k běžným aktivitám. U mužů dlouhodobé kouření konopných drog zhoršuje potenci. Pokud se týká somatických poškození organismu, kouření marihuany s sebou nese podobná rizika jako kouření cigaret, ale obsah škodlivin je až pětinasobně vyšší. Stejně jako u jiných drog platí, že je nevhodné marihuanu kombinovat s jinými psychotropními látkami včetně alkoholu.<sup>15</sup>

### 3.2.7 Opium

Základním přírodním zdrojem i rezervoárem opia a jeho derivátů je mák setý. U nás rostoucí varianty máku neobsahují žádné potencionálně nebezpečné alkaloidy. Po odpadnutí okvětních lístků se na vrcholku makové rostlinky o výšce 1-1,5 metru vytvoří známá zelená tobolka, která obsahuje velké množství makových semínek. Jestliže se tato tobolka podélně nařeže, začne s jejich zvláštních trubicových útvarů ve stěně (mléčnic) pomalu vytékat lepkavá šedobílá šťáva – opium. Opium v průběhu dozrávání mění svou barvu i konzistenci. Vytékající šťáva, zprvu bílá, rychle houstne a hnědne. Ztuhlá hmota se druhého dne zrána seškrabuje nožem nebo zvláštní škrabkou a shromažďuje se na makovém listu nebo v malé plechové nádobce. Z jedné tobolky se průměrně získá 0,02 g opia. Sebraná, dosud vlhká a lepkavá hmota se dosuší na vzduchu ve stínu, uhněte do koulí, zabalí do makových listů a prosype sušenými

<sup>15</sup> Kolektiv autorů sdružení SANANIM, *Drogy otázky a odpovědi*, 2007, s. 154-157

šťovíkovými plody. Balí se rovněž do jemných hliníkových fólií převázaných provázkem nebo pevnými výhonky rostlin. Takovéto jednotlivé kusy opia mají obvykle kulatý nebo oválný tvar, popřípadě tvar cihly o hmotnosti asi 1-1,5 kg. Tento surový materiál nepřichází do obchodu, ale zpracovává se v továrnách, kde se mele, homogenizuje a upravuje na určitý obsah morfinu.

Existuje několik obchodních druhů surového opia. *Turecké opium* přichází v současné době ve formě hranolů, hmotnosti asi 2 kg, žlutohnědých, posypaných hrubě práškovými listy. Obsah morfinu je kolem 13 %. *Indické opium* se vyskytuje v krychlových nebo hranolovitých kusech hmotnosti 1 až 10 kg, zabalených do pergamenového papíru nebo plastické hmoty. Je tmavohnědé až černé, homogenní, různé konzistence a vlhkosti. Obsahuje 9-12 % morfinu. *Jugoslávské opium* se homogenizuje a zpracovává do bochníků, někdy obalených řezanými makovými listy, zvolna se suší na lískách z drátěného pletiva, které v konečném produktu zanechává na spodní straně otisk. Jednotlivé kusy jsou asi 2 cm tlusté, 7 cm široké a asi 20 cm dlouhé. Obsah morfinu je vysoký, 16-17 %.

**Galí** je lokální indická verze opia. Je to drobná zelenohnědá až tmavohnědá poloelastická kulička méně čistého opia o průměru asi 5 mm, vkládá se pod jazyk a zapíjí se čajem. Opium typu **chandu** (čisté opium) je polotekutá bělavá hmota s charakteristickým zápachem po zatuchlém máku. Má nízký obsah rušivých příměsí. Získává se opakovaným převažováním, filtrací a zahušťováním vhodného roztoku opia. **Dross** je označení pro popel čistého opia vykouřeného v dýmce. Dross je světle šedohnědý, jemně granulovaný a připomíná běžný tabákový popel z dýmky. Obsah farmakologicky zajímavých alkaloidů je nízký, čemuž odpovídá i cena drogy, výhodná v Orientu pro nejnižší sociální vrstvy.

Opium se nejčastěji kouří v dlouhých dřevěných, hliněných i skleněných dýmkách, aby bylo dosaženo chladného dýmu. Méně často se se surové opium přimíchává k tabáku do cigaret.

Opium obsahuje několik desítek alkaloidů, velmi účinných organických látek obsahujících dusík a zpravidla zásaditých. Hlavními alkaloidy jsou morfin a kodein.

Akutní intoxikace opiem je vlastně intoxikace jeho nejpotentnějším alkaloidem – morfinem. Opium působí jako analgetikum, více se však používá jako látka proti průjmům a také při spazmech žlučových a močových cest.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> BEČKOVÁ, I., VIŠŇOVSKÝ, P., *Farmakologie drogových závislostí*, 1999, s. 77-80

### 3.2.8 Morfin

Morfin je jedním z hlavních alkaloidů obsažených v máku setém. Je distribuován ve formě solí rozpustných ve vodě. Je to bílý až nažloutlý prášek (podle stupně čistoty), tvořený jemnými polygonálními až jehličkovými krystalky. Morfin v tuhé formě se někdy dodává na trh v podobě drobných lisovaných bílých kostek nebo cihliček. Morfin nemá žádný specifický zápach, při degustaci má nahořklou chuť. Je dobře rozpustný ve vodě. Morfinový roztok je čirý, bez zápachu, hořké chuti. Morfinisti si nejčastěji drogu aplikují pomocí injekčních stříkaček a jehel podkožně a do svalu. Aplikace do žil je možná, ale svědčí již o těžkém stupni rozvoje drogové závislosti. Užívání morfinu ústy ve formě tablet je zřídka.

Účinky morfinu na centrální nervový systém jsou do značné míry závislé na tom, zda jde o chronického konzumenta drogy, nebo o člověka, který přichází do styku s morfinem poprvé. Při prvních expozicích nižším dávkám morfinu se objevuje pocení, bolesti hlavy, někdy nepříjemná chuť v ústech, může se vyskytnout pocit úzkosti. Akutní intoxikace vyšší dávkou morfinu u člověka nepřivyklého droze se vyznačuje zvracením, svěděním pokožky, zvýšenou živostí šlachově-okosticových reflexů. Oční zorničky se zužují na průměr špendlíkové hlavičky, při extrémně vysokých dávkách mizí fotoreakce. Nastupuje hluboké bezvědomí až kóma, a poté smrt zástavou regulačních funkcí respiračního centra.

Osoba přivyká morfinu reaguje na jeho podání a vnímá účinky drogy jinak. Jestliže má morfinista zabezpečený přísun drogy, pak se u něj projevuje i při nižších dávkách euforie. Roste sebevědomí, u některých jedinců narůstá celková sociální aktivita a subjekt upadá do stavu příjemné letargie a spokojenosti. Někdy se objevuje pocení a lehký pokles tělesné teploty.

Začátečníci a nepravidelní konzumenti morfinu začínají obvykle s dávkami v rozmezí horních hraničních hodnot dávek ještě terapeutických (asi 20 mg). Chroničtí morfinisté dokážou denně zkonzumovat dávky 3000 až 5000 mg morfinu.

Všeobecná euforie a pocity zvýšené výkonnosti jsou jevy pouze přechodné a po opakovaném zneužívání drogy mizí. Rozvine se poměrně silná psychická a fyzická závislost. U závislé osoby se postupně začnou projevovat povahové změny, a to navzdory opakovanému přísunu drogy. Objevuje se zvýšená únavnost, podráždění, egocentrismus, poruchy paměti. Dochází k rozvratu obecnému systému hodnot, ztrátě smyslu pro povinnost a k těžkému narušení interpersonálních vztahů. Mohou se objevit paranoidní stavy s reálným nebezpečím sebevraždy. Chronický konzument je bledý, má

ochablou kůži, objevuje se předčasné šedivění vlasů. Jedinec vypadá starší. Ztráta chuti k jídlu vede k značnému poklesu tělesné hmotnosti.<sup>17</sup>

### 3.2.9 Lysohlávky

Psilocybin je psychicky velmi aktivní látkou obsaženou zejména v houbách rodu lysohlávka (*Psilocybe*). Z celkem asi dvaceti druhů lysohlávek, které se na území ČR vyskytují, jsou psychoaktivní lysohlávka kopinatá (*Psilocybe semilanceata*), lysohlávka tajemná (*Psilocybe arcana*) a lysohlávka česká (*Psilocybe bohemica*). V západní Evropě roste také lysohlávka modrající (*Psilocybe cyanescens*). Účinky lysohlávek jsou lidské civilizaci pravděpodobně známé tisíce let, západní křesťanská kultura je znovuobjevila v padesátých letech 20. století. U nás se užívají asi od konce šedesátých let. Zatímco černý trh s jinými drogami má relativně ustálený charakter, nedá se totéž říci o lysohlávkách. Pokud se houby prodávají, tak většinou sušené, klobouky anebo celé plodnice. Jejich cena je velmi kolísavá a z větší části se jedná spíše o darování či výměnu, nežli prodej. Dostupnost této drogy je poměrně vysoká díky jednoduchému sběru a sušení. Kvůli výraznému kolísání obsahu aktivních látek – psilocybinu a psilocinu – v plodnicích lze obtížně odhadnout optimální dávku, což s sebou přináší velké riziko spojené s kontrolou intoxikace.<sup>18</sup>

První příznaky intoxikace se objevují po 10-45 minutách, v závislosti na způsobu aplikace. Pokud jsou houby rozžvýkány a ponechány delší dobu v ústech, intoxikace nastupuje rychleji a je silnější. Pokud jsou houby spolknuty, nástup účinku bývá pozvolnější a maximální účinek je menší. Účinné látky se lépe vstřebávají z dutiny ústní.

Začátek intoxikace je spíše nepříjemný, dostávají se pocity neklidu, jindy mírná ospalost spojená se zíváním. Mohou se vyskytnout bolesti hlavy, poruchy koordinace jako při opilosti, vzácně křeče, třes a pocení. Psychicky dochází ke změně vnímání reality, postupně se ztrácejí časoprostorové souvislosti. Osoby v okolí mají deformované tváře a údy, mění se i vnímání těla intoxikovaného. Zesiluje vnímání barev i zvuků. V lepším případě přichází euforie a pocity štěstí, v horším deprese, podrážděnost, pocit „šílenství“. Změna časového vnímání způsobuje, že příjemná intoxikace je vnímána jako krátká, naopak nepříjemná je nekonečná, intoxikovaný může

<sup>17</sup> BEČKOVÁ, I., VIŠŇOVSKÝ, P., *Farmakologie drogových závislostí*, 1999, s. 81-82

<sup>18</sup> BOROVIČKA, J. *Lysohlávky* [online], [cit. 11. Ledna 2009]

Dostupné z WWW < [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/halucinogeny/lysohlavky](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/halucinogeny/lysohlavky)>

mít pocit, že nikdy neskončí a zdravý rozum se mu již nevrátí. Často se přechodně dostavuje nevolnost a zimnice, při příjemném průběhu následují pocity celkového tělesného uvolnění. Prohloubení intoxikace přináší zrakové halucinace, výjimečný není ani psychotický stav spojený s depersonalizací a výše zmíněným porušeným vnímáním časoprostoru. Ztráta kontaktu s realitou a falešné představy mohou vést k nehodám a úrazům. Vrchol intoxikace nastupuje po 1-2 hodinách, následuje cca 2 hodiny trvající plató, za 5-6 hodin od počátku obvykle odeznívají hlavní příznaky. Zcela k normě se intoxikovaný vrací po 12 hodinách. Uvedené časové údaje závisí na požití dávce. Průběh intoxikace záleží na vnímavosti a osobnosti uživatele, ale i na vnitřních a vnějších okolnostech. Pro lysohlávky stejně jako pro jiné halucinogeny platí, že jejich efekt do značné míry „katalyzuje“ to, co se aktuálně děje. Vstupovat do intoxikace v duševní nepohodě nebo v nevhodné společnosti může způsobit nepříznivý průběh intoxikace.<sup>19</sup>

### 3.3 ZNEUŽÍVÁNÍ LÉČIV

Zneužívání léčiv rozumíme úmyslné nebo náhodné nesprávné užívání léků, které může mít za následek poškození vlastního nebo cizího zdraví. V širším slova smyslu řadíme mezi zneužívání léčiv nadměrné, nesprávné či zbytečné užívání léčiv a dále důsledky, které z těchto chyb mohou vyplynout, jako jsou nežádoucí účinky léčiv, návyk a toxikomanie apod.

Rozeznáváme několik forem zneužívání léčiv, z nichž jednu z nejvýznamnějších tvoří samoléčení. To znamená samostatnou indikaci léků nezdravotním ve snaze udělat něco prospěšného pro své zdraví. Protože samoléčení je vedle nesprávného používání předepsaných léků většinou prováděno volně prodejnými léky. V moderní době se nebezpečí samoléčení velmi často projevuje v dopingů sportovců, dále při užívání nevhodných léků řidiči motorových vozidel a ženami v době těhotenství.<sup>20</sup>

Jsou-li některé léky nevhodně použity, hrozí lidskému organismu nebezpečí nejen vlastního specifického účinku, ale také nežádoucích účinků těchto léčiv. Nežádoucí účinky léčiv se obvykle dělí do 3 skupin:

---

<sup>19</sup> Kolektiv autorů sdružení SANANIM, *Drogy otázky a odpovědi*, 2007, s. 159

<sup>20</sup> SOLICH, J., DOFKOVÁ, L., *Problémy zneužívání léčiv*, 1974, s. 4



- a) *příliš silné účinky* – toho rázu, pro který byl lék do terapie zaveden. (Např. sklon k nálezům z poklesu bílých krvinek při terapii leukémie).
- b) *známé a doslovně vedlejší účinky* – nesouvisejí se základním žádoucím působením léčiva. (Např. ospalost při aplikaci antihistaminik).
- c) *účinky nepředvídané, neočekávané* – tvoří nejzávažnější část a nejpočetnější skupinu vedlejších účinků.

Nežádoucí účinky léčiv lze také dělit podle hlavních příčin vzniku. Jsou to: reakce závislé na toxicitě (předávkování, lokální toxicita, individuální citlivost), toxicita na základě vzájemného působení dvou nebo více léčiv, reakce způsobené sekundárním farmakologickým účinkem léčiv, reakce spočívající na sugesci pacienta nebo na jeho přecitlivělosti a konečně reakce, vzniklé nedostatečnou kvalitou léčiv.

Škodlivé nežádoucí účinky ohrožují z orgánů nejčastěji játra, ledviny, kostní dřeň a trávicí trakt.

Nebezpečí z nežádoucích účinků léků může snížit pouze dokonalá znalost možných vedlejších účinků při předepisování i při podávání léků. Vzhledem k tomu, že se v terapii vyskytují stále častěji nežádoucí účinky léků, byla ustanovena při Světové zdravotnické organizaci zvláštní komise pro přijímání hlášení a vyhodnocování nežádoucích účinků léků. V České Republice vznikla komise vědecké rady Ministerstva zdravotnictví, která se zabývá především nežádoucími účinky léčiv. Komise má své sídlo ve Státním ústavu pro kontrolu léčiv v Praze. Spolupracuje nejen se zdravotnickými pracovníky v celé republice, ale také úzce se Světovou zdravotnickou organizací. V současné době je povinností všech zdravotnických pracovníků, především lékařů a lékárníků, hlásit této komisi veškeré vedlejší a nežádoucí účinky léčiv používaných v terapii.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> SOLICH, J., DOFKOVÁ, L., *Problémy zneužívání léčiv*, 1974, s. 13-14

## 4 DROGY A SPOLEČNOST

Zneužívání omamných a psychotropních látek dosáhlo na počátku třetího tisíciletí nevídaných rozměrů a to v globálním měřítku. Ve světě již neexistuje stát, který by nebyl tímto problémem zasažen. Drogy devastují nejen jednotlivce, ale i jejich rodiny a celou společnost. V souvislosti se zneužíváním drog narůstá zločinnost, dopravní a pracovní nehodovost, zhoršuje se duševní a fyzické zdraví populace a také její schopnost reprodukce a rozvoje. Drogy slouží také jako universální platidlo, za které je možno koupit v podstatě cokoli – zbraně, kasina, televizní sítě, státní úředníky atd. Drogy se staly významným činitelem ve vojenském, politickém a hospodářském dění ve světě. V některých zemích ilegální produkce, zpracování a obchod s drogami mají značný vliv na hospodářství dané země, protože tvoří velkou část jejich hrubého národního produktu. Nelegální produkce a obchod s drogami ohrožují politickou, hospodářskou a sociální stabilitu řady zemí. Na první pohled je zřejmé, že s ohledem na rozvoj naší společnosti, s ohledem na otevření státních hranic a možností neomezeného pohybu osob a zboží, nejen z hlediska evropského, ale celosvětového, není zatím v lidských silách absolutně eliminovat dovoz, vývoz, průvoz, výrobu a zneužívání omamných a psychotropních látek.

Drogy nelítostně zasáhly v plné síle své nebezpečnosti i Českou republiku. Konzumace drog rok od roku stoupá. O české drogové scéně se začíná hovořit od roku 1989, kdy došlo v oblasti drogové kriminality k velmi prudkému vývoji. Tím ovšem nelze říct, že před rokem 1989 zde drogová problematika nebyla. Pouze na tuto skutečnost nebylo upozorňováno. Současná situace v České republice v oblasti drogové kriminality je plně srovnatelná se situací v zemích, kde měla drogová scéna oproti drogové politice náskok několika desetiletí. Česká republika je v současné době nejen velmi široce zapojena do obchodu s OPL, ale i do nelegální výroby OPL a obchodů s prekurzory, do praní tzv. špinavých peněz získaných obchodem s drogami a do zneužívání OPL. Zdravotní a sociální důsledky zneužívání ilegálních drog jsou ovšem co do rozsahu (celkový počet postižených, zdravotních komplikací a úmrtí) méně katastrofální než u legálních drog (alkoholu nebo tabáku). K přímým důsledkům zneužívání však navíc přistupuje riziko šíření závažných infekčních onemocnění (AIDS, hepatitida B a C) a kriminalizace uživatelské populace v souvislosti s nezákonným trhem, což jsou fenomény, které se u alkoholu a tabáku neobjevují. Sociální akceptace zneužívání nezákonných látek je tak daleko nižší, než u legálních návykových látek.

Společnost, aniž by dosud stačila uspokojivě vyřešit alkoholovou toxikománii, stojí před konkrétní hrozbou nového nebezpečného jevu, a tím se stala tzv. nealkoholové toxikománie. Alkoholismus, jako hromadný celospolečenský problém, mohl v té době sloužit jako vážná společenská výstraha. Ač se to zdá být zdánlivě absurdní, právě výskyt alkoholové závislosti u nás sloužil mnohdy jako argument pro to, že není nutné se znepokojovat existencí drogové závislosti. Docházelo totiž k srovnání mnoha tisíce osob závislých na alkoholu s mnohem menším počtem osob závislých na drogách. To vedlo k podcenění nově se rozvíjejících forem toxikománie.

Celkový přehled o trestné činnosti spáchané pod vlivem drog ve srovnání s ostatní trestnou činností není příliš vysoký, musíme však vzít v úvahu vysokou latenci této trestné činnosti, neboť užití drogy není často na pachateli tak zjevně patrné, jako opojení alkoholem. Také prokazování drogy v biologickém materiálu je podstatně náročnější záležitostí než v případě testu na alkohol a ne vždy je prováděno. Důležitým mezníkem při hodnocení stavu kriminality v oblasti nelegální výroby, držení, obchodu a šíření omamných látek a psychotropních látek, je rok 1993 – vznik samostatné České republiky.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> *Drogy a společnost*[online], [cit. 11. Dubna 2010].  
Dostupné z WWW < <http://zavislosti.ic.cz/drogy/16-drogy>>

## 5 DROGY A KRIMINALITA

Vznik České republiky v roce 1993 znamená důležitý mezník při hodnocení stavu a vývoje kriminality na úseku nedovolené výroby, držení a obchodu s omamnými a psychotropními látkami a šíření toxikomanie. Tato důležitá změna je základním kritériem při zkoumání stavu a vývoje této kriminality a jejich pachatelů. Sledován je stav a vývoj při páčání trestných činů nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů, dalším trestným činem, který ukazuje vývoj v této oblasti, zejména mezi mladou generací, je trestný čin šíření toxikomanie.

U drogové trestné činnosti se podílejí na páčání zejména, osoby bez pracovního poměru a u mladistvých pachatelů převládají osoby připravující se na budoucí zaměstnání. Pachatelé této trestné činnosti pocházejí převážně z dělnického výchovného prostředí. V případě vzdělání pachatelů drogové kriminality, zde převládají osoby se základním vzděláním a vyučené. Na druhém místě jsou pachatelé pouze se základním vzděláním bez další kvalifikace.<sup>23</sup>

Obětí drogové kriminality může být teoreticky kdokoliv. Jde o oběti, které jsou touto trestnou činností zasaženy přímo, ale oběťmi drogové kriminality jsou i ti, kteří jsou postiženi nepřímo. Cílovou skupinou potencionálních obětí je především mládež a mladí lidé, kteří jsou ochotni experimentovat s drogou, kterou jim dealeři nabízejí v počátcích zdarma nebo velmi lacino. Nepřímými oběťmi jsou pak ti, kteří byli poškozeni majetkovou újmou, nebo i násilným trestným činem v kombinaci s majetkovou újmou při útoku toxikomana, který si touto cestou obstarává prostředky na nákup drogy.<sup>24</sup>

### 5.1 DĚLENÍ DROGOVÉ KRIMINALITY

Drogovou kriminalitu podle typických způsobů páčání lze rozdělit do tří hlavních skupin:

a) *kriminalita spojená s výrobou, držením a distribucí drog* – tato trestná činnost se převážně děje v české a slovenské komunitě, početně je do ní napojeno nejvíce lidí. Mezi jednotlivými aktéry existuje určitá hierarchie, která je dodržována. Na pomyslném žebříčku jsou nejvýše výrobci drog, kteří se rekrutují ze středních a vyšších vrstev

---

<sup>23</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 107 - 111

<sup>24</sup> STRAUS, J., VIKTORYOVÁ, J., PALAREC, J., STACH, J., *Metodika vyšetřování drogové kriminality*, 2006, s. 16

společnosti, mají obvykle střední vzdělání, patří sem i nedostudovaní vysokoškoláci. Obvykle nejsou na drogách závislí. Do druhé skupiny patří dealeři, kde už je počet závislých mnohem vyšší, jejich kvalita a spolehlivost naopak nižší.

b) *kriminalita spojená s dovozem, vývozem a průvozem drog* – v této oblasti již sehrává významnou roli organizovaný zločin. Na území České a Slovenské republiky to jsou zejména balkánské gangy, převážně ze zemí bývalé Jugoslávie. Naprosto nutná je mezinárodní spolupráce. Za dílčí úspěchy je možno považovat postupné sledování zásilky a konečná realizace v cílové zemi s tím, že policie likviduje celou síť spolupracovníků a pomocníků. Kromě pašování motorovými vozidly, prostřednictvím pošty se zejména ze zemí Latinské Ameriky používá kurýrů, kteří drogy převáží letecky ve svých útrokách.

c) *kriminalita páchaná pod vlivem drog nebo páchaná za účelem získání finančních prostředků k nákupu drog* – i v tomto případě působí většina tuzemských pachatelů, u kterých je charakteristický nízký věk a útoky ve skupině. Protože jsou pachatelé pod zvýšeným tlakem nedostatku drogy, vykazuje jejich chování určitou specifiku, jako např. chaos, zbytečný hluk, bezdůvodné ničení majetku a v okamžiku zadržení také poměrně velká agresivita.<sup>25</sup>

## 5.2 PACHATELÉ DROGOVÉ KRIMINALITY

Charakteristické rysy pachatelů drogové kriminality je třeba rozdělit do dvou základních skupin

a) *pachatelé závislí na drogách (toxikomani)* – osobnost pachatele-toxikomana je spojena s otázkou, zda existuje strukturální uspořádání, specifické pro to, co by bylo možné definovat jako „toxikomanská struktura“. Na současné úrovni poznání není snadné rozlišit, zda určité osobnostní rysy vznikly jako následek konzumace drog, nebo zda v určité míře tyto rysy již existovaly a konzumace drog je jen zvýraznila navenek. Převážná většina pachatelů drogové kriminality má české nebo slovenské státní občanství, zbytek tvoří skupiny občanů bývalé Jugoslávie, Albánie, a ze zemí původu drogy. Převládají pachatelé se základním vzděláním nebo vyučením, zbytek dosáhl středoškolského vzdělání, výjimečně vysokoškolské. Převažují osoby svobodné s větší či menší kriminální zkušeností, 30 % jsou recidivisté. V první polovině devadesátých let

---

<sup>25</sup> STRAUS, J., VIKTORYOVÁ, J., PALAREC, J., STACH, J., *Metodika vyšetřování drogové kriminality*, 2006, s. 14 - 15

20. stol. bylo nejpočetnější věkové pásmo od 24 – 40 let, po roce 1995 se věkové pásmo snižuje do pásma 20 -30 let. Snižující se věkové pásmo je varující a vyžaduje přijímat urychleně preventivní opatření, neboť nejvíce ohroženou skupinou je mládež. Převládají muži, podíl žen je 7 - 8 %. Pachatelé toxikomani se rekrutují ze širokého sociálního spektra, proto nelze výrazněji vymezit pouze určitou sociální skupinu, případně skupiny.

b) *pachatelé výrobci a distributoři (dealeři)* - jinými rysy se vyznačují výrobci drog. Výrobci se rekrutují z řad středoškolsky vzdělaných osob, které mají odborné znalosti, někdy i na vysoké úrovni o výrobě drog. Tyto vědomosti získávají studiem odborné literatury, ale i vlastní experimentální činností při výrobě určité drogy. Výrobci drog zpravidla sami drogu nekonsumují, protože jí vyrábějí pro zisk. Dealer zabývající se koupí a prodejem drog bývá sám často konzumentem a je především závislý na dodavatelích drog, od nichž odebírá množství drog, na které sám nemá prostředky, neboť není schopen si drogu obstarat. Zpravidla jsou článkem v organizaci, která zajišťuje distribuci drog ke konečnému spotřebiteli. Tito dealeři jsou zpravidla nejsnadněji odhalitelní, neboť se musí pohybovat ve známých prostředích konsumentů drog, jak na veřejně přístupných místech, tak v interiérech veřejně přístupných provozoven (hospody, bary, veřejné záchodky apod.). Nájemní kurýři, kteří jsou najímání pro přepravu zpravidla většího množství drog, využívají nejrůznější způsoby jejich úkrytu, až po jejich pašování v zažívacím traktu vlastního těla.<sup>26</sup>

### 5.3 TYPICKÉ STOPY

Při vyšetřování drogové kriminality je možné se setkat s celou řadou kriminalistických stop, z nichž některé jsou typické právě pro drogovou kriminalitu. Výskyt stop je determinován samotným způsobem páchaní té které trestné činnosti v souvislosti s drogovou kriminalitou (např. při výrobě, u překupníka, dealera, toxikomana, na místech, kde dochází ke zneužívání drog).

*Chemické stopy* – mohou to být například zajištěné drogy. Ty se většinou vyskytují v práškové formě, může však jít i o tablety či sušené části rostlin, různé chemické sloučeniny, jakož i o injekční stříkačky, laboratorní zařízení. Stopy drog na šatstvu osob nebo na laboratorním vybavení, které přišlo s drogou do kontaktu.

---

<sup>26</sup> STRAUS, J., VIKTORYOVÁ, J., PALAREC, J., STACH, J., *Metodika vyšetřování drogové kriminality*, 2006, s. 15 -16

*Biologické stopy* – mezi tento druh stop patří krev, sliny, moč, tkáně a vlasy člověka, jakož i různé části rostlin. Mohou se nacházet na tampónech, obvazech, injekčních stříkačkách, které přišli do styku s osobou.

*Daktyloskopické stopy* – tyto mohou být nalezeny při prohlídce místa činu souvisejícího s nedovolenou výrobou omamných nebo psychotropních látek nebo jejich držním.

*Trasologické stopy* – tyto mohou být nalezeny na místech pravděpodobného pohybu pachatele po místnosti nebo pohybu motorového vozidla souvisejícího s drogovou trestnou činností, anebo i na polích při pěstování například marihuany.

*Věcné stopy* – u podezřelých osob můžeme zajistit různé dýmky, hašišové anebo marihuanové cigarety, různé obaly k přenášení drogy, papírové nebo staniolové „skládačky“ k uskladnění dávek drogy, trubičky ke šňupání, injekce, různé tablety, opálené lžičky na „vaření“ heroinu, škrtidla ke stažení žil apod.<sup>27</sup>

## **5.4 TRESTNÉ ČINY SPOJENÉ S DROGOVOU PROBLEMATIKOU**

- § 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy
  - § 284 Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu
  - § 285 Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku
  - § 286 Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu
    - § 287 Šíření toxikomanie
    - § 205 Krádež
    - § 173 Loupež
    - § 185 Znásilnění
    - § 146 Ublížení na zdraví
    - § 274 Ohrožení pod vlivem návykové látky<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> STRAUS, J., VIKTOROVÁ, J., PALAREC, J., STACH, J., *Metodika vyšetřování drogové kriminality*, 2006, s. 17

<sup>28</sup> *Trestní zákoník*[online], [cit. 12. Dubna 2010].

Dostupné z WWW < <http://zakonyzdarma.blogspot.com/2010/01/novy-trestni-zakonik.html>>

## 6 ZÁKLADNÍ POZNATKY O DOPINGU

### 6.1 DOPING, PROSTŘEDKY, METODY, CÍLE

Doping má již dlouhou historii, ne sice tak bohatou jako užívání drog nebo pití alkoholu, přesto však první zprávy o jeho používání pocházejí již ze starověku. Má totiž s užíváním drog některé společné rysy jak co do používaných látek, tak i důvodů jejich požití. I když se nám při slově doping vybaví bezprostředně spojení „doping-sport“ jde při dopingu v podstatě o používání chemických látek pro zlepšení tělesné případně duševní kondice.

Vedle sportu zasahuje doping tedy i některých zaměstnání, např. do takových, která jsou spojena s nebezpečím selhání před veřejností (řídící či političtí pracovníci) nebo povolání kde nepravidelný spánkový režim klade u pracovníka vysoké nároky na jeho fyzickou kondici, pozornost a soustředění (např. řidiči dálkové přepravy). Největší rozšíření doznal však ve sportu, kde se však neomezuje jen na sportovce ale i na zvířata, je známo, že dopingové prostředky byly aplikovány závodním koním.

V novodobé historii bylo poprvé zaznamenáno požití dopingových prostředků již v roce 1886 při cyklistických závodech Paříž – Bordeaux, kdy zemřel jeden závodník následkem předávkování. Za necelých sto let se historie opakovala, když v roce 1967 zemřel během cyklistického závodu Tour de France anglický závodník Simpson, který požil větší dávku amfetaminu.

Doping ve sportu je spojován především s prostředky napomáhajícími „výrobě svalů“, přesto škála prostředků zneužívaných ve sportu je velmi široká. Od nedávné doby se stal sport předmětem národní prestiže, protože je součástí velmi rozvinutého mezinárodního soutěžení. To je sice na jedné straně velmi pozitivní jev, ale na druhé straně otevřelo toto úsilí dveře právě používání nelegálních prostředků s cílem dosahovat vrcholových výkonů. Zvyšuje se i tlak na sportovce ze strany některých nezodpovědných trenérů a sportovních organizací, aby použitím dopingových prostředků překonávali sportovní rekordy. Na druhé straně i někteří sportovci, zejména když v důsledku pokročilejšího věku poklesne sportovní výkonnost, sáhnou sami po dopingu. Nechtějí ztratit svou slávu, pocit seberealizace ani materiální výhody, které jim vrcholový sport přináší. A tak se uchylují k používání zakázaných podpůrných (dopingových) prostředků.

Doping má však vždy závažné zdravotní následky – jako trvalé poruchy zdraví, někdy i s následkem smrti. Je zde však i etická stránka celého problému. Slušný, čestný



člověk se nemůže opravdu radovat z vítězství, které získal za každou cenu, za cenu použití zakázaných látek. Takové jednání je i v příkrém rozporu s cíly sportu a sportovního soutěžení.<sup>29</sup>

## 6.2 DOPINGOVÉ LÁTKY

Většina látek používaných v dopingu působí na centrální nervovou soustavu, což ovlivňuje různé funkce organismu, např. zvýší tělesnou sílu, zastře pocit únavy, otupí pocit bolesti. Dlouhodobé užívání těchto látek však zpravidla končí celkovým vyčerpáním organismu, případně zhroucením některých jeho funkcí.

Dopingové látky, jejichž seznam je velmi početný, lze rozdělit do několika skupin podle jejich působení na lidský organismus:

- a) *stimulační látky* – mají povzbuzující účinek na centrální nervový systém, avšak zužují cévy, vyvolávají zvýšení krevního tlaku. Zvyšují pozornost, omezují únavu, zvyšují soustředivost, ale též agresivitu. Jejich užívání vede k závislosti. K nejnámějším z těchto látek patří amfetaminy.
- b) *narkotická analgetika* – utišují bolesti, avšak jejich užívání je spojeno s rizikem fyzické nebo i psychické závislosti. K nejnámějším patří morfin a kodein.
- c) *anabolika a jiné prostředky s anabolickým účinkem* – tato kategorie chemických látek je rozdělena do šesti skupin, z nichž bývají v dopingu nejčastěji zneužívány látky skupiny 1 - anabolicko-anrogenní steroidy příbuzné mužskému pohlavnímu hormonu testosteronu. Anabolické steroidy bývají nejčastěji zneužívány u takových sportů, kde je zájem zvětšit svalovou hmotu, sílu a výkonnost sportovce (např. vzpěrači, vrhači koule a další). Zároveň však používání těchto látek povzbuzuje i agresivitu. Velmi nebezpečné je jejich používání u mládeže, protože vede často k zastavení růstu jedince, opoždění jeho vývoje, působí vážné poruchy činnosti jater a poškozování mozkových cév. Dále to jsou látky ze skupiny 4 – erythropoetiny, např. růstový hormon EPO, který zvyšuje produkci červených krvinek, roznášejících kyslík v organismu. To přispívá k výkonnosti svalů, avšak užívání tohoto hormonu vede též ke zvýšení krevního tlaku a často končí infarktem.
- d) *beta-blokátory* – jde o látky, které snižují sílu a frekvenci srdečních kontrakcí. Beta-blokátory jsou běžně součástí léků pro pacienty trpící např. vysokým krevním tlakem, srdeční arytmií apod. Ve sportu bývají nejčastěji zneužívány tam, kde se

---

<sup>29</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 143-144

vyžaduje malá tělesná aktivita, ale kde je kladen důraz na přesnost, např. střelecké disciplíny.

e) *diuretika*- to jsou látky, které působí zvýšené vylučování moči z organismu. Jsou rovněž součástí celé řady léků používaných např. u pacientů, kteří trpí stálými otoky končetin v důsledku zadržování vody v organismu. Sportovci jich však zneužívají především ve snaze dosáhnout rychlého snížení tělesné váhy ve sportech, kde je to předepsáno, nebo v takových případech, kdy použili jiné zakázané prostředky dopingu a snaží se touto cestou rychle snížit koncentraci těchto látek v moči před antidopingovou kontrolou.<sup>30</sup>

### 6.3 METODY DOPINGU

a) *krevní doping* – jedná se v podstatě o transfuzi krve. Zatímco tato je obvyklá při úrazech po velké ztrátě krve nebo po operacích apod., ve sportu sleduje krevní doping jiné cíle. Sportovec si nechá zpravidla odebrat krev, pak pokračuje v tréninku. To znamená, že trénuje před zápasem ve stavu, kdy má nedostatek krve a bezprostředně před závodem si nechá transfúzí krev vrátit do organismu, eventuelně s dalšími krevními produkty, což zvýší jeho schopnosti (používá se např. při vytrvalostních disciplínách jako je běh na lyžích, cyklistika, plavání). K hlavním zdravotním rizikům patří možnost alergické reakce.

b) *používání chemických látek* – jde o zakázané látky uvedené podrobně v seznamech látek, které jsou připojeny k právním dokumentům, upravujících dopingovou problematiku.

Pokud jde o aplikaci látek, dostávají se do organismu nejčastěji požitím, tedy cestou zažívacího traktu, nebo injekcí do žíly či do svalu.<sup>31</sup>

### 6.4 PRÁVNÍ ÚPRAVA DOPINGOVÉ PROBLEMATIKY

I když se dopingem jako negativní skutečností zabýval již Mezinárodní olympijský výbor v roce 1938 a později po druhé světové válce vyhlásil, že používání dopingových prostředků je neslučitelné s myšlenkou sportovního zápolení a že ten kdo

---

<sup>30</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 144-145

<sup>31</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 145

takové prostředky používá, nesmí se zúčastnit amatérských závodů ani olympijských her, tato rezoluce se nerespektovala. Bylo tomu tak zejména proto, že v té době neexistovaly zkoušky, které by prokázaly přítomnost metaboliků dopingových látek v krvi či moči a neexistovala tudíž žádná kontrola.

Teprve od šedesátých let dvacátého století lze hovořit o kontrole dopingů, kterou umožnilo vypracování a zavedení postupů kontroly metaboliků dopingových prostředků v biologických tekutinách.

Právní úprava dopingů v České republice se odvíjí od mezinárodních dohod, jejichž počátky spadají do šedesátých let našeho století. První takovýto dokument přijala Rada Evropy v roce 1967. Bezprostředním podnětem k jeho přijetí byla dopingová aféra v roce 1966 na mistrovství světa silniční cyklistiky a dále pak úmrtí cyklisty na Tour de France v roce 1967.

V tomto dokumentu byla podána definice dopingů, popsány zdravotní i etické problémy dopingů a doporučeno vládám členských zemí, aby přijaly účinná antidopingová opatření. Řada evropských zemí na toto doporučení reagovala a to zejména prostřednictvím národních sportovních organizací.

Rada Evropy tímto činem podnítila též mezinárodní sportovní federace včetně Mezinárodního olympijského výboru k tomu, aby věnovaly dopingové problematice pozornost. A tak v roce 1988 byla v kanadské Ottavě přijata Mezinárodní olympijská charta proti dopingům ve sportu, která obsahuje vedle základních ustanovení též pravidla antidopingové kontroly, disciplinární opatření a tresty, požadavky na laboratorní zkoušky a seznamy zakázaných dopingových prostředků.

Z potřeby větší koordinovanosti boje proti dopingům v regionu Evropy byla v roce 1988 pak přijata též Antidopingová konvence Rady Evropy. Vedle obecných ustanovení týkajících se pravidel boje s dopingem, postihu za doping a seznamu zakázaných látek obsahuje však tato konvence velmi podrobně zpracovaná pravidla kontroly dopingů. Jedná se zejména o způsoby odběru vzorku biologických tekutin sportovců před soutěží, v jejím průběhu, i po závodě. Cílem těchto opakovaných tělních látek a jejich analýzy je odhalit případný výskyt zakázaných látek nebo jejich metaboliků. Jsou zde zahrnuta i pravidla pro výběr účastníků, kteří se mají podrobit zkoušce, jejich práva a povinnosti, a metody analýzy vzorků tělních tekutin včetně způsobu administrativního zpracování výsledků. Všechna tato pravidla jsou průběžně prověřována a v případě potřeby doplňována (včetně seznamu zakázaných látek) a modernizována.

V návaznosti na Mezinárodní olympijskou chartu proti dopingů ve sportu a Antidopingovou konvenci Rady Evropy přijala Česká a Slovenská Federativní Republika v roce 1991 Československou chartu proti dopingů, která pak byla v roce 1993 převzata Českou republikou. Na základě této charty byl pak vypracován celostátní antidopingový program, soustřeďující pozornost do tří oblastí:

- kontrola a postih za doping (trestem může být v ČR dočasný nebo definitivní zákaz účasti na sportovních soutěžích a akcích)
- prevence a výchova legislativních opatření, zlepšování metod dopingů
- tvorba a prosazování legislativních opatření, zlepšování metod kontroly dopingů

Hlavním koordinátorem dopingové problematiky v České republice je Antidopingový výbor ČR.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 145-146

## 7 ALKOHOL A KRIMINALITA

### 7.1 ALKOHOL JAKO DROGA

Alkohol je droga s tisíciletou tradicí, droga, která je přehlížena a podceňována. Počty závislých na alkoholu ve světě jdou do desítek milionů a jejich počet stoupá. Patří k nejstarším prostředkům, ovlivňujících lidskou duševní činnost. V historii bylo nejdříve známo víno, později u Babyloňanů a Egyptanů pivo, destilace se rozšířila teprve v 11. století.

Náš právní řád za alkoholické nápoje považuje lihoviny, destiláty, pivo a jiné nápoje, které obsahují více než 0,5 objemového procenta alkoholu.<sup>33</sup>

Alkohol je zejména na evropském a severoamerickém kontinentu legální drogou. Pití alkoholu je poměrně tolerováno, mnohá společenská jednání, recepce, bankety aj. si bez přítomnosti alkoholu neumíme ani představit. Spotřeba alkoholu v ČR stále stoupá a ČR patří např. společně s Dánskem mezi země s nejvyšší spotřebou alkoholu na obyvatele. Alkohol však zapříčiňuje různá vážná chronická onemocnění jater, ledvin, krevního oběhu, atd. má velký vliv na rozvodovost.<sup>34</sup>

Alkohol je vstřebáván sliznicí zažívacího traktu difuzí. Nápoje obsahující kysličník uhličitý nebo dráždivé látky zrychlují vstřebávání, nápoje obsahující větší množství cukru jsou vstřebávány pomaleji. Pronikání alkoholu do různých orgánů je závislé na jejich prokrvení. Nejrychleji se etylalkohol dostává do mozku, plic, jater a ledvin. Resorbce alkoholu a dosažení rovnováhy mezi krví a tkáněmi trvá průměrně 90 minut. Jedná se o resorbční fázi. Ve fázi eliminační pak nastává vylučování a chemické rozkládání. V pěti procentech je alkohol vyloučen nezměněn v moči, potu a dechu.

Je nutno rozeznávat působení alkoholu jako psychoaktivní látky při jednorázovém podání – při akutní intoxikaci různé intenzity a po dlouhodobém požívání, kdy dochází k intoxikaci chronické s poruchami různých orgánů, především mozku a tím poruchám chování a intelektu.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 157

<sup>34</sup> SVATOŠ, R., *Základy kriminologie a prevence kriminality*, 2009, s. 89

<sup>35</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 157

## 7.2 AKUTNÍ INTOXIKACE ALKOHOLEM

Při akutní intoxikaci dochází již po požití malé dávky alkoholu k snížení úzkosti, euforii, psychické relaxaci. Pro toto působení vedoucí k příjemnému psychickému uvolnění, zlepšení nálady a odstranění pocitu nejistoty byl, je a bude alkohol vyhledáván a užíván. Bohužel jsou tyto nesporně kladné účinky doprovázeny účinky negativními, které po zvyšování dávek vystupují do popředí. Dochází k přeceňování vlastních sil, ztrátě sebekontroly, oslabení vyšších etických citů, společenského taktu. Alkohol potencuje agresivní chování především u jedinců psychopatických, ale může vyprovokovat latentní agresivitu i u osob, které jí ve střízlivosti nikdy neprojevují. Mimo ovlivnění činnosti dochází i ke změnám v jiných sférách. Je narušena činnost smyslových orgánů, zejména zraku. Dochází k poruše adaptačních schopností na světlo, barvocitu, plastického vidění, bočního a prostorového vidění. Později dochází i k poruchám sluchu. Ve sféře motorické je zprvu narušena schopnost jemnější činnosti a nervově motorické koordinaci. Při větším požití alkoholu jsou motorické poruchy stále zjevnější, dochází k poruše hybnosti, vrávorání i pádu postižením center rovnováhy a mozečkové koordinační činnosti.

Podle stupně porušení psychických, senzorických a motorických funkcí se rozeznává:

- a) *podnapilost* – nejmírnější stupeň postižení uvedených funkcí. Tento stupeň nemusí být patrný okolí, mohou ho rozeznat osoby, které dotyčného dobře znají. Poruchy jsou zjistitelné podrobnějším vyšetřením, testy. Je důležité vědět, že i tento stupeň může způsobit změny chování v exponované situaci. Je již zhoršena koordinace jemnějších pohybů, dochází k prodloužení reakční doby, což může zvýšit možnost nehody u řidičů i jiných zaměstnání.
- b) *lehký stupeň opilosti* – okolí je již nápadná změna chování intoxikovaného, dochází k excitaci, zvýšení psychomotoriky, mnohomluvnosti, chvástavosti, snížení morálních zábran, potencování agresivity, uvolnění i ve sféře sexuální. Pro tyto projevy a účinky dochází v tomto stupni alkoholové intoxikace nejčastěji k poruchám chování a protispolečenským projevům a činům. Je přítomno narušení motorických funkcí, postižení jsou pohybově nejistí, rozlijí, porazí předměty, vrávorají. Jsou porušeny senzorické funkce, nejvíce zrak, později sluch.
- c) *střední stupeň opilosti* – výrazný útlum, zpomalení psychomotoriky, málo srozumitelná a blábolivá řeč, snížení pozornosti, vrávorání, pády.

d) *těžký stupeň opilosti* – tupost, ztráta orientace, zpomalená výbavnost představ, nesrozumitelná řeč, neschopnost chůze.

Další stupeň je otrava alkoholem, bezvědomí, posléze smrt.<sup>36</sup>

### 7.3 DLOUHODOBÉ, PRAVIDELNÉ POŽÍVÁNÍ ALKOHOLU

Na základě analýzy velmi početného souboru pacientů vyvodil zakladatel moderní alkoholologie E. M. Jelinek různé typy alkoholové závislosti.

*Typ alfa* může pro nedisciplinované občasně nadměrné požití alkoholu způsobit společenské problémy, nevede však k progresi.

*U typu beta* Jelinek uváděl, že velmi brzy dochází k tělesnému poškození, aniž by se vytvořila závislost.

*Anglosaský, gama typ* alkoholové závislosti, který je nejběžnější i u nás, je charakterizován čtyřmi vývojovými stádii:

**I. stadium** – se vyznačuje těmito hlavními znaky: alkohol je vyhledáván především pro svůj psychoaktivní účinek, stává se drogou. Frekvence pití a množství požívaného alkoholu postupně stoupá při stále zvyšující toleranci.

**II. stadium** – dochází k intoxikacím, jejichž frekvence se postupně zvyšuje. Osoba v tomto „varovném“ stadiu pije ve společnosti rychleji než ostatní, přechází od nápojů méně koncentrovaných k silnějším. Tolerance na alkohol stále stoupá.

**III. stadium** – je charakteristické změnou kontroly v pití (zhoršování kontroly až k její ztrátě). Po požití i malého množství alkoholu nastává snížení autoregulace dalšího požívání alkoholu. Osoba v tomto stadiu je schopna určitou dobu abstinovat, nedokáže však pít s mírou. Amnesie na období intoxikace bývají časté. Takový způsob pití přináší již problémy v různých společenských oblastech, objevují se i zdravotní komplikace. Toto stadium je „rozhodné“, pacient již není schopen ze své závislosti na alkoholu sám bez léčení vymanit.

**IV. stadium** – selhává schopnost alkohol metabolizovat pro postižení jaterního parenchymu. Toto selhávání se projevuje snižováním tolerance na alkohol. Nemocný se opije i po malém množství alkoholu. K intoxikacím dochází v kteroukoli i sebenevhodnější dobu, bývá opilý i několik dní bez vystřízlivění, pije od ranního, těžkého probuzení, upadá tělesně i psychicky. Mívá deprese, objevují se alkoholické

---

<sup>36</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 157-158

psychózy, někdy dochází k sebevraždě. Vždy je patrný defekt intelektových schopností, narušení zejména tzv. vyšších emocí, degraduje celá osobnost.

Mimo popsany typ gama uvádí Jelinek *typ delta*, tzv. románský, typický pro vinařské země jako je Itálie a Francie, u nás na jižní Moravě. Při tomto způsobu pití se udržuje určitá stálá hladina alkoholu v krvi, projevy intoxikace nebývají časté. Tento způsob požívání alkoholu poškozuje některé orgány, zejména játra, více než nárazové požívání i větších dávek alkoholu.

*Typ epsilon*, dříve označovaný jako dipsomanie, kvartální pijáctví, znamená periodické nadměrné požívání alkoholu. Nejčastěji se jedná o symptomatické pití při jiné, hlavní psychické chorobě (epilepsie, schizofrenie).

I když každá klasifikace má své nedostatky, Jelinkovo dělení a popis vývoje závislosti je považován za dostačující, dosud nepřekonaný a stále vyhovující. Přes námitky, že bylo vytvořeno na americké populaci konzumující především destiláty, ukazuje mnoholetá praxe, že platí i u nás a že popsany vývoj je možno sledovat i u většiny osob pijících pivo a víno.<sup>37</sup>

## 7.4 TRESTNÁ ČINNOST PÁCHÁNA V SOUVISLOSTI S ALKOHOLEM

Z hlediska sociálního lze negativní působení alkoholu stručně charakterizovat následovně:

- snižuje rozpoznávací a ovládací schopnosti (trestná činnost)
- potencuje negativní rysy osobnosti (agresivita, nezdrženlivost, negativismus, žárlivost)
- vede k nepřiměřené euforii a zvýšenému útlumu kritiky (rušení nočního klidu, porušování veřejného pořádku, konflikty v rodině)
- uvolňuje agresivní tendence (násilné činy i osob ve střízlivosti neagresivních)
- tlumí korektivní mechanismy chování (porušování pravidel slušného chování, nezachování společenského odstupu)
- odstraňuje společenské zábrany (exhibicionismus, znásilnění, pohlavní zneužití)

---

<sup>37</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 160-161



- tlumí autokritické postoje (proč bych například nedokázal řídit auto, když sem vypil jen...)
- nekritické hodnocení situace (podstupování nepřiměřených rizik, nedbání varovných signálů, nesmyslné sázky)
- stimuluje megalomanické tendence (vychloubání, provokování, rvačky i se silnějším soupeřem)
- mění podstatně postoje k životním hodnotám (život, zdraví, rodina, práce, mezilidské vztahy)

Chronický abúzus alkoholu vede navíc:

- k sociálně nežádoucím projevům a povahovým změnám (nesnášenlivost, lhaní, rozkrádání, krádeže, absence, nechů k práci)
- ke snížení intelektových schopností a v konečné fázi až k demenci
- k degradaci osobnosti a k degradaci společenského postavení<sup>38</sup>

Negativní působení alkoholu na chování člověka ho často dostává do situace, že právě přítomnost alkoholu v krvi je jedním ze spouštěcích mechanismů pro páchání trestné činnosti.

Trestnou činnost související s alkoholem členíme na:

- trestné činy souvisejí s nedovolenou výrobou či konzumací alkoholu (např. výroba alkoholu bez povolení, podávání alkoholu mládeži a řidičům)
- trestné činy, u nichž se výrazně projevuje vliv alkoholu na potlačování morálních a sociálních zábran

Vysoká míra přítomnosti alkoholu v krvi pachatelů je při trestných činech vražd, a to především u vražd motivovaných osobními vztahy, kde dosahuje téměř 44 %. Jedná se většinou o vraždy v afektu mezi příbuznými. Nejprve přichází konzumace alkoholu a poté dochází k hádce, která končí vraždou. U loupeží dochází k přítomnosti alkoholu pouze v 8,3 %. Tato trestná činnost je plánovaná a přítomnost alkoholu v krvi by mohla znamenat neúspěch. Vysokou míru přítomnosti alkoholu v krvi je u pachatelů, a to téměř u 27 %, kteří spáchali trestný čin úmyslného ublížení na zdraví. Při každém

---

<sup>38</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 162

druhém trestném činu rvačky je u pachatele přítomen v krvi alkohol. Téměř každý třetí trestný čin násilí a vyhrožování proti skupině obyvatel a jednotlivci a trestný čin nebezpečné vyhrožování je spáchán pod vlivem alkoholu. Alkohol zde působí na kuráž. Celkově je míra alkoholu při páchání násilných činů velmi vysoká, více jak 20 %, tedy každý pátý trestný čin je spáchán pod vlivem alkoholu.

U mravnostní kriminality dosahuje přítomnost alkoholu v krvi pachatelů v 10 %. Zejména vysoké procento alkoholu v krvi pachatele je trestného činu znásilnění. Zde hraje alkohol stejnou roli jako u některých násilných trestných činů, tedy na kuráž.

U majetkové trestné činnosti, konkrétně u krádeží vloupáním je přítomen alkohol pouze ve 2,6 %, u krádeží prostých ve 4 %. Nízká přítomnost alkoholu u krádeží vloupáním je logická, pachatel ke spáchání této trestné činnosti potřebuje určitou míru zručnosti, kterou by po požití alkoholu mohl ztratit.

U ostatní trestné činnosti je přítomnost alkoholu v krvi pachatele v 10 %. Vysoká je zejména u trestného činu výtržnictví, a to téměř 37 %. Právě po požití alkoholu jsou pachatelé náchylní budit veřejné pohoršení, neboť jim neboť jim nefunguje, z důvodu přítomnosti alkoholu v krvi, obranný systém.

U zbývajících trestné činnosti je přítomnost alkoholu velmi vysoká. Každý třetí trestný čin je spáchán pod vlivem alkoholu. Tuto míru alkoholu ovlivňuje zejména trestné činy související s dopravou, kde je míra alkoholu v krvi pachatelů téměř 50 % a samozřejmě trestný čin opilství, kde je míra alkoholu 100 %. Právě přítomnost určitého množství alkoholu v krvi je podmínkou naplnění skutkové podstaty tohoto trestného činu.

U hospodářské kriminality je míra alkoholu v krvi pachatelů zanedbatelná, pouze 0,6 %. Je to pochopitelné, tato trestná činnost je sofistikovaná a alkohol by jí ani neumožňoval.

Celkově téměř 18 % všech trestných činů v roce 2008 v ČR bylo spácháno pod vlivem alkoholu, což ukazuje, jakou významnou, v tom špatném slova smyslu, úlohu alkohol hraje.<sup>39</sup>

## **7.5 BOJ S ALKOHOLOVOU KRIMINALITOU**

Kriminalita páchána pod vlivem alkoholu je ovlivňována řadou specifických faktorů. Boj proti této kriminalitě však do značné míry splývá s celkovým bojem proti

---

<sup>39</sup> SVATOŠ, R., *Základy kriminologie a prevence kriminality*, 2009, s. 90 - 91

alkoholismu. Účinné omezování rozsahu trestné činnosti páchané pod vlivem alkoholu je možné za předpokladu výrazného snížení současné nadměrné spotřeby alkoholu. Těžiště této snahy spočívá především v prevenci, ve výchovném působení, dodržování právních norem, jejich případné novelizaci podle současných potřeb, přičemž trestní represe má jen funkci pomocnou. Vůči určité části pachatelů, kteří se opakovaně dopouštějí trestné činnosti pod vlivem návykových látek, je však nutné v zájmu ochrany společnosti více užívat ochranné léčení. Léčba může být ambulantní nebo ústavní, která probíhá ve specializovaných odděleních psychiatrických léčeben. Zneužívání alkoholu je jev podmíněně multifaktorově. Vedle genetických faktorů zde působí i celá řada společenských faktorů, a to jak v užším prostředí rodiny, vrstevníků, tak i v širším celospolečenském kontextu. Při omezování tohoto sociálně negativního jevu proto též sehrává důležitou úlohu prevence.

Pokud jde o metody prevence, existuje celá řada zkušeností z mnoha vyspělých zemí. Strategie v oblasti primární prevence spočívá především v omezování nabídky alkoholu. Zde se využívá souboru legislativních opatření s cílem dosáhnout zvýšení prodejní ceny alkoholických nápojů s vyšším obsahem alkoholu, uvažuje se i o zvýšení zákonem stanovené hranice pro prodej a podávání alkoholu. Dále se zpřísnila státní kontrola nad prodejem alkoholu (např. zavedením licence k určitému sortimentu zboží), platí i zákaz prodeje alkoholických nápojů vzhledem k určitým činnostem, profesím či místům (doprava, sportovní stadiony, školní a zdravotnická zařízení, pracoviště apod.). v neposlední řadě však je nutno systémem účinných sankcí zajistit dodržování těchto zásad.

Vzhledem k rostoucí spotřebě alkoholu po roce 2000, zejména mezi mladými lidmi, a prokázaným souvislostem mezi užíváním alkoholu, tabáku a ilegálních drog spojeným se závažnými společenskými dopady se Národní strategie protidrogové politiky ČR zabývá i legalizovanými drogami, což je i v souladu s Evropským akčním plánem o alkoholu na léta 2000-2005 a s rámcovou úmluvou o kontrole spotřeby tabáku s obdobným cílem v oblasti kouření.

Tato strategie počítá též se s neováním poptávky, k čemuž je možno využít např. omezování reklamy alkoholických nápojů, podporování kampaní s projekty orientovanými preventivně, rozvíjení zdravotní výchovy zejména pro děti a mládež, podporování činností nevládních, dobrovolných a svépomocných organizací a skupin, které vyvíjejí činnost zaměřenou ke zdravému životnímu stylu (např. Mezinárodní organizace Dobrých templářů IOGT, což je největší celosvětové společenství nestátních

organizací představující nejsilnější abstinenční hnutí, v roce 1993 byla ustavena i v ČR národní organizace IOGT). Nejslabším článkem zůstává však rodina, kde zpravidla dítě zaznamenává své první zkušenosti s alkoholem.

V oblasti sekundární a terciární prevence bude třeba zavádět diferencované formy prevence zaměřené k rizikovým skupinám (ženy, mládež apod.) i jednotlivcům.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> NOVOTNÝ, O., ZAPLETAL, J. a kol. *Kriminologie*. 3. vyd., 2008, s. 435 -437

## 8 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ ASPEKTY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Základní faktory, spolupůsobící při vzniku a rozvoji toxikomanie je možné celosvětově srovnat a shrnout do těchto bodů:

- moderní koncepce rodiny
- sociální problémy
- eroze idejí, myšlenek a směrů myšlení
- narušení morálky a náboženských tradic
- ztráta větší komunikace
- rozšíření svobod a uvolněnosti

Toto vše přímo a podstatně spolupůsobí při vzniku drogových závislostí, protože utváří podhoubí a podmínky, modeluje a favorizuje.

*Toxikomanii* je možno z lékařského hlediska charakterizovat jako „prologovanou nemorální apetenci“, manifestující se u některých jednotlivců sklonem ke zneužívání toxických látek nebo drog.

Rozlišujeme dva druhy toxikomanie:

- a) *psychopatologické* – kde existuje dispoziční terén, porucha osobnosti, a kde toxikomanie je jen vrchol těžkého poškození
- b) *sociokulturální* – jako fenomén vývoje společnosti i s odrazem různých protestních teorií a ideologií

Zneužívané látky lze rozdělit z hlediska zdravotnického do pěti skupin:

1. euforika (přinášející blaho, euforii) – např. opiáty
2. fantastika (iluze, halucinace) – např. cannabis
3. narkotika (opilost, excitace nebo zpomalení) – např. těkavé látky éter, toluen
4. sedativa (spánek) – např. barbituráty
5. excitancia (stimulující, navozující dojem snadnosti) – např. amfetaminy

Avšak je třeba vzít v úvahu, že efekt každé z těchto látek je různý u každého jednotlivce a je odvislý od kvality absorbované látky, tedy i na způsobu podání a na čase (neboť opakované podávání nemusí přinést pouze iniciální radost, ale vede pouze k ulehčení). Je velmi důležité uvědomit si, že příležitostné zneužití drogy nemusí sice

vést vždy k závislosti, ale otvírá jí dveře (každý pokus znamená risk, neadekvátní k zisku).<sup>41</sup>

## 8.1 OSOBNOST A CHOVÁNÍ TOXIKOMANA

Můžeme rozlišit dva hlavní typy osobnosti drogově závislých:

- *impulzivní* – to jsou jedinci, kteří se bez výčitek či pochybností nechávají unášet nabídkou drogy, nekontrolují se, bývají to hlavně psychopaté
- *kompulzivní* – jedinci, kteří se marně snaží vymanit a opět upadají do závislosti, bývají to nejčastěji neurotici

Ve studiích francouzských autorů se uvádí především nezralost, impulzivita, emocionální labilita, netrpělivost, malá výdrž, poruchy nálady a malá tolerance vůči frustraci. Stejně studie ukázaly, že toxikoman si nakonec vybírá drogu, která mu přináší nejsilnější uvolnění a největší útlum vnitřních konfliktů, které prožívá. Ve skutečnosti toto dělení není zdaleka tak jednoduché a prvky do sebe vzájemně přecházejí.

Platí, že příležitostný abususe drog ještě neznamená, že se jedná o toxikomana. Bývá spíše známkou úzkosti, hledání vlastní osobnosti, výzvou ke komunikaci.

Rozeznáváme dvě varianty klinicky odlišného chování, které vyžadují specifickou terapii:

- *příležitostné zneužívání* – u dospělého se víceméně toleruje, avšak u dospívajícího jedince může být projevem pubertální krize, případně signálem obtížného prožívání. Vidíme ho často u dospívajících, kteří ochutnávají drogu víceméně ze zvědavosti, tejně tak, jako první cigaretu či první sklenku alkoholu. Málokdy se takový jedinec dostane do kontaktu s lékařem, necítí potřebu si něco ověřovat, má totiž pocit, že všechno zvládne sám a že jeho žádný návyk nemůže potkat, protože má „silnou vůli“. Jestliže se u něho náhodou objeví nějaké zdravotní komplikace, obvykle je nevztahuje do souvislosti s drogou. K lékaři se dostane jedině tehdy, je-li k tomu dotlačen dospělými (rodiče, škola). Nejčastěji to jsou příznaky ještě dosti obecné, zejména zhoršení školního prospěchu, nevyrovnaná docházka, stavy úzkosti.

---

<sup>41</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 73 - 74

- *chronické zneužívání* – má svůj obraz typické toxikomanie. Projevuje se intenzivním přáním, bažením, nevladatelnou touhou po opakování intoxikace. Jedná se už o rozvinutou poruchu značné hloubky. První zkušenosti mají dnes již děti od 10 do 12 let a věk od 12 do 14 roků je pro vznik drogové závislosti vůbec nejnebezpečnější. V té době totiž dochází k fyziologické transformaci organismu a probuzení slastného prožívání jak v sexu, tak v psychice. Dospívání je totiž doba, kdy dítě prožívá přerod a tvoří se identita budoucího dospělého individua.<sup>42</sup>

## 8.2 KOMPLIKACE TOXIKOMANIE

Komplikace toxikomanie jsou nečastějším motivem, proč toxikoman vyhledá lékařskou specializovanou pomoc. Vzhledem k nevyrovnanosti a nestabilizovanosti chování a reakcí toxikomana, je vhodnější tyto intervence poskytovat na lůžku, kde je možno zajistit dohled, i tak jsou postupy léčení často nuceny do improvizace. Podstatnou roli tu právě hraje osobnost toxikomana.

### ❖ *Komplikace spojené s nitrožilní aplikací drog*

Injekční stříkačky jsou často toxikomanem získávány z odpadkového zdravotnického materiálu, je tedy nasnadě, že jsou znečištěny a mohou přinést infekci, navíc jsou aplikovány za nehygienických podmínek, kde se nerespektuje základní pravidlo čistoty. Malá infekce počínající abscesem vede až k celkové sepsi (otrava krve). Mnohé špatně rozpustné substance, které si toxikomani vstříkují, jsou dráždivé, alergizující, vyvolávají záněty a infekce, a to jak na povrchu, na kůži, tak přímo na žilním aparátu.

### ❖ *Septikemie (otrava krve)*

Může se objevit znenáhla v souvislosti s místní infekcí, často je však otrava krve v přímé souvislosti s chatrným zdravotním stavem toxikomana a s jeho nízkou imunitní obranou. Začátek je obvykle prudký, náhlý, se zimnicí a horečnatým zvýšením na 40 stupňů, často osciluje mezi poklesem a nárůstem, tachykardií, celkovým zhoršením zdravotního stavu, poruchami močení a tendencí kolapsu. Někdy tento stav doprovází i žloutenka.

---

<sup>42</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 84 - 86

❖ *Hepatitida (zánět jater)*

Injekční smýkačku používá obvykle více toxikomanů najednou, proto je možnost kontaminace a přenosu viru sérové žloutenky mnohem vyšší. Projevuje se často jako anikterická forma (bez žlutého zbarvení kůže), spíše jako chřipkové onemocnění s vysokým stupněm únavy, vyčerpání a s nechutenstvím. Ikterická forma žloutenky u toxikomana vyžaduje hospitalizaci, což bývá velmi obtížné, vzhledem k závislosti na droze, žloutenka totiž poškozují játra a je nezbytné poskytnout jim a organismu absolutní odpočinek a nezatěžovat je další drogou. Jinak je léčení vlastně nemožné. Má-li se poskytnout první pomoc účinně, je třeba zcela drogu odejmout a zajistit normální funkci jaterní tkáně. Toxikoman to převážně nedokáže, nedodrží abstinenci a tak upadá do fáze chronického dráždění, chronického zánětu jater a to vede k jaterní cirhóze.

❖ *Plicní komplikace*

Objevuje se při dlouhodobé inhalaci opia (dýmky) či při delším kouření konopí. Hluboké vdechování dráždivých součástí vede k zánětům v průduškách až do plicních sklípků, čímž se vyvíjí zvolna plicní emfyzém i porucha srdeční činnosti.

❖ *Neurologické komplikace*

Nejčastější jsou projevy blízké epileptickému záchvatu, tedy křeče. Epileptické záchvaty byly pozorovány u dlouhodobého zneužívání opiátů, zejména tam, kde již došlo v předchozím období ke komatosním stavům z předávkování. Tam, kde je přidružen k abusu drog i abusus barbiturátů a eventuelně i alkoholu, se objevuje mozečkový syndrom, charakteristický poruchou rovnováhy, poruchou řeči, narušením intelektu a poruchou paměti. Dlouhodobé intenzivní čichání rozpouštědel narušuje obdobně mozkový i míšní systém a projevy celkového „vygumování“ mohou být ještě rychlejší.

❖ *Celkový marasmus organismu*

Celkové zhubnutí díky špatné výživě se ještě zvýrazňuje chyběním základních pravidel hygieny, promiskuitou a lehkomyšlností. Projevuje se tu vitaminová karence, nedostatek vápníku a proteinů. S tím ovšem souvisí nápadně zanedbané a zkažené zuby. Odpovídající bolestivost je však dlouho maskována požíváním opiátů.

❖ *Pohlavní choroby a AIDS*

Pohlavní choroby nejsou nějak specifické především pro toxikomany, ale jsou tu pozorovány častěji, než v běžné populaci, jsou důsledkem náhodného sexuálního styku či nucené prostituce, s cílem získat prostředky na získání dalších drog. Syfilitická



infekce je tu pozorována relativně často. Dnes je však populace toxikomanů nakažena především virem HIV.

❖ *Prudká intoxikace*

Je většinou odpovědná za náhlá úmrtí na předávkování. To může nastat ovšem i díky znečištěné drogové substanci, když je například heroin výrazně doplněn barbituráty či jinou látkou. Toxikomané, ačkoli většinou mají dobré znalosti v oboru, díky své impulzivitě se vystavují dobrovolně velkému riziku, které je tím větší, čím více neznámých prodejců drog se vyskytuje na drogové scéně.<sup>43</sup>

### 8.3 LÉČEBNÁ A REHABILITAČNÍ PÉČE

Pomoci můžeme jen tomu, kdo má o pomoc zájem a spolupracuje s terapeutem. Je třeba již na začátku vytvořit jakousi vzájemnou dohodu, podle níž budeme při léčení postupovat. Naivní představa, že někoho lze odvyknout droze jen tím, že se někde izoluje a zavře, je nesmyslná a škodlivá. Takový zásah nemá šanci na úspěch. Základním kamenem spolupráce je důvěra a motivace.

Na počátku je, jak již bylo řečeno, dohoda a vnitřní srozumění toxikomana s terapeutickým postupem, která má nejen povinnosti, ale i práva. Dohodu je však nutno respektovat.

Existuje jakési drogové desatero, které by měl znát každý, kdo se rozhodne zahájit svou odvykací kúru:

- 1) Léčím se pro sebe.
- 2) Uvědomuji si skutečnost, že jsem toxikoman, tedy osoba, které požívání drog způsobuje zdravotní těžkosti, rodinné i společenské a znemožňuje žít plným životem.
- 3) Budu dodržovat v tomto směru úplnou a trvalou abstinenci, protože toxikomanie je zálučná závislost, ve které neexistuje míra. Abstinence je formou diety.
- 4) Osobně se při léčbě plně angažuji. Nikdo ze mne návyk nesejme, při léčbě na odstranění závislosti musím aktivně spolupracovat.
- 5) Netajím se léčbou, ale ani o ní nevyprávím kdekomu. Informuji o ni lidi, na nichž mi záleží.

---

<sup>43</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 87 - 90

- 6) Nevystavuji se zbytečnému riziku a pokud možno se vyhýbám situacím, ve kterých bych se znovu mohl setkat či požit drogu. Nevyhledávám starou společnost, nechodím do míst, kde se setkávají toxikomani.
- 7) Najdu si své záliby a koníčky. Abstinující člověk má více volného času, který může prožít příjemně a užitečně.
- 8) Dodržuji zdravou životosprávu a sportuji, abych si udržel dobrou kondici.
- 9) Učím se řešit přímo a zásadně své problémy. Nynější léčba a psychoterapie mne pouze učí jak je řešit, mých problémů mne však nijak nemůže bez mého aktivního přispění zbavit.
- 10) I po skončení léčby a po propuštění se budu dále léčit ambulantně a zůstanu ve styku s příslušným zdravotnickým zařízením, i v případě že mi nebude hrozit recidiva. Dokážu se však i sám obrátit o případnou pomoc, abych návratu k droze zabránil.

To jsou základní prvky, jimiž se řídí celá naše léčba a jsou i měřítkem úspěšnosti.<sup>44</sup>

Terapeutický program a léčebně výchovný režim je odstupňován do 5 fází:

- 1) primární zklidnění (anxiolytika, akupunktura)
- 2) primární terapie (pracovní zařazení)
- 3) komplexní terapie (se zaměřením na všechny složky psychiky a motoriky)
- 4) ověřovací fáze - se zátěží, vycházkami, propustkami a testovou kontrolou
- 5) fáze – převod do ambulantního sledování

Základním článkem v léčbě drogových závislostí je léčba ambulantní. Hospitalizace v psychiatrickém zařízení se v současných podmínkách ukazuje jako málo efektivní vzhledem k tomu, že toxikomané jsou umisťováni mezi ostatní psychiatrické pacienty, například neurotiky, psychotiky, a často se stává, že právě tyto toxikomanické psychopatické osobnosti různým způsobem narušují režim oddělení a nezřídka i terorizují ostatní bezbranné nemocné. Je to dáno především faktem, že se toxikomané nechtějí léčit, a je evidentní, že pouhé umístění v psychiatrickém i uzavřeném zařízení situaci neřeší, k vlastní léčbě a odvykání nepomáhá. Jestliže toxikoman (ale i alkoholik) aktivně nespolupracuje, žádné nařízení či ochranná léčba nepomůže. Základním prvkem terapie je motivace, ať již pozitivní (chci se návyku zbavit) nebo negativní (bojím se, že mě zavrou). Negativní motivaci využívají v celé řadě zemí západní Evropy jako zatím

---

<sup>44</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 98

jediný účinný prostředek pro zainteresování toxikomanů k léčbě (například ve Francii je toxikomanie jako taková trestná – u nás pouze výroba a šíření omamných drog), takže pokud se zadržený toxikoman nechce podrobit odvykací léčbě nebo jí narušuje, jde okamžitě do výkonu trestu. Strach před potrestáním je tedy určitým usnadňujícím stimulem. Druhým důležitým prvkem je opravdová prostorová izolace, kterou, psychiatrické zařízení jako léčebné nemocniční prostředí nemůže zajistit. Nelze kvůli drogově závislým proměnit nemocniční pavilón v pevnost. Je tedy zřejmé, že do každého zdravotnického zařízení se drogy infiltrují zvenčí, zvláště tehdy, jestliže pacient se odvykací terapie aktivně brání. Uzavřené oddělení plní pouze funkci formální izolace, kde mohou úspěšně abstinovat a léčit se pouze spolupracující pacienti.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 99 -100

## 9 PREVENCE KRIMINALITY A ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

### 9.1 OBECNĚ O PREVENCI

Prevence v širším slova smyslu znamená „předcházení nežádoucímu jevu a ochrana před ním“, označuje v podstatě všechny aktivity, jejichž cílem je potírání výskytu a zabraňování rozvoji negativního jevu ve společnosti.

Prevence v užším slova smyslu je chápána jako prevence jednotlivých negativních jevů (prevence kriminality, prevence závislostí apod.)

Obsahem prevence ve smyslu předcházení negativním jevům je realizace opatření, kterým chceme nežádoucímu jevu předcházet a pozitivně ovlivňovat ty, na něž je prevence zaměřena. Je-li cílem prevence negativnímu jevu předcházet, musíme jej dobře poznat, popsat, analyzovat, charakterizovat, znát jeho zákonitosti vzniku, vývoje, fungování, znát tento jev v jeho podstatě a v souvislostech, v jeho vnějších i vnitřních projevech.

Prevence ve smyslu působení na již vzniklé negativní jevy je ve společnosti v současné době častější, obvyklejší. Jde v podstatě o to, abychom tyto jevy omezili, změnili, či alespoň zmírnili jejich následky. V podstatě se reaguje již na negativní jevy, které ve společnosti propukly.<sup>46</sup>

#### 9.1.1 Dělení prevence

Prevenci obvykle dělíme podle určitého konkrétního negativního jevu, na který je zaměřena, např. na prevenci kriminality, prevenci závislostí, prevenci šikany atd. Bývají odděleny a řešeny specifickými způsoby. Avšak v životě tyto jevy spolu souvisejí, a pokud chceme dosáhnout úspěchu, musí být řešeny jednotně podle společné strategie.

#### A. Typy prevence

1. *praktický typ prevence* – není nastolena otázka předmětu jevu, není pro jeho řešení důležitá
2. *empirická prevence* – o předmětu se hovoří, ale není kategoriální vymezení předmětu, východisek, pojetí a přístupu

---

<sup>46</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 172 - 173

3. *popisová prevence* – je vymezen předmět, popsán stav a výsledek, je stanovena organizace a metodika přístupu, chybí však etiologie
4. *explanativní prevence (vysvětlující, systémová)* – obsahuje etiologii, předmět, organizaci, metodiku, která vychází ze zákonitostí vývoje
5. *systematická prevence* – k explanativní prevenci se přidá systémové řešení, včetně vytyčení strategie

## **B. Orientace prevence**

1. *specifická* – zaměřená na konkrétní jevy (kriminalitu, drogy, alkohol, prostituci, šikanu, rasismus)
2. *neppecifická* – obecně zaměřená na prevenci sociálně negativních jevů

## **C. Oblasti prevence**

1. *primární* – je zaměřena na širokou populaci. Směřuje do budoucna. Cílem je působit, tak aby nežádoucí jev vůbec nenastal.
2. *sekundární* – je zaměřena na tzv. rizikové skupiny, či jedince, u nichž je předpoklad, že se dostanou do situace, kdy jejich činnost bude klasifikována jako sociálně patologická, anebo se do této situace již dostali. Dále je prevence zaměřena na další rizikové faktory, např. sociální prostředí, ve kterém jedinec žije, na sociální vztahy.
3. *terciální* – jejím cílem je zajistit a poskytnout včasnou odbornou pomoc. Je zaměřená také na eliminaci recidivy, na minimalizaci škod, na resocializaci, postpenitenciární péči.

## **D. Dělení podle cílových skupin**

Účinnost prevence se zvýší při respektování cílových skupin, na které je zaměřena – např. působení na skupiny rozdělené podle věku (děti, mládež, dospělí), na profesní skupiny, na rizikové skupiny (studenti, učňovská mládež, zdravotnický personál, nezaměstnaní).<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 175 - 177

## 9.2 PREVENCE KRIMINALITY

Do prevence kriminality náleží veškeré aktivity směřující k předcházení páchaní trestných činů, ke snižování jejich výskytu cestou zamezení páchaní nebo neutralizaci příčin a podmínek vzniku trestných činů.

Koncepce a program prevence kriminality obsahuje:

- základní východiska realizace prevence kriminality v ČR
- cíl systému prevence kriminality
- vymezuje tři oblasti – prevenci primární, sekundární a terciální
- základní strukturální a organizační požadavky na systém prevence kriminality ve vztahu k současné společenské realitě
- hlavní úkoly v oblasti prevence kriminality

Cílem prevence kriminality je snížit rizikové faktory a posílit ochranné faktory.

Jak tohoto cíle dosáhnout:

- preventivně vychovávat již v raném dětství
- současně také s výchovným působením také vzdělávat
- umožňovat a rozvíjet iniciativu pro vhodné využívání volného času dětí a mládeže
- vytváření pracovních příležitostí, zvyšování kvalifikace<sup>48</sup>

## 9.3 PREVENCE ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Účinná prevence zneužívání návykových látek je založena na spolupráci mezi rezorty, především pak mezi zdravotní, sociální a školskou politikou s cílem vytvořit takové podmínky, které nebudou navozovat situaci vedoucí ke snadnému zneužívání (dostupnost drog, široká nabídka, nízké ceny atd.). Prevenci je třeba chápat jako nepřetržitý, dlouhodobý a náročný proces, jehož cílem je pochopit příčiny, které vedou mladé lidi ke zneužívání návykových látek, pomoci jim v překlenutí období, kdy jsou návykovou látkou nejvíce ohroženi.

Cílem primární prevence je snaha, aby u potenciálních konzumentů nedošlo k faktickému užití drog. Cílem sekundární a terciální prevence je zajistit včasnou pomoc, léčbu, zabránit recidivě a minimalizovat sociální handicap postižené osoby.

---

<sup>48</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 179

K vytvoření kvalitních preventivních programů přispívá také drogová epidemiologie, bylo proto vytvořeno Centrální pracoviště drogové epidemiologie, které zpracovává informace ze státních i nestátních pracovišť a poskytuje je všem zájemcům k dalšímu využití. Její význam spočívá především v tom, že monitoruje situaci na drogové scéně v České republice a zpracovává přehledy, které slouží k využití dalších institucí zabývajících se protidrogovou prevencí. Ukazuje trendy ve zneužívání návykových látek, způsoby aplikace, nejohroženější lokality a nejohroženější skupiny obyvatel.

Pokud bychom chtěli s jistotou říci, co je jisté a spolehlivé v oblasti prevence, těžko bychom hledali jednoduchý a naprosto spolehlivý návod. Můžeme konstatovat, že na úspěch mohou mít vliv následující zásady:

- vzájemná spolupráce institucí
- jednotné působení (masmédia, škola, rodina, instituce...)
- zahájení prevence již v útlém věku
- neoddělovat prevenci alkoholu, kouření, dalších návykových látek
- působit na cílové skupiny podle věku
- využívat působení pozitivního a aktivně zapojovat děti a mladé lidi do činnosti
- nabídnout aktivní využívání volného času, předcházet nudě
- snižování dostupnosti návykových látek<sup>49</sup>

### 9.3.1 Oblasti protidrogové prevence

#### 1) *primární prevence*

Zahrnuje veškeré působení, které si klade za cíl předcházet problému tak, aby vůbec nevznikl, je orientována obecně na celou populaci se zvýšenou pozorností na děti a mládež.

K tomu mohou pomoci výchova, vzdělání, legislativní opatření, ztížení možnosti získání drog, poskytování informací přiměřených věku dětí, mládeže, působení na rodiče a pedagogy tak, aby se nebáli s dětmi o drogách mluvit a nevyhýbali se otázkám svých dětí.

Základem primární prevence je utváření postojů a výchova v rodině.

Kromě rodiny je důležitou institucí škola. Pedagogové si uvědomují nebezpečí zneužívání drog. Mnozí z nich se již setkali se žáky, kteří zneužívali drogy, a pomáhali

---

<sup>49</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 180 -181

jim řešit jejich problém. Vědí, že jsou mnohdy jedinými lidmi, na které se žák s důvěrou obrací. Mohou pomoci snížit rizika vedoucí ke zneužívání drog. Existuje řada možností a prostředků. Důležitá je celková atmosféra školy a vztah učitelů k žákům. Jasná pravidla vymezena v řádu školy a jejich dodržování. Osobní přístup k žákovi a individuální pomoc při řešení problému žáka, získat si jeho důvěru. Zajištění nedostupnosti šíření alkoholu, cigaret a drog ve škole. Výchova ke zdravému sebevědomí a sebedůvěru. Spolupráce s rodinou, pokud rodina projeví zájem. Ve škole mohou pedagogové využít jednak preventivních učebních materiálů, videokazet nebo pracovat s tzv. peer aktivisty (vrstevníky, kteří jsou speciálně vyškoleni a pomáhají pozitivně působit na své kamarády).

S prevencí úzce souvisejí aktivity dětí v zájmových a sportovních kroužcích. V rámci prevence pomůže i pestrá nabídka školy nebo nestátních organizací na využití volného času dětí a mládeže.

## 2) *sekundární prevence*

Její úloha nastupuje v té chvíli, kdy se již člověk dostal do kontaktu s drogou, ať ji vyzkoušel, či ji zneužívá tzv. rekreačně. V této chvíli je důležité včasné zjištění tohoto problému a široká nabídka pomoci. Pomoc poskytují ambulantní centra, poradny, kontaktní centra, linky důvěry, psychologové specializovaní na problematiku závislostí a další. Často bývá problém zpočátku podchytit zneužívání drog u dětí a mladých lidí. Rodiče se často o problému drogy u dítěte dozvědí po několika měsících, kdy již pozorují změny v chování, časté odchody z domu, únavu u dítěte a postupně i lhostejnost k různým aktivitám, změnu přátel, popřípadě změny v oblékání a zdobení se (náušnice, prsteny, náramky, náhrdelníky...).

Pro včasnou intervenci je důležitá práce tzv. streetworkerů (sociálních asistentů), kteří navštěvují místa, kde scházejí lidé užívající drogy, pokouší se navázat s nimi kontakt poskytnout jim pomoc nebo radu.

## 3) *terciální prevence*

Její úlohou je poskytnutí péče o závislé. K tomu by měla sloužit široká alternativní nabídka, v níž by si mohli lidé vybírat tu, která jim nejlépe vyhovuje a pomáhá.

Poradny, detoxikační centra, psychiatrické léčebny, terapeutické komunity, terénní programy.



Lidem, kteří se úspěšně podrobili léčbě a rozhodli se abstinovat, je nabízena pomoc v rámci resocializace. Spočívá např. v nabídce pracovního zařazení, v pomoci při začlenění se zpět do rodiny, v nabídce dalších kontaktů s terapeuty, v činnosti svépomocných organizací.

Na skupinu toxikomanů, která odmítá léčbu a nenavštívila by žádné zařízení, je zaměřena práce streetworkerů. Vyhledávají tyto jednotlivce či skupiny v terénu, nabízejí jim výměnu jehel a stříkaček, vitamíny, kondomy, poskytují jim informace apod.

Všichni ti, kteří působí v oblasti protidrogové prevence, ať již učitelé, rodiče, vychovatelé, vrstevníci (peer aktivisté), policisté, sociální pracovníci, zdravotníci, novináři, protidrogoví koordinátoři, veřejní činitelé a další jsou nazýváni *intermediátoři*.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> ŠTABLOVÁ, R. a kolektiv, *Drogy, kriminalita a prevence*, 1997, s. 181 - 183

## 10 PROTIDROGOVÁ POLITIKA V ČR

Protidrogová politika je v České republice uskutečňována na národní, krajské a místní úrovni. Působnost správních úřadů a orgánů územních samosprávných celků při tvorbě a uskutečňování programů ochrany před škodami působenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek upravuje z. č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Protidrogovou politiku na národní úrovni koordinuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Rada projednává a předkládá vládě základní dokumenty protidrogové politiky:

- národní strategii protidrogové politiky
- akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky a další návrhy a informace

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky vznikla na základě usnesení vlády č. 643 ze dne 19. června 2002; zároveň bylo v sekretariátu RVKPP zřízeno Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které je součástí mezinárodní sítě monitorovacích středisek Reitox.<sup>51</sup>

Jednání Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky se konají zpravidla 4krát ročně podle plánu práce, který rada schvaluje na svém prvním jednání v kalendářním roce. Jednání rady i jejích výborů a pracovních skupin jsou neveřejná.

Schválená usnesení z jednání Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, včetně výsledků hlasování, jsou zveřejňovány. Záznamy z jednání výborů a pracovních skupin se nezveřejňují.<sup>52</sup>

Členové Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky jsou:

### **Předseda:**

- Ing. Jan Fischer, CSc. - předseda vlády České republiky

---

<sup>51</sup> Vláda ČR, *Protidrogová politika*[online], [cit. 11. Dubna 2010].

Dostupné z WWW < <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/protidrogova-politika/protidrogova-politika-397/>>.

<sup>52</sup> Vláda ČR, *Jednání rady*[online], [cit. 11. Dubna 2010].

Dostupné z WWW < <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/protidrogova-politika/jednani/jednani-rady-vlady-pro-koordinaci-protidrogove-politiky-15151/>>.

### **Místopředsedové:**

- Michael Kocáb - ministr pro lidská práva
- doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. - národní protidrogový koordinátor, ředitel sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky

### **Členové:**

- PhDr. Miroslava Kopicová - ministryně školství, mládeže a tělovýchovy
- JUDr. Petr Šimerka - místopředseda vlády, ministr obrany
- MUDr. Pavel Bém - primátor hl. m. Prahy
- Mgr. Sylva Majtnerová – asociace nestátních organizací
- Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA – ministryně zdravotnictví
- Ing. Eduard Janota – ministr financí
- JUDr. Daniela Kovářová – ministryně spravedlnosti
- Ing. Martin Pecina, MBA – ministr vnitra
- prim. MUDr. Jiří Dvořáček - ředitel Psychiatrické léčebny Červený dvůr<sup>53</sup>

Koordinace protidrogové politiky je úsilí iniciovat a podporovat širokou spolupráci a optimalizovat využití a výstupy existujících zdrojů (informačních, finančních, institucionálních, lidských) a přispívat k vytváření a zavádění účinných opatření. Realizace a koordinace české protidrogové politiky probíhá na dvou vzájemně nezastupitelných, prolínajících se a doplňujících se úrovních, na centrální úrovni a na krajské (místní) úrovni, přičemž se využívá nástrojů horizontální a vertikální koordinace.

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, upravuje organizaci a provádění protidrogové politiky v hlavě V.

Působnost státních orgánů při realizaci protidrogové politiky upravuje § 21 z. č. 379/2005 Sb. Působnost územních samosprávných celků při organizaci a provádění protidrogové politiky je upravena v § 22 - stanoví činnosti, které v samostatné

---

<sup>53</sup>Vláda ČR, *Členové rady*[online], [cit. 11. Dubna 2010].

Dostupné z WWW < <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/rada/default.htm>>.

působnosti provádí kraje a obce. § 23 zákona č. 379/2005 Sb. upravuje postavení a působnost krajského a místního protidrogového koordinátora.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Vláda ČR, *Koordinace protidrogové politiky*[online], [cit. 11. Dubna 2010]. Dostupné z WWW <<http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/protidrogova-politika/koordinace/koordinace-protidrogove-politiky-15359/>>.

## ZÁVĚR

V mé bakalářské práci jsem se především snažil poukázat na problémy spojené s užíváním návykových látek. Seznámit Vás s nejčastěji užívanými drogami a ukázat, jak je každá z nich nebezpečná pro lidský organismus. Dále se zdravotními a sociálními aspekty užívání návykových látek. Chování toxikomanů vůči společnosti. Poukázat na aktuálnost tématu, zapříčiněnou zvyšováním počtu toxikomanů a snižováním jejich věku někdy až pod hranici 15 let, dále s rostoucí drogovou a alkoholovou kriminalitou, která se zvyšuje v důsledku větší poptávce po drogách a tím, že většina drogově závislých si obstarávají peníze na svojí „dávku“ krádežemi, loupežemi a jinými protizákonnými prostředky. Seznámit s možnostmi předcházení této kriminality pomocí prevence.

Já osobně vidím problém ve snadném přístupu získání návykové látky, v tom, že mladiství nemají žádné zájmy a koníčky a hledají způsoby zkrácení volného času, v trendu dnešní společnosti, kdy každý kouká jen sám na sebe a na to jak dosáhnout svých cílů „ať to stojí, co to stojí“. Mnohdy za to může i špatná výchova v rodině, kdy dítě nebylo správně vychováváno, nebo dostatečně oceňováno. Další faktorem je určitě i špatná volba kamarádů, mladý člověk je velmi snadno ovlivnitelný a nechá se lehce strhnout. A v neposlední řadě i legislativa našeho státu není podle mě dostatečně uspokojivá.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BEČKOVÁ, I., VIŠŇOVSKÝ, P. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum, 1999, ISBN 80-7184-864-6
2. HEJDA, J., *Kriminologické, trestně právní a kriminalistické aspekty drogového problému v ČR a jeho řešení*. Jindřichův Hradec: RAIN, 2000. 147 s. ISBN 80-245-0080-9
3. Kolektiv autorů sdružení SANANIM, *Drogy otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2000. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2
4. PRESL, J., *Drogová závislost*. Praha: MAXDORF, 1995. 87 s. ISBN 80-85800-25-X
5. NOVOTNÝ, O., ZAPLETAL, J. a kol. *Kriminologie*. 3. vyd., Praha: ASPI, 2008. 528 s. ISBN 978-80-7357-377-5
6. SOLICH, J., DOFKOVÁ, L., *Problémy zneužívání léčiv*. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1974. 48 s.
7. STRAUS, J., VIKTORYOVÁ, J., PALAREC, J., STACH, J., *Metodika vyšetřování drogové kriminality*. Praha: Policejní akademie ČR, 2006. 47 s. ISBN 80-7251-219-6
8. SVATOŠ, R., *Základy kriminologie a prevence kriminality*. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, o. p. s., 2009. 118 s. ISBN 978-80-86708-81-2
9. ŠTABLOVÁ, R., *Drogy, kriminalita a prevence*. Praha: Policejní akademie České republiky, 1997. 214 s. ISBN 80-85981-64-5

## ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. BOROVIČKA, J. *Lysohlávky* [online], [cit. 11. Ledna 2009].  
Dostupné z WWW: < [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/halucinogeny/lysohlavky](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/halucinogeny/lysohlavky)>
2. *Drogy a společnost*[online], [cit. 11. Dubna 2010].  
Dostupné z WWW < <http://zavislosti.ic.cz/drogy/16-drogy>>
3. *Trestní zákoník*[online], [cit. 12. Dubna 2010].  
Dostupné z WWW < <http://zakonyzdarma.blogspot.com/2010/01/novy-trestni-zakonik.html>>
4. Vláda ČR, *Členové rady*[online], [cit. 11. Dubna 2010].  
Dostupné z WWW < <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/rada/default.htm>>.
5. Vláda ČR, *Jednání rady*[online], [cit. 11. Dubna 2010].  
Dostupné z WWW < <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/protidrogova-politika/jednani/jednani-rady-vlady-pro-koordinaci-protidrogove-politiky-15151/>>.
6. Vláda ČR, *Koordinace protidrogové politiky*[online], [cit. 11. Dubna 2010].  
Dostupné z WWW < <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/protidrogova-politika/koordinace/koordinace-protidrogove-politiky-15359/>>.
7. Vláda ČR, *Protidrogová politika*[online], [cit. 11. Dubna 2010].  
Dostupné z WWW < <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/protidrogova-politika/protidrogova-politika-397/>>.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- I. Obrázek heroinu a potřebného materiálu k jeho užití
- II. Obrázek kokainu
- III. Obrázek pervitinu
- IV. Obrázek LSD
- V. Obrázek extáze
- VI. Obrázek lysohlávky
- VII. Obrázek marihuany a její pěstírny
- VIII. Obrázek opia

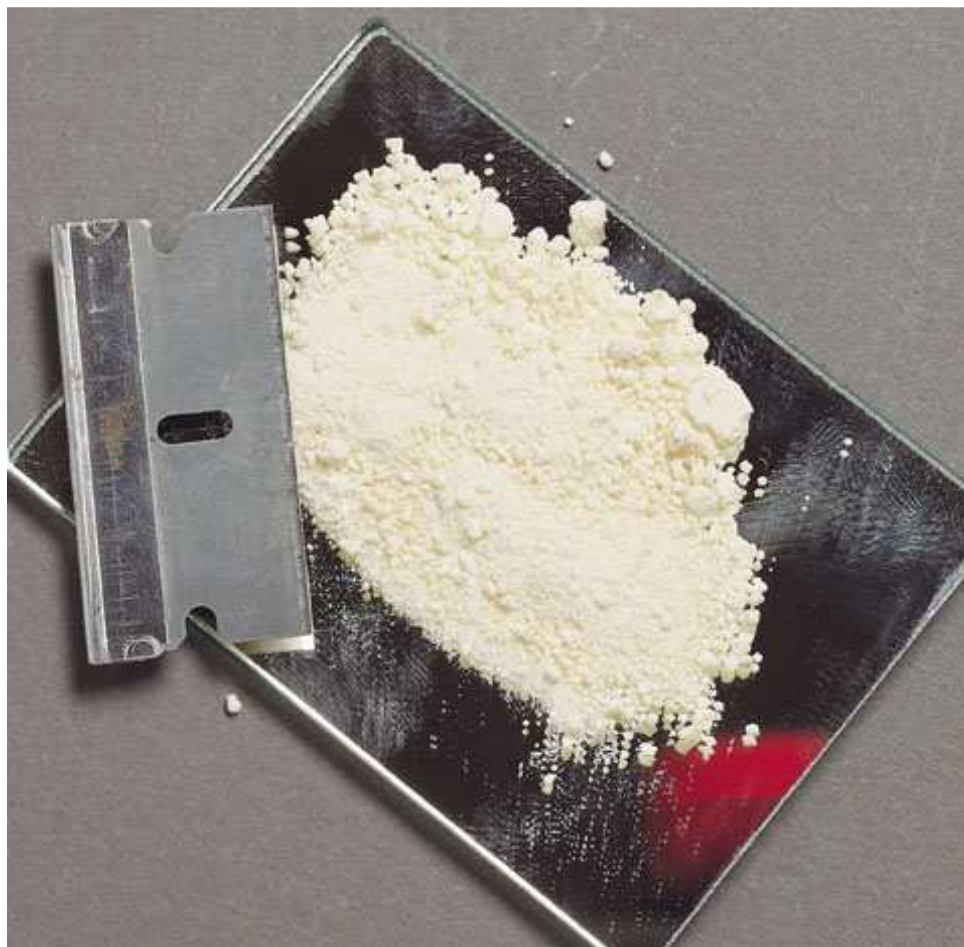




## Příloha II.

Obr. č 3 – Kokain – Dostupné na WWW:

<[http://nd01.blog.cz/079/539/f0d9b33e31\\_33193501\\_o2.jpg](http://nd01.blog.cz/079/539/f0d9b33e31_33193501_o2.jpg)>



### Příloha III.

Obr. č. 4 – Pervitin – Dostupné na WWW:

<[http://i3.cn.cz/1128599166\\_200510060260\\_DDD\\_1.jpg](http://i3.cn.cz/1128599166_200510060260_DDD_1.jpg)>



### Příloha IV.

Obr. č. 5 – LSD – Dostupné na WWW:

<<http://www.virginmedia.com/images/lsd430x300.jpg>>



## Příloha V.

Obr. č. 6 – Extáze – Dostupné na WWW:

<<http://www.colourplanet.cz/userfiles/image/Janis%20novy/12498548.jpg>>



## Příloha VI.

Obr. č. 7 – Lysohlávka – Dostupné na WWW:

<<http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/e/e7/Psilocybe.bohemica.gkoller.jpg/258px-Psilocybe.bohemica.gkoller.jpg>>



## Příloha VII.

Obr. č. 8 – Marihuana – Dostupné na WWW:

<<http://i53.photobucket.com/albums/g49/zaynova22/purplehaze1.jpg>>



Obr. č. 9 – Pěstírna marihuany – Dostupné na WWW:

<[http://media.photobucket.com/image/marihuana/crossmelvin\\_2009/Marihuana\\_legal.jpg](http://media.photobucket.com/image/marihuana/crossmelvin_2009/Marihuana_legal.jpg)>



## Příloha VIII.

Obr. č. 10 – Opium – Dostupné na WWW:

<<http://listverse.files.wordpress.com/2007/09/opium-tm.jpg>>



## **ABSTRAKT**

PALCÚT, M., *Návykové látky a kriminalita*: bakalářská práce.

České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, o. p. s., 2010. 72 s.

Vedoucí bakalářské práce JUDr. Roman Svatoš, Ph.D.

**Klíčová slova:** návykové látky, drogy, kriminalita, alkohol, toxikoman

Práce pojednává o jednotlivých druzích návykových látek, jako jsou drogy, alkohol, dopingové látky a léčiva a jejich rozdělení. Řeší problematiku s tím spojenou. Trestnou činnost páchanou ve spojitosti s alkoholem a drogami. Dále jak tyto látky působí na lidský organismus, a to jak zdravotně, tak sociálně. Postoje společnosti k drogově závislým osobám. Ukazuje závažnost problému ve spojitosti s mladistvými. Poukazuje na možnosti jak těmto problémům předcházet pomocí prevence.

## **ABSTRACT**

PALCÚT, M., *Addictive drug and criminality*: České Budějovice:

The college of European and regional studies, o. p. s., 2010. 72 p.

Supervisor: JUDr. Roman Svatoš, Ph.D.

**Key words:** addictive drug, drugs, criminality, addict

Paper discusses the various types of addictive substances such as drugs, alcohol, drugs and doping substances and their distribution. Solves the problems associated with it. Crime associated with alcohol and drugs. On how these substances act on the human body, both disabled and socially. Attitudes of the drug dependent persons. Shows the seriousness of the problem in connection with juveniles. Points to ways to prevent these problems through prevention.