

**INSTITUT DĚTÍ A MLÁDEŽE**  
**Ministerstva školství,**  
**mládeže a tělovýchovy**



**“DROGOVÁ ZÁVISLOST MLADISTVÝCH”**

**STUDIE SE ZÁVĚRY EMPIRICKÉHO ŠTŘENÍ**

**PRAHA, ZÁŘÍ 1993**

## **Obsah**

### **Úvod**

#### **1. Teoretická část**

- 1.1.1. Historie zneužívání drog
- 1.1.2. Drogová závislost a přehled
- 1.1.3. Vývoj drogové závislosti v ČR
- 1.2.1. Základní pojmy
- 1.2.2. Hlavní typy drogové závislosti
- 1.2.3. Diagnostika drogové závislosti
- 1.2.4. Léčba drogové závislosti
- 1.3.1. Nové typy drog v ČR a abúzus drog u mládeže v okolních zemích
- 1.4.1. Názory na legalizaci drog v ČR – MUDr. Karel Hampl
- 1.4.2. Právní úprava drogové problematiky – JUDr. F. Šístek

#### **2. Praktická část – výzkumná sonda**

- 2.1.1. Téma, objekt a metody výzkumu
- 2.1.2. Charakteristika souboru
- 2.1.3. Hypotézy
- 2.2.1. Výsledky sondy a jejich interpretace
- 2.2.2. Shrnutí
- 2.3.1. Návrhy na prevenci drogové závislosti
- 2.4.1. Závěr
- 2.5. Přílohy, dotazník, grafy

#### **3. Návrhy a doporučení**

- 3.1. Doporučení pro výzkum v této oblasti
- 3.2. Návrh prevence
- 3.3. Návrh informací k zařazení do výuky na jednotlivých stupních škol

## Úvod

Drogová závislost, zejména u mladistvých, je jedním ze závažných sociálně patologických jevů, který v současné době nabývá na intenzitě. Děje se tak v souvislosti se změnou společenských podmínek, se kterou souvisí i „otevření se světu“. Naše území se stává novým trhem pro obchodníky s drogami. Snižuje se věková hranice uživatelů drog v souvislosti s nabízením „zboží“ i školním dětem.

Značná dostupnost drog ohrožuje zejména mládež. Do České republiky se dostávají nové a velmi nebezpečné drogy. Na nebezpečí způsobené invazí drog k nám nejsme ještě dobře připraveni.

Aktuální se stává potřeba „zmapovat“ situaci v abúzu drog u mládeže v České republice a to ve všech věkových kategoriích, které přicházejí v úvahu a ve všech sociálních sférách. Zároveň je třeba vypracovat a začít uplatňovat intenzivní prevenci v této oblasti.

Naše práce, ve které výzkumná sonda byla zaměřena na nejvíce ohroženou věkovou kategorii mládeže (14 až 18 let) ze středních škol a učilišť, je malým výsekem toho, co bude třeba na tomto poli udělat. Provedená sonda přinesla důležité poznatky v oblasti užívání drog a informace o rozsahu znalostí mládeže, týkající se zejména škodlivosti drog (následky na zdraví abúzem drog). Věříme, že další výzkumná šetření, která budou na tuto práci navazovat (se zaměřením na jiné věkové kategorie a sociální skupiny), poskytnou cenné informace pro zmapování situace a řešení tohoto problému.

V teoretické části naší práce podáváme přehled drogové problematiky – drogových závislostí – od historie do současnosti s využitím literatury uvádíme i názory odborníků na aktuální problém – legalizaci drog.

V praktické části předkládáme výsledky provedené výzkumné sondy a návrhy na prevenci drogové závislosti u mládeže.

V grafické příloze přikládáme pro celkovou ilustraci drogové závislosti širší populace i grafy střediska pro drogové závislosti DROP IN, jehož klientela je v různých věkových kategoriích a grafy zobrazují sociální a demografické charakteristiky klientů.

# 1. Teoretická část

## 1.1.1. Historie zneužívání drog

Lidstvo zneužívá rozličné drogy od pradávna. Jedná se zejména o působení různých rostlin, jejichž požívání bylo rozšířeno zvláště se vznikem různých náboženství. Silné drogy s halucinogenními účinky byly používány při náboženských obřadech. Například u indiánských kmenů šlo zejména o hojně rozšířenou rostlinu kaktus *peyotl* (vědci z něho později izolovali meskalin) nebo houbu *teonácatl* (boží maso), která obsahuje psilocybin. V obou případech jde o látky vyvolávající přechodné psychotické poruchy podobné schizofrenii. Rozšířené bylo i žvýkání listů z keře koka.

Těchto látek využívali zvláště čarodějníci, kteří jimi u nemocného navozovali příjemné pocity nebo stavy otupělosti. Lidé proto věřili v přípravu látek přinášejících zapomnění, způsobujících nesmrtelnost, vracejících mládí nebo umožňujících získat lásku. Věřilo se, že některé nápoje způsobují ztrátu paměti, jiné zbavují člověka vlastní vůle a podrobují ho vůli druhého (tyto účinky skutečně mají některé drogy halucinogenního typu – LSD, meskalin, THC aj.). Jako nápoje lásky sloužila různá afrodiziaka, mající za následek časté otravy. Jednalo se zejména o tzv. španělské mušky (i v současné době jako afrodiziakum propagované) silně poškozující zejména nervovou soustavu. Na rozdíl od toho při římských obřadech a nezávazných slavnostech zase jako hlavní droga působil alkohol. Pod jeho vlivem zachvacovala účastníky extáze a nevázané veselí.

V magii se s projevy drog setkáváme již v nejstarších bájích a pověstech. Šlo zejména o čarodějnické masti, které obsahovaly hlavně výtažky z lilkovitých rostlin. Masti obsahovaly také afrodiziaka a hypnotika. Mezi černou magii patří sabat. Šlo o shromáždění, při němž pod vlivem silných halucinogenních drog docházelo k těžkým zvrhlostem především v oblasti sexuální. Za účast na sabatu byly v pozdější době ve středověku udělovány přísné tresty.

Látky používané v černé magii (mandragora, blín, durman) obsahují především atropin a skopolamin. Tyto látky vyvolávají delikózní stavy, stavy těžké úzkosti spojené s agresí. Kombinací s afrodiziaky se dosahovalo především erotické náplně halucinatorních prožitků. Jindy byly tyto látky používány k navození duševní poruchy. Věřilo se, že některé látky

mohou přivodit trvalé šílenství a trvalé zhrounutí. Američtí indiáni znali delirogenní látky, o nichž věřili, že mají trvalý účinek.

Jednou z nejstarších známých drog jsou produkty indického konopí (známé víc než pět tisíciletí). Slouží k vyvolávání exaktických stavů. Snad nejznámější drogou vůbec je *marihuana*. V současné době se zvyšuje její výskyt u nás – abúzus i soukromé pěstování. Je nebezpečná zejména proto, že vzbuzuje návyk a pozdější přechod na tvrdší drogy, zejména heroin. Dalším produktem konopí je *hašiš*. Vyvolává těžké agrese, při nichž může dojít až k vraždě. Je zneužíván zvláště některými náboženskými sektami.

Jinou rostlinou, známou v drogové historii je *mák*. Mák obsahuje především opium (zaschlá šťáva z nezralých makovic). V orientě se opium především kouří. V lidové medicíně se odvar z makovic používal při nespavosti dětí a měl často závažné následky (trvalé zhrounutí). Požívači opia do něj přidávají ještě další přísady. Dosahují výraznějšího účinku (hašiš, blín, afrodisiaka). Ze surového opia se vyrábí opiová tinktura, která byla v minulém století velmi oblíbená. Je zneužívána dodnes. V psychiatrii se používala při léčbě depresivních stavů. Často se kombinovala s anýzem a kafrem.

Mnohem později došlo ke vzniku morfinismu. Opium obsahuje celou řadu alkaloidů, které se podařilo izolovat. Na počátku 19. století byl jedním z nich *morfin*. Odstraňoval nesnesitelné bolesti. Byl však návykový a silně jedovatý. Perorální užívání způsobovalo zvracení. Proto se zneužívání rozšířilo až po objevení injekční stříkačky a morfin začal být užíván intravenózně.

Po morfinu byl objeven *heroin* (v r. 1898 zaveden do praxe jako náhrada morfinu a kodeinu). Brzy se prokázala vysoká jedovatost i návykovost a od r. 1925 podléhal opiovému zákonu. Zneužívání heroinu bylo rozšířeno hlavně po 1. sv. válce, zejména v USA. Pašování heroinu se stalo výnosným obchodem. Šlo hlavně o trasu z blízkého východu přes Francii a Mexiko do USA.

V r. 1881 byl objeven kodein a byl zaveden do terapie zejména různých forem kašle. Brzy však byla zjištěna jeho vysoká návykovost (u nás popsán kodeinismus i nebezpečí návyku prof. Vondráčkem, r. 1941). Alkaloidů opia byla brzy objevena celá řada. Většina z nich podléhá zákonu o opiátech.

Novou kapitolu v historii drog začala psát moderní chemie. Ta přinesla řadu látek způsobujících nebezpečný návyk. Byly to zejména léky na úpravu spánku. Chloralhydrát (používaný s oblibou psychiatrii), Verona, Bromisoval. Z léků proti úzkosti znamenal značné používání *Meprobramat*. Z nebarbiturátových hypnotik byl v minulém období značně používán *talidomit* do doby, než se zjistily jeho zruďné účinky na plod těhotných žen.

Později objevená neuroleptika nezaznamenala závažný návyk. Avšak mnohá z nich, hlavně *chlorpromazin*, mohou vyvolat značné změny psychiky i u zdravých lidí. Pro léčbu hypertenze byl používán lék *Rezerpin*, působící často změny nálad, povahy a způsobující deprese. Častý je návyk na léky tišící bolest- *analgetika*.

Atropin a skopolamin, účinné léky získané extrakcí z různých rostlin, jsou používány v očním lékařství a v psychiatrii. Tyto látky (dle dávky) mají sedativní i delirogenní účinky. Často byly v upravených dávkách zneužívány při policejních výsleších jako „droga pravdy“.

Pozornost Evropanů přilákala již v roce 1531 zázračná rostlina *koka*. Španělé, kteří dobývali říši Inků si všimli, že domorodci snášejí velké tělesné vypětí a hladovění žvýkáním jakéhosi listí. v r. 1860 byl tak objeven účinný alkaloid – kokain. V lékařství byl použit jako anestetikum. Psychotické účinky po užití kokainu popsalo několik psychiatrů. Často se kokainem nahrazovala závislost na morfinu. Používání kokainu se dělo injekční formou, nebo šňupáním prášku. Zavedení syntetické výroby kokainu vedlo k jeho zvýšenému zneužívání a vytvoření gangů, které zabezpečovaly distribuci a pašování. V současnosti se ilegální obchod s kokainem dostal na první místo a předčil obchod s opiem a heroinem.

Tato fakta vedla ke hledání látky, která by nahradila terapeutické využití kokainu a byla bez nebezpečí a bez návyku. V roce 1904 byl objeven *prokain* jako náhradní bezpečné anestetikum.

Zatímco v Americe bylo celá staletí rozšířeno žvýkání koky, v Arábii to byla *katha*. Účinek je srovnáván s účinky indického konopí.

K drogám schopným odstraňovat únavu patří zejména v čínské historii káva a čaj. Účinnou látkou v obou nápojích je kofein. Spolu s alkaloidem a nikotinem jde o nejvíce rozšířené drogy.

Známou rostlinou amerického kontinentu je tabák (v Evropě znám až od r. 1492). V tabáku je obsažen alkaloid nikotin. Nikotin je v tabákových listech vázán na organické kyseliny a při kouření se uvolňuje teplem. Vykouřením jedné cigarety přechází do organismu 5 – 10 mg. nikotinu.

V jižní Asii a východní Africe je rozšířeno žvýkání betelu. Do něj se balí kousek arekového ořechu obsahujícího účinný alkaloid arekolin.

V oblasti Tichomoří je rozšířeno užívání nápoje z pepře opojného – tzv. kawa-kawa. Přináší pocit svěžesti a euforie. Používá se i k rituálním účelům.

Nejvíce rozšířenou drogou na světě je alkohol. Účinky na osobu jsou různé, podle požité dávky a osobnostních vlastností intoxikovaného. Chronická intoxikace alkoholem má za následek těžké somatické poruchy (cirhózu jater aj.) a různé psychické poruchy včetně demence.

Historie v používání drog má jednu z kapitol obsahující zneužívání halucinogenních látek. Halucinogeny jsou látky nesmírně nebezpečné. Jediný zážitek může nadlouho negativně ovlivnit osobnost intoxikovaného. Psychotické ataky se mohou vyskytovat ještě dlouho po vysazení látky. V poslední době (od r. 1989) se na našem území stále více objevuje LSD aj.. Dříve byla tato droga běžně nedostupná. Používala se hl. v 80. letech v oblasti psychiatrie k nechvalně známým, většinou nedobře končícím experimentům při psychoterapii. Postupně se od ní ustupovalo. Látka působí značné změny vědomí, závislé také na osobnosti intoxikovaného, jeho momentální situaci, prostředí, stavu apod.. Zážitek může být od pocitu uvolnění, blaha, sounáležitosti s vesmírem, zvýšeného, ostrého vnímání, až po pocity děsivé hrůzy a suicidální a vražedné tendence.

Mezi Halucinogeny patří mimo LSD také DMT, Harmin, Butofenin, Ibogain, STP, DOM, Psylocibin, Meskalin, Tetrahydrocannabinol aj.. Jakým mechanismem Halucinogeny působí, není zcela známo. Soudí se, že zasahují do přenosu vzruchů v centrální nervové soustavě, a to buď na synapsích, nebo zásahem do metabolismu přenosové látky serotoninu. Halucinogeny snižují selektivitu mozku pro podněty do něj přicházející.

Při charakteristice se používá přirovnání k televizoru, který bez rozlišení začal zachycovat signály různých stanic i normálně neslyšitelných, bez náležitého rozlišování. Jedna by hrála přes druhou a zvukové signály by dávaly obraz a naopak. Skutečnost intoxikace je ovšem mnohem složitější, neboť zde intervenuje paměť člověka a další funkce mozku.

Jednorázový abúzus halucinogenů může vést k nebezpečné panické reakci s těžkými důsledky. Při chronickém abúzu LSD může dojít k těžkým defektům osobnosti. Vyskytuje se též patologické EEG i chromozomální mutace.

Hlavní nebezpečí halucinogenů pro jednotlivce tkví v možnosti poškození duševního zdraví, více či méně dlouhodobém, dále v možnosti poškození zdraví tělesného (riziko rakoviny, poškození imunitního systému, cévní poruchy, epileptické záchvaty aj.), poškození rodičovských funkcí (mutace). Riziko sebevraždy je vždy. O této návykové látce se podrobněji zmiňujeme pro to, že vzhledem k současnému masivnímu průniku LSD na naše území a volnému prodeji lze předpokládat nárůst závislosti na této droze hlavně u mladistvých toxikomanů.

Z léků jsou toxikomany zneužívána především psychostimulancia, u nichž hrozí nebezpečí vzniku psychóz s těžkou agresí, a to i u osob jinak neagresivních. Jde zejména o *amfetamin*, Z mírnějších stimulancií je to Centedrin, fermatrazin, Dexfenmetrazin. Užívány byly zejména při léčbě obezity a některých depresí.

Často jsou také zneužívány inhibitory MAO (Parnate, Nardil, aj.), které by neměly být používány ani v psychiatrii pro nebezpečné účinky na zdraví a minimální účinky terapeutické. Interakce s některými léky a potravinami totiž může být smrtelná.

Značně zneužívána bývají i antiparkinsonika, zvláště Triphendyl, vyvolávající složitou psychózu.

Pro komplexnost je nutné zmínit se o závislosti na inhalačních drogách. K nim již inklinovala mládež zejména v 60. letech, a to v celých skupinách. Tato závislost trvá dodnes a je nejčastější příčinou úmrtí mladých toxikomanů.

Historie zneužívání drog není ukončena. Jedna látka upadá v zapomnění, nová se vynoří. Přitom není známo, na kolika dalších se ve výzkumech (zvláště nelegálních) pracuje.



Roční světová produkce nejrozšířenějších drog činila v r. 1991 podle údajů OSN v hlavních producentických oblastech 1 568 tun surového opia (= 156 tun čistého heroinu), 13 300 koky (= 180 tun kokainu) a 40 000 tun cannabisu (marihuana, hašiš). Cena těchto drog v nezákonném pouličním prodeji dosahuje u heroinu dvacetinásobku, u kokainu a cannabisu stonásobku ceny produkce. Roční zisk hlavních světových drogových kartelů se odhaduje na 500 miliard US dolarů. Drogy tak představují po zbraních druhou nejvýnosnější komoditu světového trhu.

Světový trh s drogami zásobuje přibližně 100 miliónů osob, které drogy zneužívají, nebo jsou na nich závislé. Ve dvacetiletí 1965 – 1985 byl registrován vzrůst světové spotřeby geometrickou řadou: pro období 1985 – 1990 jsou podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) charakteristický úbytek spotřeby opia a některých jeho derivátů, úbytek spotřeby halucinogenů (např. LSD). Spotřeba heroinu a v menší míře kokainu naopak vykazuje stálý růst. Dochází rovněž k výraznému vzrůstu zneužívání látek přítomných na legálním trhu, jako jsou uklidňující a stimulační psychofarmaka a těkavé látky, a zvyšuje se kombinovaná spotřeba.

Světové náklady na zvládání drogové problematiky se odhadují v r. 1991 na 30 miliard US dolarů. Z toho více než 60% bylo vynaloženo na potírání trestné činnosti, zejména ilegální produkce a obchodu. Přes tyto náklady a některé úspěchy v prevenci i kontrole nezákonného trhu nedochází zatím k zásadnímu zlomu. Drogy stále představují ohrožení zdraví populace, sociálního klimatu, ekonomického rozvoje, politické stability a demokratických principů v mnoha zemích. Čelit tomuto ohrožení lze jen koordinovaným úsilím světového společenství, k němuž se česká republika připojila.

### **1.1.2. Drogová závislost a přehled**

Drogová závislost je negativní společenský jev. Společnost se mu brání a vytváří zákonná opatření k jeho omezení a odstranění. Je tomu tak nejen proto, že drogová závislost může být jednou z příčin kriminality, rozvodovosti, pracovní neschopnosti, ale také proto, že vede k postupnému rozvratu osobnosti, k narušování charakteru člověka.

Drogová závislost je rovněž nemoc. Vztahují se na ni všechna základní ustanovení platná pro prevenci a léčbu chorob v naší společnosti.

Řešení problematiky drogové závislosti je interdisciplinární záležitostí: prolínají a doplňují se zde výchova, omezující opatření, léčebně preventivní péče a sociální péče. Z jiného úhlu nazírání je oblastí, kde se stýkají problémy obecně společenské, zdravotnické, filosofické, právní, morální a mnohé další.

Zejména lékařství přísluší zvláště významný úkol: zjišťovat a objasňovat působení farmakologicky účinných látek na člověka, zjišťovat, jak s postiženým člověkem zacházet a jak ho léčit.

Lékaři, kteří farmakologicky léčí, mohou osvojením si základních znalostí a diagnostiky závislostí uchránit své pacienty před tímto rizikem. Schopnost diagnostikovat závislosti se tak stává profesionální nutností. Prevence drogových závislostí je záležitostí zdravotníků a v oblasti mládeže také školských pracovníků a případně i dalších, kteří s dětmi a mládeží pracují.

Člověk závislý na droze je především člověk změněný. Člověk s odlišným hodnotovým schématem, změněnými meziosobními vztahy. Je to člověk se změnami v duševní činnosti. Přesto, že se jedná o „jiného“ člověka, je stále součástí stejných společenských mikro- i makrostruktur, které pochopitelně s takovou změnou nepočítají. Výsledkem může být i selhávající funkce jedince ve společenských strukturách, ke kterým patří a dále neúčinnost běžných společenských mechanismů působících na tohoto člověka. Popsat postiženého člověka, vysvětlit okolí jeho chování a umožnit mu získat společensky přijatelnou funkci je úkolem lékařů.

Z hlediska vývoje drogové závislosti v naší zemi jsou důležité dvě základní skutečnosti.

1. Naše země leží ve středu Evropy a procházejí jí dopravní tepny spojující jednotlivé části Evropy a jiné části světa.
2. V naší zemi je rozvinutý chemický a farmaceutický průmysl. Žije zde mnoho specialistů, schopných vyrobit nejrůznější chemikálie.

Proto například v pražském středisku drogové závislosti zaznamenali zneužívání prakticky všech látek, jejichž zneužívání je běžné v různých částech světa.

### 1.1.3. Vývoj drogové závislosti v České republice

- Období před II. světovou válkou

Je charakteristické výskytem klasických drogových závislostí, a to zejména na opiátech a kokainu. Výskyt nebyl častý ani významný, nebyl v centru pozornosti odborníků.

- Období těsně po II. světové válce

Drogová závislost u nás prakticky vymizela. Stala se něčím výjimečným. Minimální výskyt závislosti na opiátech.

- Konec padesátých a počátek šedesátých let

Představuje prudkou změnu situace. Začíná nárůst zneužívání některých léků, zejm. analgetik, antiastmatik a psychostimulancií. Podrobně je popsáno v práci Rubeše a Grumlíka (Rubeš J., Grumlík, R.: Příspěvek k otázce toxikománií a nadměrného užívání analgetik v ČSSR. Praktický lékař, 1962, 42: 124 – 126). Internisté poukazují na poruchy krvetvorby při zneužívání analgetik, psychiatři na psychotické stavy následkem zneužívání oblíbeného stimulantia fermetrazinu a dexfermetrazinu. Občas jsou zaznamenány závislosti na barbiturátech.

Koncem 60. let se stává aktuální další skupina drogových závislostí. Jde především o skupinové inhalace těkavých látek u mládeže (trichloretylen, toluen, xylen aj.). Z léků se hlavně v Praze projevil zneužívání inhibitorů MAO (inhibitory monoaminoxidázy). Jde o tzv. energetizéry, používaných v léčbě únavových a adynamických stavů, látky značně nebezpečné i v oblasti psychiatrie, u citlivých jedinců i v malých dávkách mohou vyvolat halucinace, jsou inkompatibilní s určitými potravinami, alkoholem a některými skupinami léků mohou vyvolat smrtelnou hypertenzní krizi.

Jako další z léků vyvolávající halucinace a změny nálad byl zneužíván Triphenidyl (používán v psychiatrii při léčbě extrapyramidové symptomatologie po neuroleptikách).

Vývoj vrcholí injekčním abúzem opiátů pozorovaným u neletilých počátkem 70. let a injekčním abúzem některých forem analgetik a antiastmatik.

Období druhé poloviny padesátých let může být hodnoceno jako období, v němž se začaly rozvíjet závislosti na běžně dostupných léčivech.

- Období od počátku 60. do počátku 70. let

je obdobím, v němž došlo k postupnému rozpoznávání nové toxikomanické problematiky a jejich četných rizik. Období, v němž se postupně objevovaly u nás kvalitativně nové druhy abúzu.

Další období vývoje lze datovat přibližně od založení Střediska drogové závislosti při protialkoholovém oddělení Fakultní nemocnice v Praze 2. Vzniklo z iniciativy doc. MUDr. Jaroslava Skály (svou činnost zahájilo 1.10.1971). Střediska drogových závislostí vznikla později i v Brně a Opavě.

Další vývoj vedl ke koncepci návykových chorob. Pracoviště vycházející z této koncepce zahájilo svoji činnost na podzim r. 1977 v rámci nemocnice s poliklinikou v Liberci.

- Období po roce 1989

je charakteristické nárůstem drogových závislostí v souvislosti s otevřením hranic, pašováním drog na naše území a značnou dostupností drog. Do České republiky se dostávají nové a silné drogy. Snižuje se věkový průměr toxikomanů. Podle Národního centra podpory zdraví se závislí na drogách objevují již na základních školách.

Aktuální drogovou situací se zabývají nejvyšší vládní orgány, Vládní komise pro narkotika při MV aj.. Pozornost je věnována zejména řešení omezení průniku drog na naše území, boji proti narkomafiím a vypracovávání programu prevence v oblasti toxikomanie.

### 1.2.1. Základní pojmy

**Drogová závislost** – Stav závislosti člověka na droze (drogou může být každá farmakologicky účinná látka)

**Droga** – jakákoliv látka (substance), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu, nebo více jeho funkcí (WHO 1969).

**Toxikománie** – Stav periodické nebo chronické intoxikace, která je škodlivá jedinci i společnosti a je zaviněna opakovaným používáním drogy přirozené či syntetické. Toxikománii charakterizují nepřekonatelná přání nebo potřeba pokračovat v požívání drogy a opatřovat si ji všemi možnými prostředky, tendence zvyšovat dávky, psychická i fyzická

závislost na účinku drogy. Tolerance může, nebo nemusí být přítomna. Osoba může být závislá na jedné, nebo více drogách.

**Abstinenční syndrom** – Stav, ke kterým dochází u závislých při nedostatku nebo úplném chybění drogy. Některé odvykací příznaky mohou být i životu nebezpečné. Odvykacích příznaků je celá řada. Patří mezi ně například nechutenství, úzkost, nespavost, neklid, zvracení, pocení, třes, zvýšená teplota, rozšíření zorniček, pocity horka a chladu, pokles TK, epileptický záchvat apod.. O souboru Odvykacích příznaků, které se typicky vyskytují pohromadě, mluvíme jako o abstinenčním syndromu. Ten se může od drogy k droze značně lišit. Proto je důležité znát typické abstinenční příznaky jednotlivých drog.

**Abúzus** – Nadměrné požívání drogy.

**Fyzická závislost** – Stav organismu vzniklý podáváním drogy zpravidla vždy dlouhodobějším a častým, který se projevuje výskytem abstinenčních příznaků, je-li podávání drogy na určitou dobu zastaveno. Organismus fyzicky závislý na droze se droze již přizpůsobil, zahrnul ji do své látkové výměny, takže na přerušení přísunu této drogy reaguje poruchou – abstinenčními příznaky. Organismus fyzicky závislý na droze drogu potřebuje, ač mu z jiného hlediska škodí. Jde o umělou, nežádoucí potřebu. Na přerušení přísunu drogy reaguje navyklý organismus poruchou, přestože mu toto přerušení přísunu (vysazení) drogy vlastně prospívá.

**Psychická závislost** – Psychická závislost na droze je duševní stav vzniklý podáváním drogy a projevující se různým stupněm přání drogu požívat. Vznik psychické závislosti je vázán na zakušení jistých prožitků. Psychická závislost na droze je převážně závislostí na některé okolnosti, která požívání drogy provázela (společnost, doba, prostředí, forma drogy, rituál spojený s požíváním aj.). Ukazuje se, že právě psychická závislost je nejsilnějším faktorem při chronické otravě psychotropními drogami a v některých typech drogové závislosti může být i ve velmi vážných případech jediným faktorem, který vede k opětovanému požívání drogy.

**Tolerance** – V širokém slova smyslu znamená snášenlivost, v biologii a medicíně pak schopnost organismu snášet určité látky. Farmakologové ji někdy charakterizují jako jev,

který se projevuje snižujícím se účinkem stejného množství látky, tedy stálým zvyšováním dávek je pak vyvoláván účinek stejné intenzity.

**Zkřížená tolerance** – Některé látky jsou v takovém vzájemném vztahu, že užívání jedné nebo několika z těchto drog zvyšuje toleranci organismu vůči všem členům této skupiny.

**Hypotéza první účinné látky** – Podle této hypotézy může dojít k návyku už po první účinné dávce (např. u morfinu již po jedné injekci lze získat návyk. Totéž je zjištěno u fenobarbitalu).

**Psychotoxicita** – Všechny drogy, které vyvolávají závislost, mohou mít tzv. psychotické účinky. V důsledku jedné velké dávky psychotické látky nebo v průběhu jejího souvislého podávání po jejím odnětí, když byla předtím souvisle podávána, může dojít k hlubokým poruchám, či nepříznivým změnám chování. Každá droga, nebo každý typ drog vede do jisté míry ke stejnému typu poruch. Výsledek chování je ovšem vždy více méně závislý na daném individu, jeho předchozím psychickém a tělesném stavu apod.. Nepříznivé účinky drog na chování jsou určeny typem či druhem drogy a modifikovány (upraveny) osobností intoxikovaného, jeho aktuálním stavem i trvalejšími vlastnostmi, vnějšími okolnostmi aj..

**Toxikopatie** – Chorobný vztah k jedům.

**Toxikopat** - Člověk mající tento chorobný vztah

**Drogový ceník** – popis hierarchie jednotlivých drog u závislých, kteří užívají více druhů účinných látek.

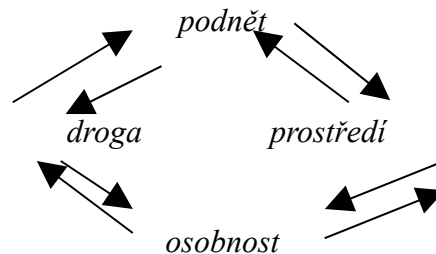
### **1.2.2. Hlavní typy drogové závislosti**

Drogová závislost je složitý jev, který nelze vysvětlovat jedinou příčinou. Vliv na vznik závislosti má celá řada faktorů. Můžeme je rozdělit do čtyř tříd v souvislosti se vznikem, vývojem, udržováním a ukončením drogové závislosti na:

1. faktory farmakologické (droga)
2. faktory somatické a psychické (osobnost)
3. faktory enviromentální (prostředí)
4. faktory precipitující (podnět)

Tyto faktory se případ od případu více či méně liší, jsou však v každém jednotlivém případě drogové závislosti přítomny všechny. Jsou ve vzájemných složitých příčinných vztazích (interakcích).

### Interakční systém drogové závislosti:



**Návyková droga** je chemická látka, která je schopná u živých organismů, zvláště u člověka, vyvolat návyk či psychickou, fyzickou, nebo obojí závislost. V této souvislosti lze uvažovat o vysokém či nízkém návykovém potenciálu. Návykovost se u drogy neliší jen mírou, ale i kvalitou. Některé drogy mohou mít různou návykovost ve vztahu k různým individuům či druhům organismů. Některé mohou vést spíše k závislosti jen psychické, jiné k závislosti psychické i fyzické atd..

Podle výboru znalců WHO (17. zpráva vydaná v Ženevě r. 1970) jsou návykové drogy rozděleny do pěti skupin podle nebezpečí pro veřejné zdraví a podle toho, jak prospěšné jsou pro léčbu. K některým z těchto skupin jsou připojeny drogy analogické (drogy v mnoha směrech podobné drogám určeným ke kontrole), u nichž zatím chybí jistota o jejich návykovosti a nebezpečnosti.

#### I. Drogy se zvláště vážným ohrožením veřejného zdraví, jejichž léčebná užitečnost je velmi omezena, nebo žádná:

DET, DMPH, DMT, SSD, LSD 25, lysergid, lysergamid, meskalin, paratexyl, psylocin, psylocibin, STP (DOM), tetrahydrocannabinoly (hašiš, marihuana, izomera).

Vedou často k vyvolávání halucinatorních zážitků.

#### II. Látky, při jejichž zneužití je podstatně ohroženo veřejné zdraví a jejichž léčebná užitečnost je malá až mírná:

Amfetamin (Benedrin, Ortendrine, Psychoton), Dexantefamin (Dexendrin, Maxiton/Methamfetamin/ Pevitin, Isopen) Methylfenidat/Ritalin, Centedrin/ Fenmetrazin /Preludin/

III. Drogy, jejichž zneužití je podstatným nebezpečím pro veřejné zdraví a jejichž léčebná užitečnost je mírná až velká:

Amobarbital, Cyclobarbital, Glutethimid /Noxyron, Dorosen/, Pentobarbital, Secobarbital.

Analogické drogy: Allobarbital, Aprobarbital a dalších 28 podobných látek.

IV. Drogy, při zneužití s menším, avšak významným ohrožením veřejného zdraví. Léčebná účinnost malá až velká:

Barbital, Chloralhydrát, Chlordizepoxyd /Radepus/ diazepam, Mepromabat, Paradelhyd, Fenobarbital, Pipradol apod.

Analogické drogy: heptobarbital, hexobarbital, nitrazepam, oxazepam aj.

V. Přípravky z drog I. a II. a III. skupiny a nenávykových složek, kde koncentrace nebezpečných drog je tak nízká, že zneužívání těchto přípravků je nepravděpodobné buď vzhledem k nízké koncentraci, nebo ke způsobu složení.

Přípravků je bezpočet.

#### **Hlavní typy drogové závislosti:**

1. morfiový typ
2. barbituráto-alkoholový typ
3. kokainový typ
4. cannabisový typ (hašiš, marihuana atd.)
5. amfetaminový typ
6. katkový typ
7. halucinogenový typ (LSD aj.)
8. tabakismus
9. kofeinismus
10. závislost na analgetikech – antipyretikech
11. abúzus těkavých látek



**Skupina léků zneužívaných toxikomany** (pořadí dle oblíbenosti):

Analgetika, psychostimulancia, anxiolytika, antiastmatika, inhalační drogy, antiparkinsonika, barbituráty, hypnotika nebarbiturátová, opiáty, antitusika, sedativa, inhibitory MAO, halucinogeny, neuroleptika, anestetika.

**Projevy drogové závislosti:**

závislost na:

	psychostimulanciích analgetikách anxiolytikách antiastmatikách barbiturátech opiátech	některých těkavých látkách Tryphenidilu I MAO
<i>Projevy:</i> změny nálady změny stavu vědomí poruchy vnímání poruchy myšlení	vždy jen ve smyslu + jen při předávkování jen při předávkování při komplikacích dlouhodobý abúzus toxické psychózy	netypické pravidelně pravidelně bývají

**Závislosti na analgetikách (dle oblíbenosti):**

Algena, Alnagon, Neuralgen, Dinyl, Sedolor, Veralgin, Spasmoveralgin, Acylcoffin, Acylpyrin, Vítkova směs, Analgin, Eunalgit, Harburn, Karyl.

**Závislost na psychostimulanciích:**

Fenmetrazin, Dexfenmetrazin, Efedrin, Bromadryl F, Centedrin, Kofein, Psychoton, Amfetamin, Ritalin.

Seduxen, Merpobamat, Diazepam, Guajacuran, Oxazepam, Benactyzin

**Závislost na anxiolytikách:**

Zastil, Astmin, Ephesthmin, Astmatol, Felsol, Anthasthman, Solutan, Xantedrzl, Euspiran, Sedasthman, Spasmo-antasthman

Závislost na antiastmatikách:

Codein, Benephorin, Dolan, Ipecarin, Kodznal, Mecodin, Neocodin

Závislost na sedativech:

Bromisoval, Passit, Valosedan

Závislost na halucinogenech:

Marihuana, Hašiš, LSD, Meskalin, THC

Závislost na neuroleptikách:

Plně vyjádřená závislost se údajně nezjistila. Léky preferují psychotici a psychopaté pro regulaci nálad.

Chlorpromazin, Levopromazin, Minithixen, Neuleptil, Nozinan, Plegomazin, Prochlorperazin, Stelazin, Thioridazin, Tizercin.

Závislost na inhalačních drogách:

Toluen, Trichlorethylen, Eter, Tetrachlor, Benzin, Chloroform

Závislost na barbiturátech:

Belaspon, Pentobarbital, Dormiphen, Hexobarbital, Isonal, Phentobarbital, Domnul, Barbital, Belaspon-retard, Dormiral, Hystesp, Aprobarbytal, Luminal

Závislost na opiátech:

Morfin, Dolsin, Novoapon, Heroin, Opiátová tinktura

<b>Dělení drogové závislosti (podle stupně obtížnosti)</b>		
<i>Stupeň závislosti v chování</i>	<i>charakteristika</i>	<i>poruchy</i>
I.	není ochoten za drogu obětovat běžně směnitelné hodnoty	nejsou
II.	je ochoten za drogu obětovat běžně směnitelné hodnoty	nemusí být, ale možná trestná činnost
III.	je ochoten za drogu obětovat i hodnoty běžně nesměnitelné, např. prostituje	hrozí různé formy trestné činnosti
IV.	droga je na předním místě hodnotového žebříčku, hrozí různé druhy trestné činnosti	pravidelně přítomny
V.	trvá prakticky jen vazba k droze	neschopen zcela běžného života

### 1.2.3. Diagnostika drogové závislosti

Je velmi složitým a náročným procesem příslušejícím jen odborníkům. Zahrnuje tyto skupiny činností:

1. Sběr a hodnocení objektivních zpráv
2. Pozorování
3. Diagnostický rozhovor
4. Testové metody
5. Odběr tělesných tekutin (moč, krev aj.)

K diagnóze se posuzují tyto otázky:

1. Zda je posuzovaný na droze závislý (existence vazby na farmakologicky účinnou látku)
2. Je-li popsán charakter této vazby
  - a, ke kterým látkám je závislost vyjádřena
  - b, jaký je drogový ceník závislého
  - c, jak dlouho se závislost rozvíjí
  - d, zda a jak se závislost v průběhu rozvoje měnila
3. Zda a jak se v průběhu závislosti měnila osobnost závislého
  - a, v psychické oblasti
  - b, v somatické oblasti
4. Zda a jak se měnila jeho sociální funkce
5. Zda byly někdy pozorovány abstinenci příznaky a jaký byl jejich charakter

Rozhodující pro stanovení diagnózy nemůže být jen zjištění, že posuzovaný užívá farmakologicky účinné látky, ale posouzení všech uvedených otázek.

#### **1.2.4. Léčba drogové závislosti**

Základním cílem v léčbě drogové závislosti je úplná a trvalá abstinence v současnosti. Dalším cílem je prevence obnovení abúzu do budoucna. Jedině tehdy, při naplnění obou cílů, může být léčba označena jako úspěšná.

Důležité je rovněž získání co nejúplnějšího náhledu na minulou psychopatologii, dále obnova narušených, resp. zaniklých meziosobních vztahů, a to zejména v rodině, obnova dřívějšího sociálního zařazení (pracovního i jiného).

Léčba drogové závislosti nikdy nepředstavuje jednorázový úkon a nikdy není záležitostí jen specialisty. Úspěšný léčebný zásah vyžaduje vytvoření léčebného systému. Každý, u něhož byla zjištěna drogová závislost, by měl být dispenzarizován, a to pro to, aby nepodlehł svodům prostředí, v němž existují farmakologicky účinné látky. Každý závislý musí být zbaven možnosti opatřit si drogy, a to nejen drogy, na kterých je závislý, ale i látky, na kterých by mohl být závislý.

Oddělení od drogy lze provést dvěma základními způsoby, a to dobrovolně nebo nuceně. Terapeut má rozhodnout, zda u daného jedince lze vůbec reálně počítat s dobrovolnou abstinencí od drogy. Rozhoduje se na základě přesné diagnózy, na základě dobré znalosti závislosti, jejího rozvoje, charakteru a stupně. Na základě znalosti zneužívaných drog, znalosti osobnosti postiženého, jeho meziosobních vztahů a sociálního postavení. Úspěšnost ambulantní léčby nelze očekávat a indikovat, jestliže:

- není dobře a přesně známa diagnóza v celém rozsahu
- jde o závislost na droze, u níž jsou abstinenci příznaky natolik výrazné, že by mohly trvale ohrozit zdraví a život postiženého (opiáty, halucinogeny, některé závislosti na barbiturátech, analgetikách a antixiolytikách)
- jde o jedince, jehož osobnost není rozvinuta natolik, aby umožňovala motivovanou a spontánní spolupráci při odvykání
- meziosobní vztahy a sociální situace postiženého nejsou takové, aby mu abstinenci neztěžovaly anebo neznemožňovaly.

Pro ambulantní dobrovolnou abstinenci se tedy nehodí ten, u něhož nemáme jistotu, co užívá a v jakém rozsahu. Dále ten, který je závislý na opiátech a halucinogenech, na velkých dávkách barbiturátů, antixiolytik a analgetik, ani ten, u něhož by v abstinenci mohlo dojít ke křečovitým stavům i ztrátě vědomí. Nehodí se pro ni ani ten, kdo žije v podmínkách, jehož nejbližší okolí abúzus toleruje nebo podporuje nebo svým chováním navozuje situace vynucující a postiženého farmakologické vyšetření.

O ambulantní léčbě a počáteční dobrovolné abstinenci ambulantní formou nelze uvažovat u stavů psychotických (zřejmých i podezřelých).

K ambulantní léčbě a dobrovolné abstinenci se hodí pacient, který dobře spolupracuje a věrohodně popisuje obraz choroby, existuje u něho reálná motivace k započetí i dokončení léčby, chápe-li nebezpečí, které mu v době abúzu hrozí a má-li snahu se těmto nebezpečím vyhnout.

Důležité pitom je postavení drogy ve schématu hodnot člověka a zjištění pevnosti vazby k jiným hodnotám. Jestliže tyto vztahy existují, i když oslabeně, lze jich využít na začátku léčby. Úspěch lze také očekávat, jsou-li v nejbližším okolí postiženého osoby schopné a ochotné postiženého v léčbě podpořit. Zanedbatelný není ani vliv prostředí na pracovišti. Není-li choroba postiženého zlehčována a není-li pro ni vylučován z kolektivu a není-li kolektivem znemožňována abstinence, je vliv takového prostředí přínosem pro léčbu.

### **Nucená léčba:**

je indikována tehdy, jestliže hrozí nebezpečí, že choroba a její rozvoj mohou vést k ohrožení zdraví a života nemocného nebo k ohrožení jeho okolí.

### **Farmakologická léčba drogové závislosti**

Při úvaze o farmakologické léčbě drogové závislosti je nutno podtrhnout tyto problémy:

- možnost substituce návykové látky látkou nenávykovou
- farmakoterapie v průběhu odvykání
- léčba těch závislých osob, které jsou současně i jinak nemocné

Na místě je zdůraznění faktu, že dosud není znám žádný farmakologický způsob, kterým by bylo možno vyléčit závislost na drogách. Přesto se s farmakologií počítá a používá se.

## Kdy je farmakoterapie na místě?

1. V případech, kdy následkem výrazného abstinčního syndromu hrozí nebezpečí trvalého ohrožení zdraví odvykajících. Nejvíce je to u barbiturátů, nebezpečí epilept. záchvatů. „Záchvatovitá pohotovost“ vzniká i při odnětí anxiolytik. Zde přichází v úvahu podávání snižujících se dávek drogy, nikoli odnětí jednorázové. Rovněž nebezpečné jsou stavy při náhlém odnětí opiátů (křečové stavy, poruchy vědomí). Neméně nebezpečné je vysazení velkých dávek analgetik (záchvaty). Proto se dávky postupně snižují nebo provádí substituce jinou látkou.
2. V případech, kdy následkem abstinčního příznaku hrozí vážná heteroagrese nebo autoagrese, což se stává zejména u abúzu psychostimulancií (amfetamin aj.). V těchto případech se na krátkou dobu aplikují neuroleptika, která mají být ukončena, jakmile nebezpečí pomine.
3. Stavy se zřejmou psychotickou symptomatologií. Po užívání toluenu, inhibitorů MAO a pravých halucinogenů, může střední nervový systém nemocných dlouhodobě produkovat psychotické fenomény. Podávání neuroleptik, nejlépe nepotních, je nezbytné.
4. Farmakoterapie i návykovou látkou je na místě tehdy, trpí-li odvykající jinou chorobou. Postup v těchto případech je přísně individuální.

V charakteristice neuroleptik převažuje názor, že představují lékovou skupinu, které by bylo možno pro její efekt stabilizující náladu a efekt antipsychotický s výhodou použít k dosažení vazby ke zneužívané látce. Aplikací nejlépe nepotního neuroleptika se vytváří neuroleptická clona. Pokud závislá osoba za této situace užije euforizující látku, euforie se nedostaví, nebo se zcela nerozvine. To se děje při každém opakování užívání. Droga tím ztrácí svůj euforizující účinek. Vazba na ni může po čase vyhasnout.

Podobně je tomu při užívání látky s halucinogenními účinky. Tento účinek se buď vůbec nemůže pod clonou rozvinout, nebo se nemůže rozvinout úplně. I zde je možno počítat s vyhasínáním vazeb. Uvedenou léčbu by bylo možno počítat za doplňující, podpůrnou a v každém případě podpůrnou.

Farmakoterapie drogové závislosti je ve vývoji a její přínos v léčbě drogových závislostí ukáže budoucnost.

### 1.3.1. Nové typy drog v České republice a abúzus drog u mládeže v okolních zemích

Za pátou narkotickou vlnu, po hašiši, LSD a heroinu a kokainu jsou dnes považovány tzv. *designer*, neboli *syntetické drogy* – SyDro. Jsou nebezpečnější než přírodní tvrdé drogy, jejich nebezpečí spočívá v mnohem rychlejšímu zničení krevního systému a srdce. Syntetické drogy jsou jako běžci na scéně. Na tru s narkotiky se jim říká Adam a Eva, Cosmic Space, China White, Crystal Caine, nebo také Extáze. Některé působí halucinogenně, jiné vyvolávají změny vědomí a posuny ve vnímání a vedou k těžkým psychózám. Patří k nim i u nás vyráběný „braun“ a „perník“. SyDro jsou za dobrodružných podmínek vyráběny ilegálními chemiky z dosažitelných základních surovin pro výrobu léků. Dávkování a účinky jsou nevypočitatelné. Kdo je spolkne, stává se lidským pokusným morčetem, a když je navíc skombinuje s léky nebo alkoholem, hraje přímo o život. Mladí narkomani extrémně zhubnou a šedivějí.

Nebezpečí SyDro je v tom, že jsou levné a jejich výroba je jednoduchá. Mohou být vyráběny v každé kuchyni, základní suroviny stojí málo. Nízká cena láme poslední zábrany u začátečníků. SyDro také ještě nemají kriminální pověst jako třeba heroin. A tak se prodávají před školami, na diskotékách, všude tam, kde se scházejí mladí lidé. Není proto překvapením, že dvě třetiny postižených v západních zemích jsou školní děti. Uvádí se, že na syntetických drogách jsou závislé již dvanáctileté děti.

Podle představitelů hlavních Evropských zemí mj. Vídně, Hamburku, Amsterodamu aj. se Praha stala jedním z největších překladišť drog. V důsledku války v Jugoslávii se severní balkánskou cestou přes Slovenskou republiku a Českou republiku pašuje na západ heroin t jihozápadní Asie. A přes Prahu stále létají s heroinem z Jižní Ameriky a z Ruska. Hlavní štáby čínské drogové mafie sídlící v Londýně, Amsterodamu a Hongkongu mají již své sítě v Praze.

Z Polska přichází nová kapalná droga. Nový a vysoce nebezpečný jed se nyní nabízí na trhu drog zejména v Německu. Směs je označována jako kapalný heroin, ve skutečnosti se jedná o opiát. Mezi konzumenty drog je tato směs známá také jako „polská polévka“.

Nověji se k nám dostává LSD (trip), heroin a Excstasy (MDMA). Z nových drog k nám pronikajících zaznamenáváme také CZ 74 (droga vyvolávající silné halucinace). Nejsou ještě podchyceny všechny drogy, které se k nám po roce 1989 dostaly a dostávají.

### **K ceně drog v České republice:**

Za dumpingové drogy, tedy za nižší než v ekonomicky vyspělých zemích prodávají překupníci drogy v České republice. Přesto např. heroin a kokain jsou třikrát až čtyřikrát dražší než pervitin a další tvrdé drogy vyrobené v České republice. Dávka heroinu se v ČR obvykle kouří, stojí 2 až 3 tisíce korun. Pod cenou se prodává LSD v klubech, kde se scházejí mladí lidé, dávka této drogy stojí 300-500 Kč.

### **Snížení věkového průměru v České republice:**

Národní centrum podpory zdraví v posledním průzkumu u pěti set pražských žáků osmých a devátých tříd základní školy zjistilo u některých dětí konzumaci marihuany, heroinu, kokainu i některých léků. Jejich věkový průměr byl 13,2 roků. Zřejmá je naléhavost soustředit se na prevenci především na vyšší ročníky základních škol, dostatečná informovanost o nebezpečí spojeném s užitím drogy, o nástrahách, které zejména dětem kladou distributoři drog s cílem získat konzumenty, poučit děti, aby se s každou touto zkušeností ihned svěřili důvěryhodnému dospělému člověku. Naléhavé rovněž je seznamovat rodiče s alarmující drogovou situací.

#### **1.4.1. Názory na legalizaci drog v České republice – MUDr. K. Hampl**

Aktuálnost a akutnost otázek drogové problematiky v naší zemi je zřejmá. Čím dál tím více se s vážným varováním setkáváme na stránkách novin, časopisů, na televizních obrazovkách s informacemi, týkajícími se drogového problému. Řeší se otázka, jak v drogové problematice postupovat dál. Jak zabránit přílivu drog na naše území, jak bojovat proti narkomafiím, jak ochránit naše občany, zejména mladistvé, před drogovou závislostí.

Prioritní se tedy stává základní linie protidrogové politiky. V souvislosti se sledovaným cílem jsou nejčastěji uplatňovány dva základní přístupy:

1. **důrazně represivní**, s cílem osvobození společnosti od drog (society free from drugs)
2. **s důrazem na „liberalizaci“**, sleduje omezování škodlivých důsledků zneužívání drog (limit consequences of the use of drugs), kam lze zařadit i různé legalizační tendence.

Ukazuje se, že převážná část odborníků i občanů České republiky (k dispozici jsou výsledky anket IVVM) se staví proti legalizaci drog v České republice.

Dle názoru odborníků, v čele s předním odborníkem v oblasti drog MUDr. Rubešem, by legální použití drogy mělo být vyhrazeno pouze pro krajně trýznivé a jinak neodstranitelné



životní situace. Rozhodovat by o ni neměl jedinec sám. Mělo by být vyhrazeno jen oficiálně oprávněným lékařům, příslušně odborně vzdělaným, ve svém povolání také již dostatečně zkušeným, lidsky zralým a zodpovědným, s přiměřenou schopností empatie, vcítění se do duševního stavu druhého člověka.

Při legalizaci drog se předpokládá, že levnější dosažitelnost drog vezme toxikomanům nutnost, aby si prostředky na ně opatřovali kriminální cestou a neuvažuje se, že taková podpora přinese další velké narůstání jejich počtu, které se projeví i v jiných formách kriminality i zdravotním stavu národa.

MUDr. Rubeš považuje např. bezplatné rozdávání sterilních injekčních jehel a stříkaček, které má omezit šíření AIDS, a nepříliš žádoucí kapitulaci před drogovým problémem a staví se zásadně proti tomu, abychom podobnou preventivní kapitulaci zaváděli i u nás, místo soustavného provádění prevence výchovné a bezpečnostní.

Návrhům, aby osobám, které se domáhají drog s poukazem na svůj návyk nebo závislost byly pro tuto indikaci lékařsky předepisovány, se většina lékařů brání a odmítá je s poukazem na etiku svého povolání, která jim brání, aby onemocnění svých pacientů nejen neléčili, nýbrž naopak podporovali jeho další rozvoj. Experimenty, které se v tomto směru prováděly např. v Holandsku, mají dnes více kritiků než příznivců.

Na poslední celostátní konferenci o problematice alkoholu a ostatních drog je v usnesení odborníků AT z celé České republiky jasně uvedeno, že účastníci celostátní konference se staví proti legalizaci drog (návykových látek). Toto rozhodnutí podpořil i výbor Psychiatrické společnosti. Jde o názor lékařů, psychologů i středně zdravotnických pracovníků, kteří prakticky denně přicházejí do styku s toxikomany a musí řešit následky abúzu drog.

Opačné názory šíří většinou nezdravotničtí pracovníci.

Dle MUDr. Karla Hampla, odborníka v drogové problematice, sekce AT jako jediná odborná společnost, má publicitu názorů odborníků zcela nedostatečnou a také spolupráce s ostatními resorty je nedostatečná a vytváří se tak informační vakuum. Do tohoto vakuu pronikají podnikaví konjunkturální jedinci a šíří zde laické informace a názory nezřídka s nádechem senzace. Veřejností je to ale přijímáno jako realita, i když ve skutečnosti se jedná o dezinformaci. K dezinformaci veřejnosti slouží i matení pojmů a směšování terminologie.

Pod pojmem „legalizace drog“ by měly být srozuměny právní úpravy včetně pokynů centrálních orgánů umožňujících výrobu, podávání a vývoz a dovoz drog k volnému užívání pro všechny občany. Pod pojmem „dekriminalizace drog“ nebo pacientů drogy užívajících ji si MUDr. Hampl představuje, že činnost v souvislosti s drogami dosud pokládaná za kriminální jednání, se považovat za kriminální nebude.

Pojem „liberalizace abúzu drog“ zřejmě předpokládá volnější přístupy a postoje k abúzu drog, než byla dosud běžná praxe.

Termín „pragmatického postoje k abúzu drog“, který se objevil v poslední době, je jakýmsi kompromisem. Mělo by jít o postoje, které by nejlépe vyhovovaly pacientům, ale byly by snad i v souladu s potřebami ostatních občanů.

MUDr. Karel Hampl se na semináři Pořádaném Institutem pro kriminologii a sociální prevenci na téma Legalizace drog, mimo jiné uvedl: Radikálové volající po legalizaci drog, nebo alespoň tzv. měkkých drog (marihuana, hašiš) vycházejí ze zkušeností z ciziny, nejčastěji uvádějí Holandsko, a z literatury.

Literární údaje jsou uvedeny např. v základních informacích a doporučeních Transnacionální radikální strany. Uvádějí se příklady z USA, zejména růst kriminálního chování v souvislosti se získáváním drogy. Státy by měly údajně legalizovat výrobu, obchod a prodej drog, protože by se o 99% snížila jejich cena, zlepšila kvalita, snížila kriminalita a snížily zhoubné následky. Pro tyto názory se někdy užívá termín „antiprohibice drog“.

Jak nesmyslné jsou tyto názory, ukazuje u nás legalizovaná droga – alkohol. Jeho volná dostupnost a minimální zákonná omezení vedou k širokému zneužívání alkoholu v populaci se všemi následky ve zdravotní a sociální sféře. Zhoubné následky narůstají a přetrvávají i přes volný prodej (nebo právě proto) i při zlepšené kvalitě alkoholových nápojů. Zhoubné následky užití drogy jsou dány hlavně drogou samotnou. To ovšem laici nevědí. Proto mezi zastánci legalizace drog nalezneme ekonomy, mluvící o válce drog a ekonomickém šílenství ženoucí cenu drog prudce vzhůru při ničení zdrojů, soudce provokující, že po toleranci na alkohol přijde i tolerance na ostatní drogy, redaktory uvádějící, že by legální výroba drog odrovnala mafii, politiky, že nikoliv drogy samotné, ale prohibice byla příčinou mezinárodního kriminálního obchodu s drogami. Uvádí dokonce, že bez režimu prohibice by zakázané drogy dělaly stejnou škodu, jakou dnes dělají legální drogy. Všichni tito hlasatelé se dívají na drogy svými očima, mluví o ekonomice, válce, mafii, cenách, výrobě, prohibici, kriminálním obchodě, ale zájem o postiženého toxikomana jim přitom uniká. Jako by jim šlo o všechno jiné, jen ne o pacienta. Mylně se přitom domnívají, že legální drogy u nás, tabák a

alkohol, působí daleko menší škody než ilegální drogy. To je základní omyl, ze kterého vycházejí.

K rozdělování drog na měkké nebo tvrdé OSAP – Office for Substance Abuse Prevention – úřad pro prevenci návykových látek v USA. Ve svých připomínkách v terminologii uvádí, že nemáme rozlišovat tvrdé a měkké drogy, protože všechny drogy jsou nebezpečné a výraz „měkká“ droga je zavádějící, protože vyvolává představu drogy méně nebezpečné.

Je nutné k problematice legalizace drog přistupovat odborně, rozlišovat terminologii, rozlišovat jednotlivé drogy a hlavně rozlišovat přístup k postižené populaci, toxikomanické subkultuře, k pacientů a k ostatním občanům, k široké veřejnosti. Přitom ale chápat toxikomanickou subkulturu jako součást celkové kultury.

Zastánci legalizace drog u nás často mluví o prohibici drog a nevědí přitom, že přísnému zákazu jakékoliv výroby, distribuce a užití podléhá maximální počet drog oproti ostatním, legalizovaným zcela volně nebo s určitým stupněm omezení (rozdělení drog do 4 skupin).

**Nebezpečná je hlavně** výše uvedená **I. skupina** – jde o minimální počet drog, u kterých je zakázaná výroba, distribuce i užívání. Jde o přírodní nebo syntetické drogy, málo použitelné či u nás nepoužívané v lékařství, např. heroin, opium, kokain (crack), kanabis – hašiš, marihuana, pervitin (metamfetamin), LSD aj..

Počítá se s infiltrací ilegálních drog na naše území. Jako tranzitní země sloužíme již řadu let. Objevují se snahy o legalizaci ilegálních drog, vycházející z mlhavých vizí laiků, kteří si zřejmě dostatečně neuvědomují nezodpovědnost svého počínání.

## Navrhovaná opatření

Ponechat ilegálním drogám jejich statut ilegálních drog včetně hašiše a marihuany, pečlivě sledovat pohyb ilegálních drog přes naše území a účinně postihovat výrobce, distributory a pašeráky, chránit postižené.

Legalizace drog znamená hlavně zlepšení jejich dostupnosti, volný přístup k drogám pro všechny občany by měl mít katastrofální následky. Jakékoliv legislativní uvolnění dostupnosti drog vedlo k enormnímu zvýšení spotřeby drogy a ke zvýšení počtu postižených. Ukázala to rovněž liberalizace obchodu s alkoholem ve Finsku, kde přes noc vyrostly stovky putyk čepujících alkohol. Vzápětí nato následovaly následky abúzu alkoholu. Následky volné dostupnosti léků s psychotropním účinkem se ukázaly zhoubné hlavně pro mladou populaci. V 70. letech se objevili „píchači“, toxikomané, kteří začali užívat parenterální způsob užití drogy. Píchali si do žíly, nebo do svalu.

Enormní zamoření mladé populace touto módou umožňovalo snadné získání léků, ze kterých se dala droga připravit. Denní dávky injekční drogy byla až 30 tablet Alnagonu. Tato droga prakticky vyřadila řadu mladých lidí z normálního života a ti, co s tím přestali, mají do dnes trvalé zdravotní následky. Nejmenší z nich představují zničený žilní systém a zjizvené svalstvo.

Stejně snadné bylo získat výchozí léky pro přípravu pervitinu k injekční aplikaci, i když jeho výroba je o něco složitější, než příprava Alnagonu k injekční aplikaci. Protože je narozdíl od něj pervitin budovou látkou, docházelo po jeho aplikaci ke zvýšené bdělosti a aktivitě, včetně trestné činnosti. V současné době se stal pervitin ilegálním vývozním artiklem za hranice. Zařadili jsme se tak mezi ilegální vývozce drog.

Přes tyto skutečnosti zůstávají ve volném prodeji některé léky s obsahem efedrinu (Vicedrin) a fenobarbitalu (Bellaspone). Většina léků s psychotropními účinky byla již převedena do skupiny s možností získání jen na lékařský předpis.

Ze zkušeností je známo, že jakékoliv zákonné omezení volně dostupné drogy vedlo vždy ke snížení spotřeby a tím i ke snížení následných negativních sociálních jevů, a to i v případě, že

taková droga se stane předmětem obchodního zájmu tzv. prohibiční mafie, tj. mafie těžící z prohibice.

Např. zákaz volného prodeje Alnagonu a jeho výdej jen na lékařský předpis sice vedl k rozšíření černého trhu s Alnagonem, ale téměř vymizeli toxikomané a injekční aplikací Alnagonu a to také z důvodu, že se pro ně stalo obtížným sehnat a zaplatit denně 30 tablet Alnagonu.

U tabáku nám trvalo celá staletí, než jsme si uvědomili a prokázali hrůzné následky jeho kouření. A jen těžko a pomalu se daří kouření redukovat, protože jde o legalizovanou drogu. Pokud by došlo k legalizaci např. marihuany, škodlivost jejího účinku známe již dnes velmi dobře, ale s omezováním jejího kouření bychom se potýkali celá desetiletí.

Toxikomané nerozlišují drogy podle zákonných omezení, ale podle dostupnosti ať už na legálním nebo ilegálním trhu. V případě nouze utíkají k legalizovaným drogám, obecně všude dostupným. Existuje přechod z jedné drogy na jinou a návrat k původní droze.

Obecnou snahou musí být co největší omezení dostupnosti těch drog, které neslouží k ničemu jinému, než potřebě toxikomanů. Pacient závislý na droze má možnosti ukojit svoji závislost i náhradní drogou ať sám, nebo s pomocí lékaře, jehož základním cílem ale je pacienta odvést od drogy vůbec, a jen v případě nemožnosti provést substituci. Řada pacientů je schopna se trvale nebo alespoň dočasně zříci své drogy a zdravotně i sociálně se kompenzovat. V případě legalizace drog by takový přístup byl obtížnější a recidiv by bylo více. Dokladem jsou závislí na alkoholu, kteří pravidelně recidivují také proto, že neodolají obecné dostupnosti alkoholu.

#### **1.4.2. Právní úprava drogové problematiky – JUDr. F. Šístek**

Otázka zneužívání omamných a psychotropních látek je v současné době upravena řadou mezinárodních smluv.

Česká republika je smluvní stranou Jednotné úmluvy o omamných látkách z r. 1961, smluvní stranou Jednotné úmluvy o psychotropních látkách z r. 1971, přistoupila také k protokolu z r. 1972 o změnách Jednotné úmluvy o omamných látkách a přistoupilo i k Úmluvě proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami sjednané ve Vídni 20.12.1988.

Pokud jde o potlačování nedovoleného obchodu s omamnými a psychotropními látkami, ukazují se dosavadní formy mezinárodní spolupráce jako málo účinné a neadekvátní současnému negativnímu vývoji.

Podle statistických údajů OSN nabyla tato činnost v poslední době značných rozměrů a nedovolený obchod s omamnými a psychotropními látkami se, co do nového objemu, zařadil celosvětově na druhé místo za mezinárodní obchod se zbraněmi a předstihl tak již mezinárodní obchod s ropou a ropnými produkty.

Česká republika si je této situace vědoma. Dlouhodobou snahou je, aby náš právní řád odpovídal především těmto mezinárodním smlouvám.

Z pohledu trestního práva byla i v minulosti velmi přísně vyvozována trestní odpovědnost vůči osobám užívajícím drogy. Byly a jsou postihovány i drobné manipulace s léčivými distribuovanými oficiálními lékárnami. Legislativní předpoklady k zabezpečení závazků vyplývajících z mezinárodních úmluv byla v loňském roce vytvořena novela trestního zákona. Ustanovení o nedovolené výrobě a držení omamných prostředků a jedů v našem trestním zákoně byla upravena tak, aby odpovídala úmluvě proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami. Podle této úmluvy byly vymezeny i pojmy návyková látka, ohrožení pod vlivem návykové látky, a byly zvýšeny sazby za trestné činy spojené s drogami. Kromě toho byla rozšířena i působnost trestního zákona odkazem na vyhlášené mezinárodní smlouvy (členěním nového ustanovení paragrafu 20a).

Stát převzal na sebe i potřebné opatření ke konfiskaci výtěžků a majetků nedovoleným obchodem omamnými a psychotropními látkami, jakož i ke konfiskaci těchto látek samotných, pokud jsou určeny ke spáchání drogových trestných činů. V našem trestním zákoně můžeme aplikovat ustanovení o propadnutí majetku, propadnutí věci, zabránění věci, můžeme mimo trestní řízení postupovat i podle občanského práva a vyslovit odnětí neoprávněného majetkového prospěchu.

Česká republika je připravena plnit extradiční ustanovení vyplývající pro nás z mezinárodních smluv. Stejně tak i poskytování vzájemné právní pomoci mezi námi a státy, s nimiž máme smlouvou upraveny vzájemné vztahy.

Kromě toho spolupracujeme i se státy, s nimiž takové smlouvy nemáme, pokud jsou zachovány principy reciprocity a postup umožňuje náš právní řád.

Rozvoj závislosti u nás i v sousedních státech je zneklidňující. K dispozici jsou např. materiály, svědčící o situaci ve Švýcarsku a Německu. Ukazují narůstání konzumace drog a prudký rozvoj kriminálního obchodu s drogami. Podle dosavadních zjištění justice a policie musí tyto orgány značnou část své kapacity věnovat jednáním v bagatelních drogových věcech zatímco prostředky, které by měly být nasazeny v boji proti velkému obchodu s drogami ve větší míře, jsou nedostatečné. Projevilo se to i v souvislosti s AIDS, kde bylo okamžitě patrné, jak byla podceňována role drogové scény při rozšiřování viru HIV v rozsahu, který si v těchto státech sotva dokázali představit. Proto jsou v současné době vyvíjeny velké tlaky na to, aby za prioritu v této oblasti byla považována prevence a pomoc osobám závislým na drogách. Stále vzrůstající a rozšiřující se drogová scéna vede k tomu, že si stále větší okruh občanů klade otázku, zda svého času přijatá opatření a programy k potírání pro boj s drogou jsou v současné době ještě vůbec schopná situaci nějakým způsobem změnit nebo ovlivnit.

Na druhé straně s ohledem na rychlost rozšiřování, na účinky drog, na jejich nebezpečnost a způsoby používání jednotlivých drog, nejsou žádné odborné argumenty pro taková opatření, která by měla ve svých důsledcích vést ke zvýšení spotřeby drog. Pokud se objevují názory na požadavek beztrestnosti konzumu drog, vychází se především z toho, že po dlouhou dobu se ukazovalo, že dosavadní praxe trestního stíhání a ukládání trestů za konzumaci drog byla prakticky neúčinná.

Je třeba ovšem rozlišovat mezi netrestáním určitého konzumu drog a mezi legalizací spotřeby drog. Přípravenost společnosti k tolerování přístupu k drogám, např. k marihuaně, by musela spočívat asi stejně jako v případě zákonodárství týkajícího se spotřeby alkoholu, na společenském konsensu, který však v případě spotřeby drog v současné době vůbec nelze předpokládat a dokonce by naprosto odporoval mezinárodně sledovanému trendu. Někdy jsou zastávány odborníky i názory, že např. u substancí canabису se jedná o málo škodlivé látky s účinky srovnatelnými s alkoholem a nemají tak dalekosáhlé následky. Proto by tedy mohly být snadněji dostupné.

Vláda České republiky v současné době pracuje na své protinarkotické koncepci. První návrhy již byly předloženy po určitých úpravách zřejmě v dohledné době bude prezentována jak protinarkotická koncepce, tak konkrétní český program boje proti drogám.

## 2. Praktická část

Výzkumná sonda



### 2.2.1. Výsledky sondy a jejich interpretace

Vyhodnocení odpovědí 600 respondentů je uvedeno bez třídění na skupiny. Srovnání dle pohlaví, regionů a typů školských zařízení bylo provedeno v zásadních otázkách (abúzus drog a stupeň znalostí zdravotního poškození drogou). Údaje v uvedených tabulkách jsou v absolutních četnostech. Dopočet respondentů do 600 osob není u některých tabulek uváděn. Jedná se o ty respondenty, kteří drogu nepožili.

#### Obecné znalosti o drogách

Převážná většina respondentů (74,3%) má obecné znalosti o drogách, dokáže je definovat. Má znalosti o nejčastěji se vyskytujících drogách. 25% dotazovaných má znalosti mlhavé, nesprávné, nebo žádné.

Tabulka č. 1 Obecné znalosti o drogách (v absolutních četnostech)

Znalost	446
Neznalost	150
Nevyjádlil se	4

#### Užívání drogy

Převážná většina respondentů drogu nikdy neužila (83,2 %). Jednorázové užití drogy uvádí 6,8%, vícekrát užilo 5,5% a trvale užívá 1,5%. Nevyjádlilo se 3,3%.

Závažným faktem je, že poměrně vysoký počet mladých lidí již do kontaktu s drogou přišlo (v našem souboru je to ze 600 respondentů 81 osob).

Tabulka č. 2 Užívání drogy

Nikdy	499
Jednou	41
Vícekrát	31
Trvale užívá	9
Nevyjádlili se	20

### Užívané drogy – typ

Zjištěno bylo užívání čtyř drog, a to marihuany, pervitinu, hašiše a heroinu. Nikdo ze souboru nevedl závislost na inhalačních látkách (toluen, benzin aj.) ani na určitých typech psychofarmak, jako jsou psychostimulancia (amfetamin), které jsou toxikomany často zneužívány (ze zpráv DROPI Inu). Nebyly ani zjištěny kontakty s novými typy drog, přicházejícími na naše území.

Nejvíce zneužívanou drogou v souboru byla marihuana, a to ve formě kouření cigaret z této drogy. Užití a užívání uvedlo 8,8% respondentů. Druhý v pořadí byl hašiš, jehož užití uvedlo 1,5% dotazovaných, dále pak pervitin 0,7% a heroin 0,3% dotazovaných osob.

Tabulka č. 3 Užívání drogy – druh

Marihuana	53
Hašiš	9
Pervitin	4
Heroin	2

### Důvody, které vedly k užití drogy

Převážná většina těch, kteří drogu vzali, uvedla jako důvod zvědavost (experiment).

Jiní ji vzali v partě, nebo ve stresové situaci pro uklidnění.

Jako další důvody mladí lidé uváděli potřebu zlepšení nálady, zlepšení sebevědomí, z nudy, ze vzdoru, ve snaze zapůsobit na partnera nebo partnerku, z potřeby ztratit zábrany aj.

Tabulka č. 4 Důvody užití drogy

Ze zvědavosti	47
Ve stresu	5
V partě	9
Z jiných důvodů	13
Nevyjádřilo se	40

### Místo získání drogy

Nejvíce uživatelů získalo drogu od kamaráda (8,7%), jiní v partě (2,2%), koupili v určité ulici (1,2%), v klubu, na diskotéce (0,7%), jinde, avšak neuvedeno, kde (3,3%). Nevyjádřilo se 3,6% dotazovaných.

Tabulka č. 5 Místo získání drogy (600 respondentů)

Od kamaráda	52
V klubu	4
Na ulici	7
V partě	13
Jinde	20
Nevyjádřilo se	22

### Stav po požití drogy

Větší část těch, co poprvé užili drogu, se po užití cítila dobře (12,8%), mnohem méně osob se cítilo špatně (2,7%).

Je-li první setkání s drogou příjemné, znamená pro osobu značné nebezpečí vzniku závislosti. Zážitek láká k opakování, kde již příjemné pocity často mizí a vzniká fyzická závislost.

Jedinci, jejichž první zážitek s drogou byl nepříjemný, ať už pro fyzické obtíže, nebo pro nepříjemné psychické změny – úzkost, panika, deprese, úlek ze změny vědomí aj. většinou nejsou závislostí ohroženi. K droze jim vznikne negativní vztah.

Tabulka č. Stav po požití drogy (600 resp.)

Cítili se dobře	77
Cítili se špatně	16
Nevyjádřili se	17

## Abúzus tabáku a alkoholu

Kouření tabáku a užívání alkoholu je u mladistvých nesrovnatelně vyšší než abúzus tvrdých a měkkých drog. Zjišťovali jsme počet kuřáků v souboru, věk, kdy začali s kouřením i počet cigaret denně. U užívání alkoholu nás zajímala frekvence užívání i věk, kdy dotyčný s pitím alkoholu začal.

Tabulka č. 7 Kouření

nekouří	390
výjimečně	138
pravidelně	69
nevyjádřili se	3

Jedna třetina dotazovaných přišla již do styku s cigaretou, kouří buď občas, nebo pravidelně.

Vzhledem k závažným následkům kouření především na mladém, vyvíjejícím se organismu, je to zneklidňující počet, který nutí k zamyšlení nad intenzitou a kvalitou dosud prováděné prevence v této oblasti.

### Kouření ve vztahu k věku

V souboru – jako nejnižší věk – počátek kouření bylo uvedeno 8 let. Nejmasovější počátek kouření spadá do období mezi 13 až 15 lety, pak opět klesá.

Znamená to, že prevenci této drogové závislosti je třeba uplatňovat již na základních, zejména varování dětí v nižších ročnících základní školy, které jsou k nebezpečí vnímavější a lze u nich negativní postoj ke kouření zafixovat.

Tabulka č. 8 Kouření ve vztahu k věku – začátek

věk	Počet
8	1
9	2
10	4
11	4
12	11
13	31
14	49
15	65
16	27
17	7

Tabulka č. 8a Počet vykouřených cigaret denně

1	29
2	30
3	5
4	2
5	15
6	7
7	8
8	6
10	17
11	1
12	1
15	16
20	11
40	2

Větší počet kuřáků uvádí 1-2 cigarety za den, převážně děvčata, u chlapců byl větší výsky 10-20 cigaret/den.

#### Abúzus alkoholu

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že více než dvě třetiny dotazovaných se příležitostně napije alkoholu. Pravidelně konzumuje alkohol 9,4% dotazovaných.

Tabulka č. 9 Abúzus alkoholu

Vůbec ne	113
Výjimečně	431
Často	56

#### Konzumace alkoholu ve vztahu k věku – začátek

Nejvíce mladých lidí (tak, jako u kouření) se dostává do kontaktu s alkoholem ve věkovém období od 13-16 let. Platí zde totéž, co u kouření. Prevenci je nutno orientovat již na základní školy.

Tabulka č. 10 Abúzus alkoholu ve vztahu k věku – začátek

věk	Počet
5	1
6	3
7	2
8	1
9	1
10	14
11	7
12	17
13	45
14	86
15	163
16	61
17	9
18	2

Hodnocení vlastních znalostí o drogách (respondenti hodnotí stupeň svých znalostí o drogové problematice)

Jako dostatečné, hodnotící své znalosti drog a drogové problematiky 50,3% respondentů, jako malé 38,7%, jako téměř žádné hodnotí své znalosti 3% dotazovaných a 7,3% je přesvědčeno, že znalosti drogové problematiky mají značné.

Tabulka č. 11 Hodnocení vlastních znalostí drogové problematiky

téměř žádné	18
malé	232
dostatečné	302
značné	44
nevyjádřilo se	4

Znalosti zdravotních poškození způsobené kouřením, abúzem alkoholu a tvrdých a měkkých drog

V části dotazníku jsme se zaměřili na zjišťování skutečných znalostí respondentů zdravotních poškození vzniklých abúzem drog. Zaměřili jsme se na tři okruhy: následky na zdraví způsobené kouřením, abúzem alkoholu a abúzem tvrdých a měkkých drog.

## Kouření

Dobré znalosti o zdravotních změnách nastávajících při abúzu nikotinu mělo 98% dotazovaných. Znali orgány nejvíce kouřením postižené i některé choroby s abúzem spojené.

Jen 8 dotazovaných osob uvedlo, že zdravotní poškození způsobené kouřením nezná, nebo že žádné nenastává.

Tabulka č. 12 Znalost zdravotního poškození následkem abúzu nikotinu

znalost	589
neznalost	8
nevyjádřilo se	3

## Alkohol

Průměrnou znalost zdravotních poškození abúzem alkoholu prokázalo 536 respondentů, 60 projevilo naprostou neznalost.

### Znalost škod na zdraví – abúzus alkoholu (600 respondentů)

Tabulka č. 13

znalost	536
neznalost	60
nevyjádřili se	4

### Znalost míst, kde se dají drogy opatřit

Ze 600 míst dotazovaných 32,8% uvedlo, že ví, kde se dají drogy opatřit. Většina z nich však odmítla tato místa uvést. 66,5% uvedlo, že neví, kde se dají drogy sehnat.

Tabulka č. 14

ví	197
neví	399
nevyjádřili se	4

### Zdravotní potíže – výskyt bolesti hlavy u mladistvých – léčba – používání analgetik

Vzhledem k lékařským zprávám o zvyšujícím se počtu mladistvých trpících bolestmi hlavy a možnosti vzniku závislosti na analgetikách zahrnuli jsme tyto otázky do našeho výzkumu.

Výsledky dotazování bylo potvrzeno, že výskyt bolestí hlavy u mládeže je vysoký. 33,5% respondentů uvedlo, že bolestmi hlavy trpí. 20,8% uvedlo, že občas používá analgetika, 0,5% užívá tyto léky trvale. Vzhledem k vysokému výskytu cefalagií u mládeže, měli by této problematice věnovat zvýšenou pozornost dorostoví lékaři. Bolesti hlavy mohou být často psychogenního původu. Mladiství se mohou stát závislými na analgetikách, sedativech, později přejít na jiné, silnější léky či drogy.

Je třeba hledat příčinu těchto bolestí a léčit kauzálně, v případě psychogenních cefalagií orientovat mladistvého na přirozené formy řešení problému a změnu stylu života s vyloučením "chemické berličky".

Tabulka č. 15 Bolesti hlavy (600 respondentů)

ano	201
ne	393
nevyjádřilo se	6

Tabulka č. 16 Užívání analgetik (600 resp.)

nikdy	464
někdy	125
vždy	3
nevyjádřilo se	8

Tabulka č. 17 Užívání sedativ (600 resp.)

nikdy	556
někdy	39
vždy	2
nevyjádřili se	3

#### Znalost zařízení pro pomoc narkomanům

Mnoho mladých lidí, kteří se stanou závislými na droze, nevědí, kde hledat pomoc, s kým se poradit, kde se léčit. Zjišťovali jsme jejich znalost léčebných zařízení, kde se narkomanům poskytuje pomoc. Převažuje neznalost konkrétních léčebných zařízení i možností, kam se obrátit v případě vzniku závislosti.

Tabulka č. 18 Zařízení pro pomoc narkomanům

zná	173
nezná	409!
nevyjádřilo se	18



## Prevence – boj proti drogám - názory

Většina dotazovaných (90,7%) uznává důležitost prevence a boje proti drogám. Jen 7,7% nesouhlasí se zásahy společnosti, domnívá se, že abúzus drog je věcí jednotlivce, který sám za sebe zodpovídá a represemi se jen počet závislých zvýší. V odpovědích na otevřené otázky se mladiství vyjadřují k formám prevence a boje proti drogám. Tyto názory chceme zpracovat v další zprávě.

Tabulka č. 19 Prevence a boj proti drogám (600 resp.)

souhlasí	544
nesouhlasí	46
nevyjádřilo se	10

V souvislosti s narůstajícím ohrožením mládeže různými patologickými jevy je aktuálním zjištění, zda se v závažné situaci mohou poradit se svými rodiči, svěřit se jim s nepříjemnými zážitky, zda rodiče věnují svým dětem dostatek času, a to jak formou rozhovorů, tak společně tráveným časem.

Dále nás také zajímalo, komu by se mladistvý svěřil, kdyby mu byla vnucována droga, kdo požívá jeho největší důvěru a na koho by se obrátil s prosbou o pomoc. Vzhledem k šířícím se informacím, že drogy jsou nabízeny neznámými osobami přímo u škol, ve snaze získat potenciální odběratele, je pro nás důležité zjištění, jak by se v takovém případě respondent zachoval, zda by na to upozornil.

V oblasti prevence je třeba pamatovat varování mládeže zejména na základních školách, ale i na středních školách a učilištích před neznámými osobami, které jim před školou nabízejí drogu nebo potraviny a sladkosti, v nichž může být droga obsažena.

1. V otázce možnosti svěřování se rodičům se objevil závažný fakt, že jen 8,2 % dotazovaných se může svým rodičům svěřit se vším a vždy. 42,7% uvedlo, že se rodičům nemůže svěřit s ničím a nikdy. 49% se může svěřit jen někdy, a to pravděpodobně v méně závažných situacích.

2. Tabulka č. 20 Svěřování se rodičům (600 resp.)

nikdy	256
někdy	294
vždy	49
nevyjádřilo se	1

V případě, že by se mladistvý setkal s vnucováním drogy, 38,5% dotazovaných by se svěřilo rodičům, kamarádovi, či kamarádce by se svěřilo 32,3%. Zjištění, že 14,7% respondentů by se nesvěřilo nikomu, je varovné.

Zarážející bylo, že na nejnižším stupni žebříčku důvěry byl učitel. Jen 0,3% uvedlo, že by se svěřilo učiteli. Oproti tomu neočekávaných 2,7% převážně uvedlo, že by se svěřilo policii.

Tabulka č. 21 Možnost svěřením se v případě vnučení drogy – drogy (600 resp.)

nikomu	88
rodičům	231
kamarádovi	194
sourozenci	34
příbuzným	5
učiteli	2
policii	10
jinému	16
nevyjádřilo se	12

Péče rodičů o děti

Více než polovina dotazovaných (52,5%) uvádí, že zájem rodičů o ně je dostatečný, 26,7% uvádí, že se jim rodiče věnují velmi, 18,5% hodnotí péči rodičů jako malou, a 2% uvádí, že se jim rodiče nevěnují vůbec.

Tabulka č. 22 Zájem rodičů o děti (600 resp.)

velmi	160
dostatečně	315
málo	111
vůbec ne	12
nevyjádřilo se	2

Současné ekonomické podmínky rodiny

Zjišťované ekonomické a bytové podmínky dotazovaných respondentů jsou ve velké většině dobré, jen nízké procento uvedlo nedostatečné a nevyhovující. Jako velmi dobré hodnotí ekonomickou situaci rodiny 14,5% dotazovaných. Jako dobrou 52%, dostatečné ekonomické podmínky jsou v 28% a jako nedostatečné hodnotí ekonomické podmínky 2,3% respondentů.

Tabulka č. 23 Ekonomické podmínky rodiny (600 resp.)

velmi dobré	87
dobré	312
dostatečné	168
nedostatečné	14
neuveďlo	19

## Bytové podmínky rodiny

Velmi dobré – hodnotí 45,3% respondentů, vyhovující 48,8%, nevyhovující 2,7%.

Tabulka č. 24 Bytové podmínky (600 resp.)

velmi dobré	272
vyhovující	293
nevyhovující	16
nevyjádřilo se	19

## Pohlaví – srovnání

V souboru respondentů bylo 298 mužů a 302 žen. Vzhledem k poměrně vyrovnaným odpovědím jsme neuváděli k odpovědím na jednotlivé otázky ještě dělení na pohlaví.

Výraznější rozdíly se objevily v užívání drogy, kde větší výskyt je u chlapců (viz grafická příloha), zejména v opakovaném užití, 9 trvale užívajících jsou chlapci. U děvčat šlo spíše o první zkušenost, kterou neopakovala.

Ve výskytu bolestí hlavy převažují ženy nad muži (pravděpodobně i hormonální vlivy), a to 43,6% ženy a 23,6% muži. Rovněž v užívání analgetik a sedativ převažují ženy, a to o 50%.

Konsumace alkoholu – výjimečné užívání alkoholu uvádí více děvčat než chlapců, v trvalém užívání výrazně převažují chlapci (45 z celkového počtu 49).

## Kouření

Kuřáků, kteří kouří jen výjimečně, za určitých okolností je v souboru dle pohlaví vyrovnaný počet (68 + 65 chlapci/dívky).

Pravidelných kuřáků je více chlapců než dívek (45 + 22).

Dívky také začínají později kouřit, počátek kouření u chlapců byl některými respondenty uváděn 8 – 9 let, u dívek spadal do období 12 let.

V počtu vykouřených cigaret ze den převažují chlapci. Většina dívek kouří 1 – 5 cigaret denně, počet nad 15 uvádí jen chlapci.

V otázce možnosti svěřování se rodičům jsou odpovědi celkem vyvážené, jen o něco více chlapců než děvčat se svěřuje rodičům vždy.

V záporném postoji k otázkám prevence a boje proti drogám byli výrazně chlapci (42 : 4) muž/žena. Znalosti škodlivých následků na zdraví abúzem tabáku, alkoholu a tvrdých a měkkých drog byly v obou pohlavích vyrovnané.

V otázce, komu by se svěřili v případě vnučování drogy, v odpovědi "nikomu" výrazně převládají chlapci, dívky by se více svěřily rodičům, sourozencům a učitelí. Chlapci převládají v odpovědi "svěřili by se policii".

### Srovnání podle typu školy a regionu

Užití měkké a tvrdé drogy, abúzus tabáku a alkoholu, stupeň znalostí zdravotních poškození.

Užívání drogy (srovnání dle regionu):

V abúzu drog převládá Praha nad okresním městem (viz grafická příloha)

### **Srovnání podle typu školy:**

V jednorázovém kontaktu s drogou převládají učiliště proti středním školám, v opakovaném užití převládají střední školy, pravidelné užívání je spíše na učilištích.

### **Kouření**

V souboru byl značně vyšší počet kuřáků z Prahy než z okresního města. Výrazně převládají kuřáci na učilištích než na střední škole.

### **Alkohol**

Zajímavé výsledky jsou v abúzu alkoholu – výjimečně, kde převládá podle regionu okresní město Kolín, ale v trvalém užívání alkoholu dominuje jasně Praha. Při srovnání učilišť a středních škol je abúzus alkoholu vyvážený. Znalosti zdravotního poškození následkem abúzu tabáku, alkoholu a tvrdých a měkkých drog.

## **Znalosti zdravotního poškození následkem abúzu tabáku, alkoholu, tvrdých a měkkých drog**

### Srovnání dle regionu a typu školy:

#### Drogy (měkké a tvrdé)

Úroveň znalostí v Praze i okresním městě je poměrně vyvážená. Výrazně větší znalosti jeví studenti středních škol oproti učilištím.

#### Alkohol

Úroveň znalostí je vyvážená jak v regionu, tak typu škol, mírně převládá na středních školách v Kolíně.

#### Kouření

Úroveň znalostí je naprosto vyvážená jak dle regionu, tak typu škol

### 2.2.2. Shrnutí

1. H 1 – Provedeným výzkumem se potvrdila hypotéza H 1, že část dotazované populace ve věku 14 – 18 let na středních školách a učilištích se již dostala do kontaktu s drogou, a to 81 dotázaných. Potvrdilo se rovněž, že nejvíce zneužívanou drogou je marihuana.
2. H 2 – Potvrdil se předpoklad, že v populaci jsou informace o drogách, zejména o jejich škodlivosti, na průměrné úrovni, ale bez hlubších znalostí o účincích drogy. Vyšší úroveň znalostí je na středních školách.
3. H 3 – Předpoklad, že u části populace se projevuje abúzus léků, se sice potvrdil, ale v mnohem menší míře, než jsme očekávali, znepokojující je výskyt zdravotních obtíží – bolesti hlavy u dotazovaných. Z těchto mladistvých se mohou rekrutovat uživatelé farmak a potenciálně i drog. Většina respondentů však uvádí, že si uvědomuje škodlivost léků jako drogy v neindikovaných případech stejně jako možnost návyku.
4. H 4 – Potvrdila se hypotéza, že převážná část mládeže má negativní postoj k drogám, až odpor, což se projevilo zejména v odpovědích na otevřené otázky dotazníku.  
Vysoce pozitivní postoj mladých lidí k otázkám prevence a k boji proti zneužívání drog. Jen malá část dotazovaných (hl. muži) uvedla, že závislost na drogách je věc každého osobní a že společnost do ní nemá zasahovat. Převážná většina respondentů, vyjadřujících se pozitivně, k boji s drogami uváděla různé možné formy prevence. Zejména: dostatek zařízení pro pomoc osobám drogově závislým, boj společnosti proti narkomafiím a dovozu drog na naše území, boj proti volné dostupnosti drog, zvýšení trestních postihů překupníků, pašeráků, prodavačů drog. Jednoznačně se vyslovila proti legalizaci drog.
5. H 5 – Alarmujícím je zjištění, že značná část mladých lidí se v závažné situaci nemůže se svými rodiči poradit. Nemohli by se svými rodiči poradit ani v případě, kdy by jim byla vnučována droga, nebo kdyby se dostali do zvláště svízelné situace.

Informace získané z tohoto výzkumu ukazují naléhavost zintenzivnění prevence, kterou je třeba uplatňovat v rodině, na základních školách i u mládeže v období adolescence.

### 2.3.1. Návrhy na prevenci drogových závislostí

V prevenci drogových závislostí zaujímají nejvýznamnější místo rodina a škola. Působí na dítě v nejnámavějším věku. Informace, které zde dítě dostává, mohou ovlivnit celý jeho další život.

Rodina má vliv na vývoj dítěte, utváření jeho charakterových vlastností, zde dítě přejímá životní styl, získává celou řadu návyků.

V dětství hraje důležitou roli nápodoba a dítě si osvojuje návyky členů rodiny i nejbližšího společenského okolí. Protože jde o časně osvojení, návyky bývají pevné a obtížně se dodatečně korigují. V tomto věku se někdy klade základ chorobných návyků, které se projeví až daleko později.

Rodina svým způsobem života, životosprávou, hodnotovým systémem a výchovným působením může nejvýrazněji ovlivnit, zda z dítěte vyroste stabilní, harmonický člověk, schopný řešit adekvátně všechny své problémy, nebo labilní jedinec se sklonem k neuróze, neustále potřebující oporu, který v případě řešení nepříjemných situací se může uchýlovat k "chemickému" řešení problému.

Na rodičovství je však málokdo z mladých lidí dobře připraven. Málokterá mladá žena či muž mají kvalitní znalosti z oblasti životosprávy, zdravého životního stylu, výchovy dítěte, málokdo z nich ví něco o psychologii dítěte. Velmi mizivé jsou znalosti o možnosti poškození dítěte rodičem v prenatálním období kouřením, alkoholem, drogami, venerckými chorobami, infekcemi aj.. Výchově k rodičovství by měla předcházet výchova k manželství, správné volbě partnera základními znalostmi genetických chorob i dědičností určitých predispozic (povahových vlastností aj.).

Výchova k manželství a rodičovství byla v minulých letech zanedbávána, resp. nebyla žádná. Automaticky se předpokládala, že mladí lidé si vyberou vhodného partnera a pokud ne, je to jejich chyba, a že instinktivně budou dobře vychovávat své dítě bez odborných znalostí o jeho potřebách, zkrátka metodou pokusu a omylu. To je ovšem velká tragédie, neboť dopouštíme-li se závažného výchovného omylu, bývá velmi obtížné, někdy zcela nemožné, jej později napravit. Pro zdraví další generace a v budoucnu celý národ je proto nyní nesmírně důležité okamžitě začít s intenzivní prevencí všech sociálně patologických jevů. Jde zejména o mládež od 14 let, kde musíme začít s výchovou k odpovědnému manželství a rodičovství (informace samozřejmě přiměřené určitým věkovým skupinám).

Dále je nezbytné působit na rodiče malých dětí (již v mateřských školách) formou informací a přednášek. Vysvětlovat, že vhodnou výchovou mohou předcházet vzniku sociálně patologických jevů u svých dětí. Zároveň, vzhledem k současné situaci, upozorňovat rodiče na nebezpečí ponechávání dětí samotných na ulici či jinde bez dozoru a na možnost, že jejich děti mohou od neznámých osob dostat toxickou látku.

Na základních a středních školách formou odborných přednášek pro žáky a rodiče upozorňovat na nebezpečí rozvíjení patologických jevů u mládeže, seznamovat zejména s drogovou problematikou. Varovat před zneužíváním různých léků aj. Formou osvětových přednášek seznamovat rodiče s vhodným působením na děti a mladistvé (vedení ke sportu, vnímavosti i k psychickým problémům zejména pubertální mládeže, společně strávený čas aj.).

Pro děti vyšších ročníků základních škol a pro mládež na středních školách a učilištích uspořádat cyklus přednášek – životospráva zdravý životní styl, základy duševní hygieny, nutriční styl, výchova k manželství a rodičovství, sociálně patologické jevy u mladistvých.

V nižších ročnících základních škol pověřit učitele, aby krátkou, srozumitelnou přednáškou /nejlépe na začátku každého roku) děti o možných nebezpečích kontaktu s neznámými lidmi, nabízení různých potravin těmito osobami, o nebezpečných následcích kouření, pití alkoholu a užívání drog zejména u dětí.

Na děti nižších ročníků základních škol je možno zajímavými přednáškami působit tak, aby se u nich vyvinuly pozitivní zájmy, např. vztah ke sportu, který je později bezproblémově převede přes pubertu a upevňuje v nich kladné vlastnosti aj..

Je třeba probouzet v dětech chuť k tvořivé činnosti, aby nepropadly ničivé a sebezničující, nemá-li dítě svého koníčka, zájem o něco pozitivního, podléhá nudě, která vede k potulování po ulicích. Pak lehce může dojít ke kontaktům s různými partami zejména toxikomanů a jedinec je ohrožen setkáním s drogou.

Doporučujeme, aby na každé škole byl pracovník, nejlépe učitel, který by byl odborně školen a byl by v kontaktu se zastřešující organizací. Působil by na škole jako poradce, organizoval odborné přednášky pro žáky i rodiče. Měl by to být učitel u žáků oblíbený, neboť jeho hlavní funkce by spočívala v poskytnutí tzv. "první pomoci" ohroženému žákovi ve stresové situaci (proto musí mít důvěru). Dále by poskytoval rady žákům v problémových situacích a zajišťoval pomoc různých institucí ohroženému mladistvému.

Některé školy již takto situaci řešily. Na určeného učitele se mohou obracet žáci v problémových situacích, které jim pomáhá řešit. Je seznámen s problematikou sociálně patologických jevů, zejména s drogovou problematikou. V této oblasti zajišťuje prevenci.

Problém je, jak uplatňovat prevenci u části mládeže, která není podchytilná na školách či učňovských zařízeních, ale je v pracovním poměru a u mládeže, která nepracuje.



U mládeže, která není v trvalém pracovním poměru, bude prevence nejobtížnější, neboť zde většinou selhává i rodina. Jde o mladé lidi, kteří ani nestudují, ani trvale nepracují, žijí se příležitostně a vším. Vliv nejbližšího okolí na ně je často negativní.

Významnou roli zde mohou sehrát spíše sdělovací prostředky – tisk, rozhlas a televize, formou přednášek a varování. Tito mladiství se většinou pro své asociální chování dostávají do kontaktu s různými sociálními a výchovnými institucemi a jen jejich prostřednictvím a je možné na ně přímo působit.

U pracující mládeže je rovněž možné formou osvětových přednášek prostřednictvím vedení závodu, podniku působit preventivně. Zde musíme také spoléhat na sdělovací prostředky.

Doporučení pro školy:

Doporučujeme zařadit do některého předmětu na základních a středních školách (nejlépe chemie nebo biologie) informace o drogách a jejich účincích na lidský organismus.

#### 2.4.1. **Závěr**

Sondou zaměřenou především na abúzus drog na vzorku populace (600 respondentů) se potvrdilo značné nebezpečí ohrožení mládeže tímto sociálně patogenním jevem. Z tohoto zjištění vyplývá nutnost vypracování intenzivní prevence v oblasti drogové problematiky.

Sonda byla zaměřena na nejvíce ohroženou mládež ve věku 14 – 18 let. Je však třeba provést rozsáhlejší výzkum i na základních školách vzhledem ke snižujícímu se věku konzumentů drog. Velmi málo prozkoumaná je tato problematika u vysokoškoláků.

**DOPORUČUJEME** v návaznosti na tuto sondu provést výzkum abúzu drog na základních školách a na školách vysokých. Informace z výsledků výzkumů těchto věkových kategorií a jejich porovnání mlže v mnoha směrech poskytnout důležité poznatky v oblasti drogové problematiky.

## Literatura

Drtil, J.: Aktuální drogové závislosti, Avicenum Praha, 1978

Urban, E.: Toxikomanie, Avicenum Praha, 1973

Janík, A., Dušek, K.: Drogy a společnost, Avicenum Praha, 1990

Šedivý, V., Válková, H.: Lidé, drogy, alkohol, Naše vojsko, Praha  
1988

Vinař, O.: Psychofarmaka, Spofa, Praha 1969

Vojtík, V.: K problematice toxikomanie Pražské mládeže, Čs.  
psychiatrie 68, 1972

Skála, J.: Toxikomanie ve světě, Čas. lék. čes. 109, 1970, 30.203

Rubeš, J., Grumlík, R.: Příspěvek k otázce toxikomanie a nadměrného  
užívání analgetik v ČSSR, Prakt. lékař 1962

Skála, J.: Psychotropní drogy a jejich alternativy, Čas.lék.čes,1987

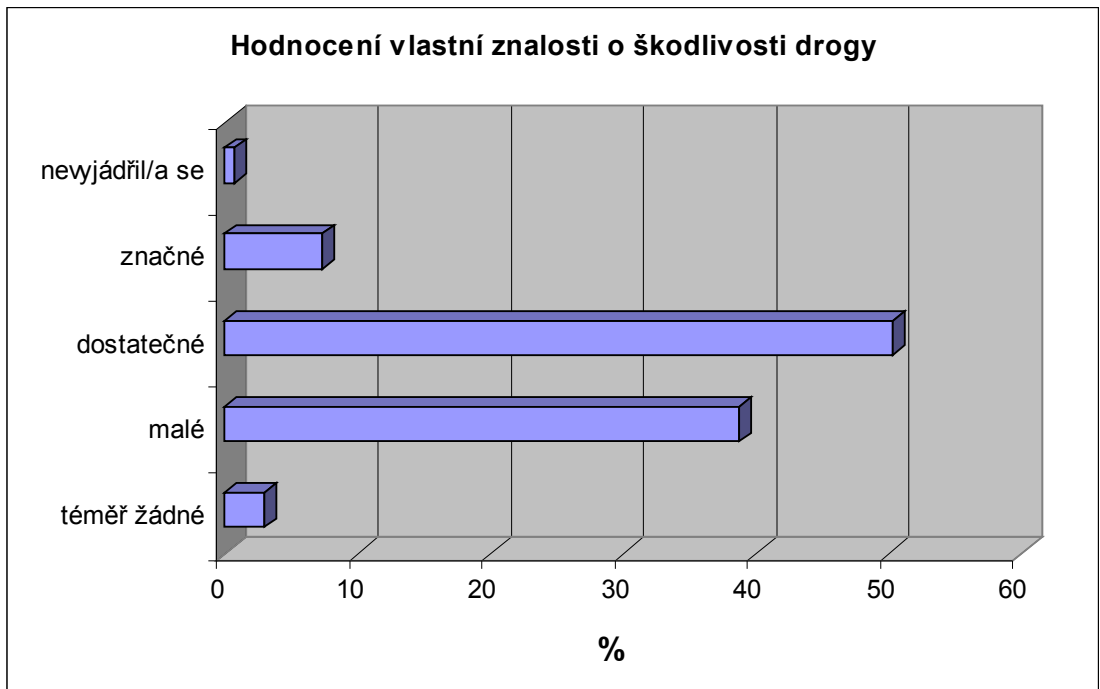
Urban, E.: Mládež a drogy, Ústav zdravotní výchovy, Praha 1977

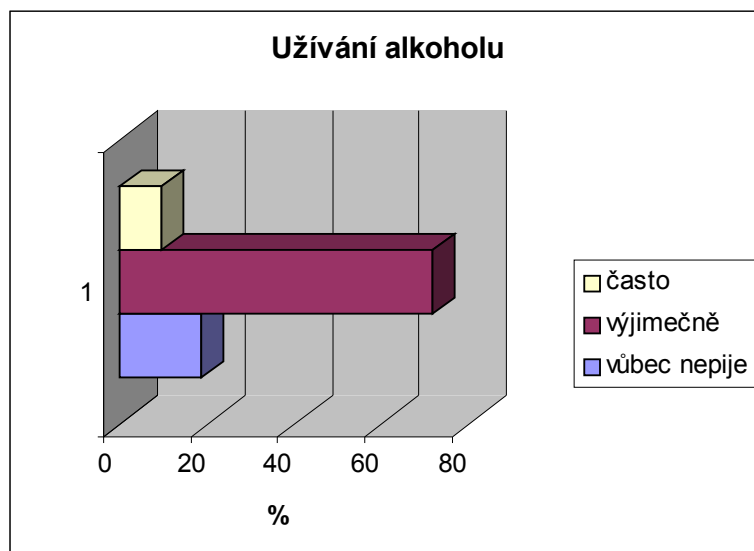
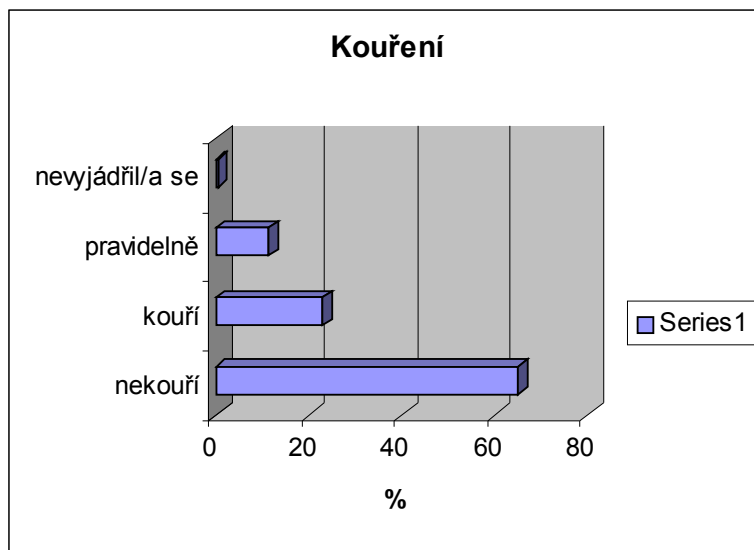
Válková, H., Vlček, M.: K obsahu a významu prevence v boji s  
trestnou činností. Právník, 1986, č. 3

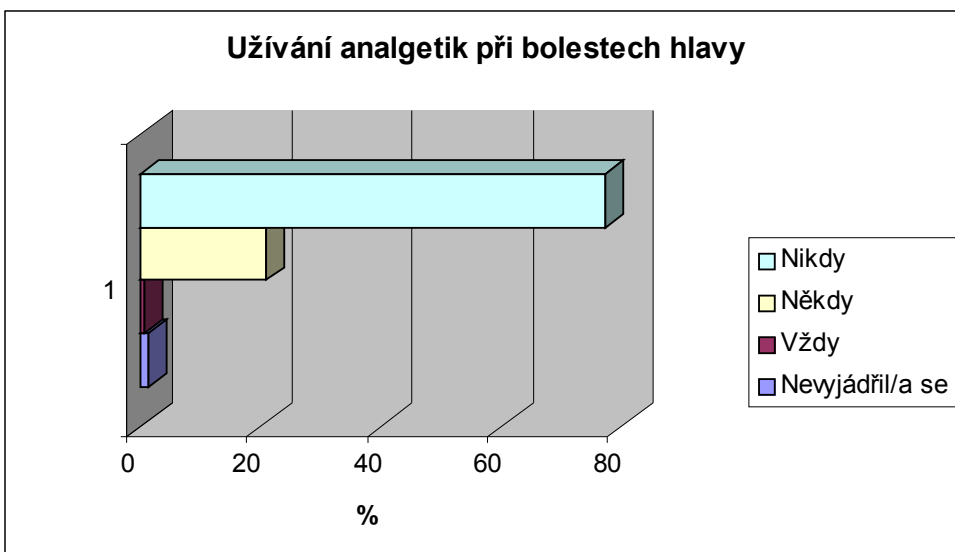
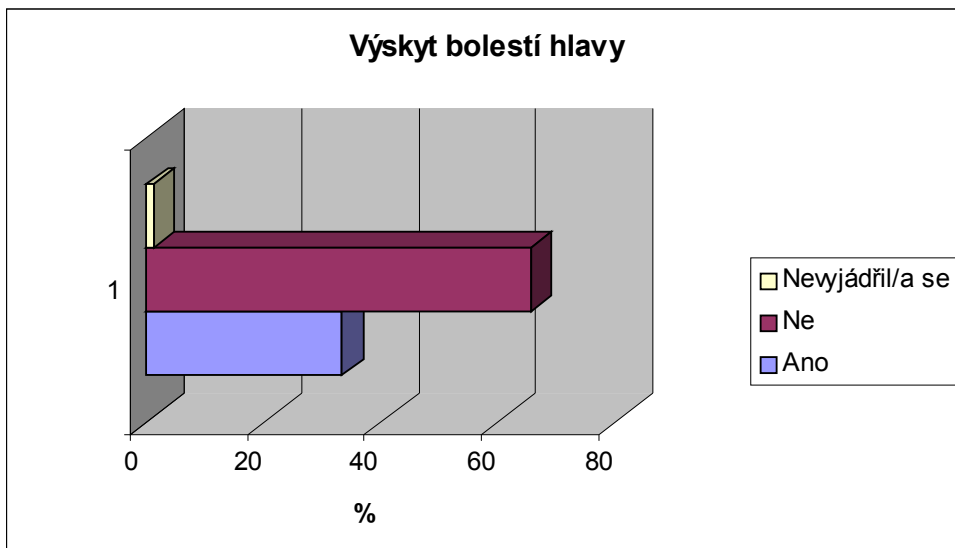
Janík, A.: Některé sociální aspekty drogové závislosti v ČSR, 1987

Rubeš, J.: Drogy a lidé, Vesmír, roč. 51, 1972, 2-6

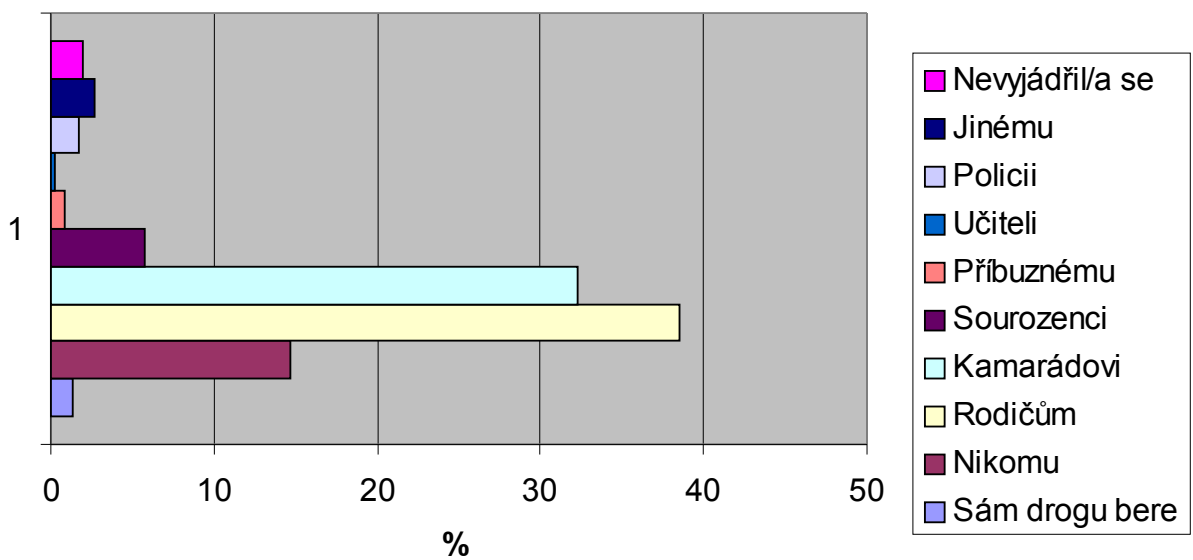
Legalizace drog ANO či NE – sborník referátů, Institut pro kriminologie a sociální prevenci, Praha  
1992

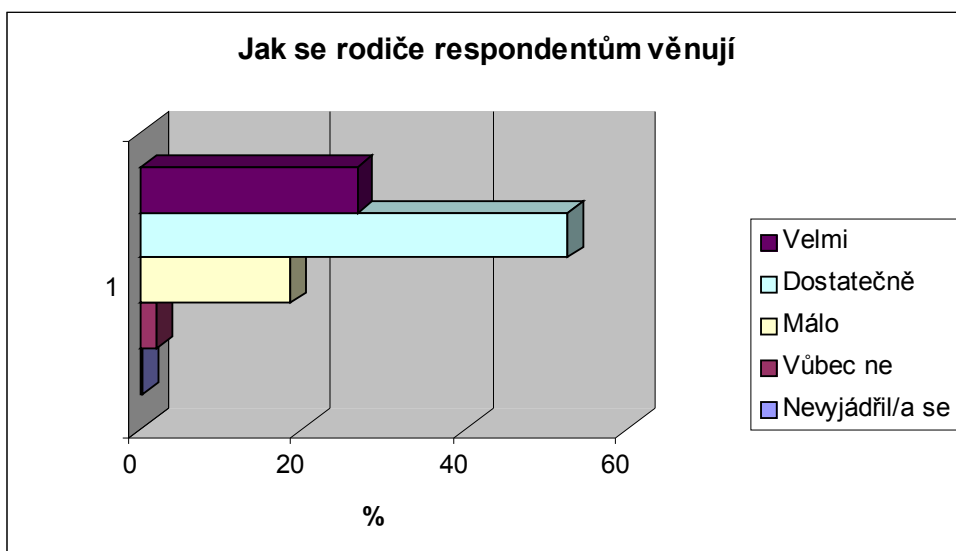
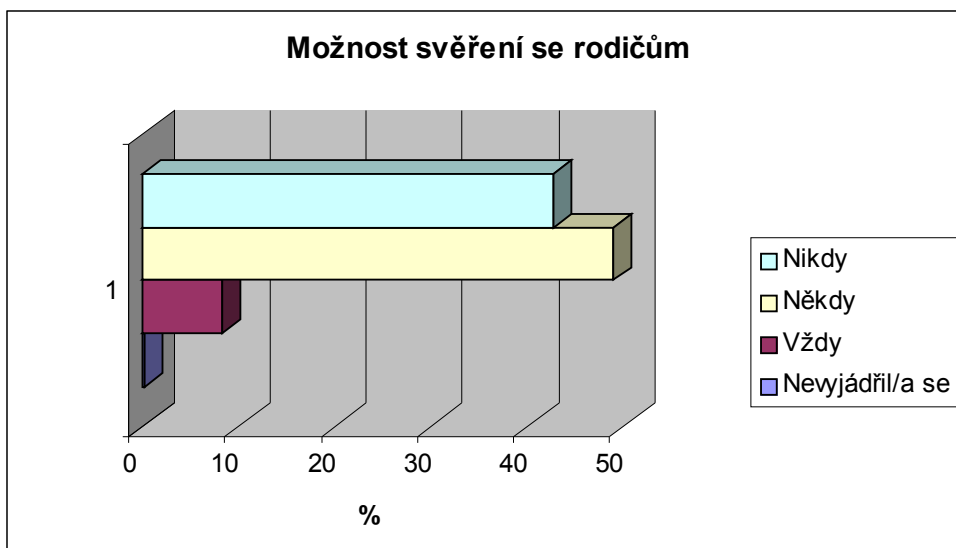






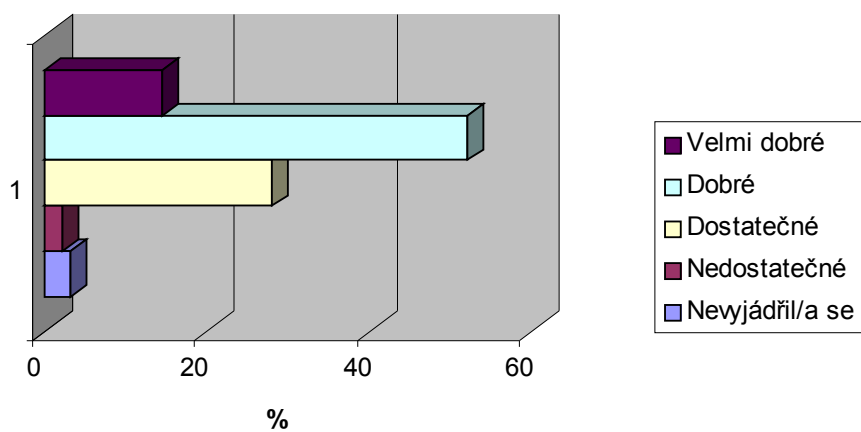
### Svěření se v případě setkání s drogou



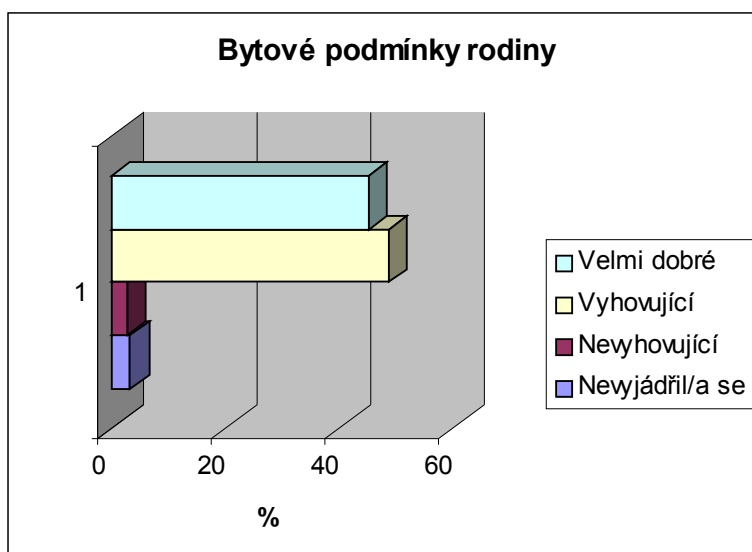


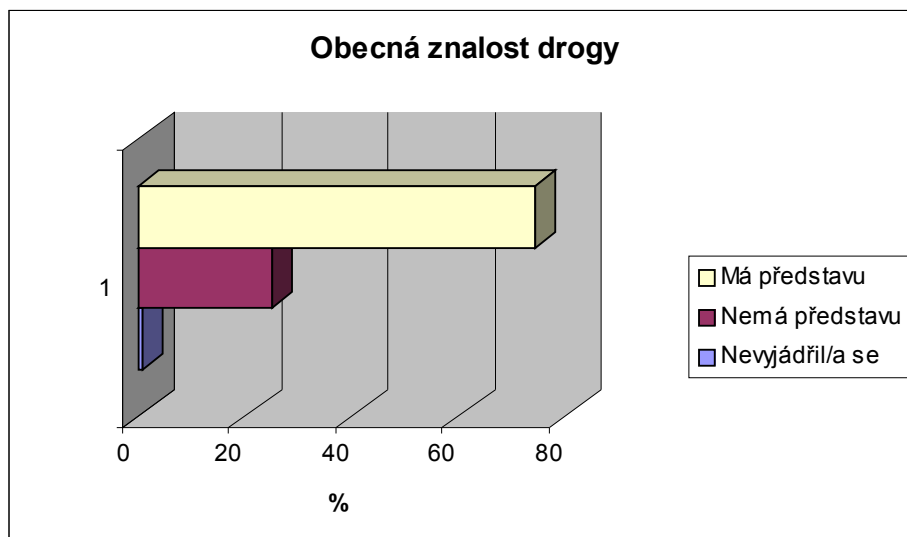
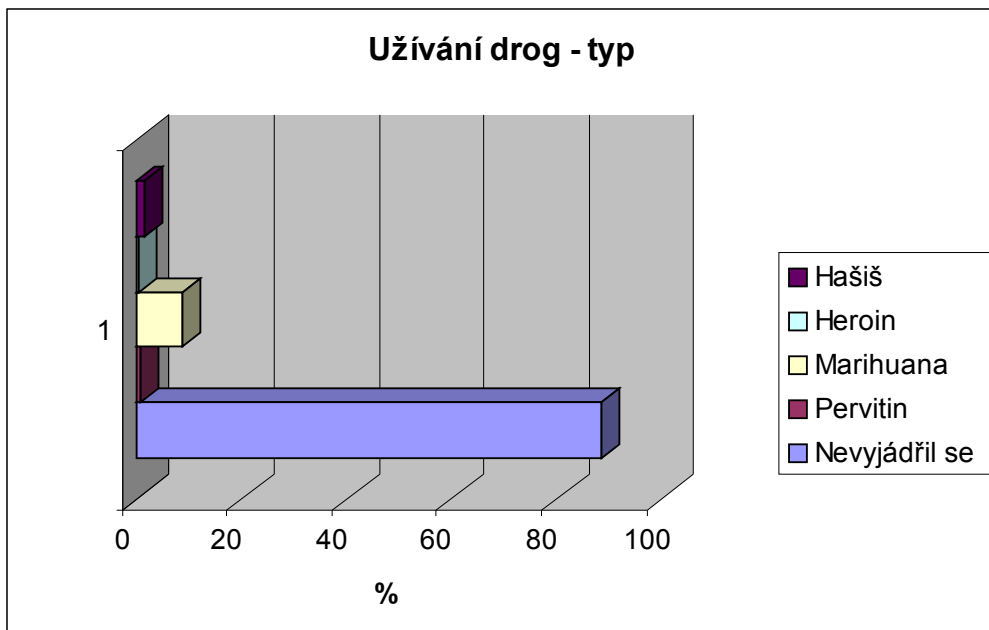


### Současné ekonomické podmínky rodiny

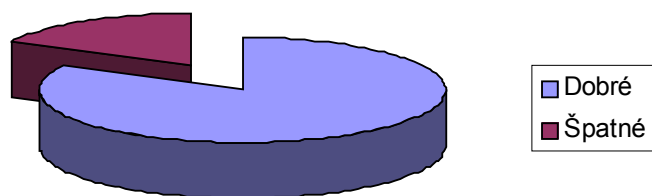


### Bytové podmínky rodiny

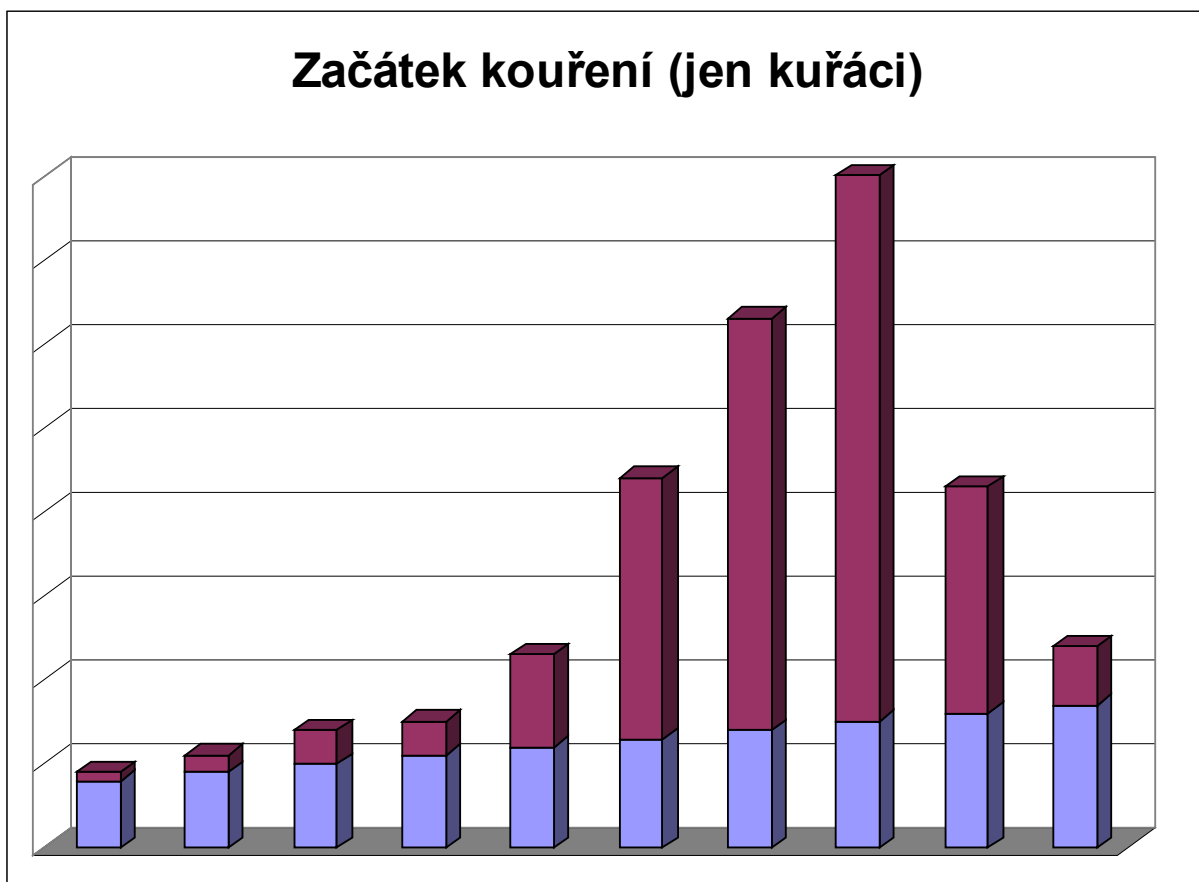




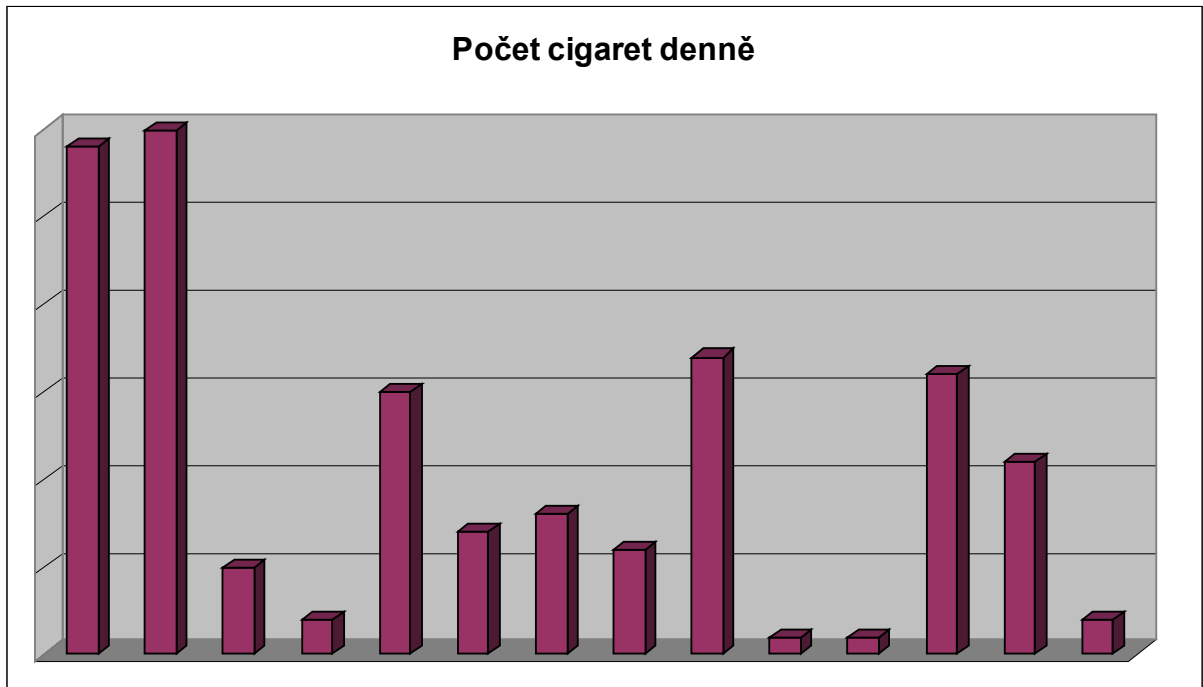
**Pocity po užití drogy (pokud užil/a a  
odpověděl/a)**



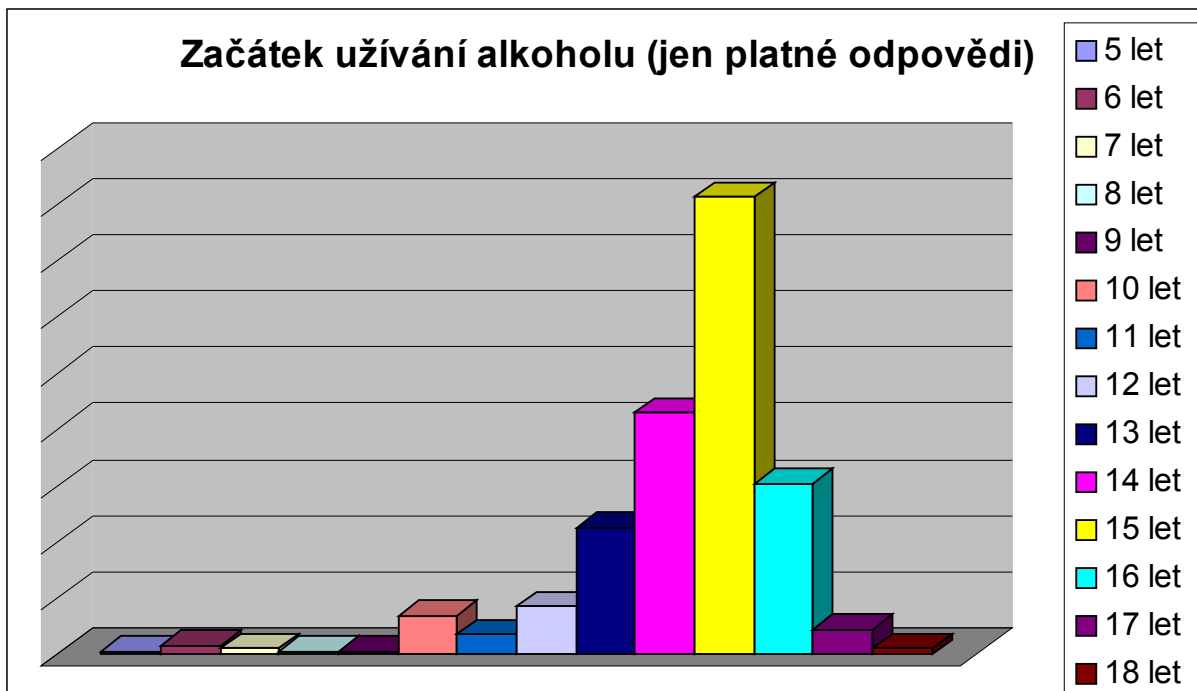
### Začátek kouření (jen kuřáci)



8:0,5% 9:1% 10:2% 11:2% 12:5,5% 13:15,4% 14:24,4% 15:32,3% 16:13,4% 17:3,5%



1 2 3 4 5 6 7 8 10 11 12 15 20 40



PhDr. Květoslava Skálová a kolektiv

