

Psychologie a abúzus návykových látek

The Psychology and Abuse of Addictive Substances

Bc. Klára Nerušilová

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta aplikované informatiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta aplikované informatiky
akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Klára Nerušilová**
Osobní číslo: **A13409**
Studijní program: **N3902 Inženýrská informatika**
Studijní obor: **Bezpečnostní technologie, systémy a management**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Psychologie a abúzus návykových látek**
Téma anglicky: **The Psychology and Abuse of Addictive Substances**

Zásady pro vypracování:

1. Zpracujte rešerši literatury, která se vztahuje ke zpracovávanému tématu.
2. Vymezte fenomenologické a etiologické otázky spojené s abúzem návykových látek, včetně legislativních, sociálních a historických souvislostí.
3. Analyzujte aktuální situaci v oblasti návykových látek a možnosti eliminace patologických projevů, sociální dopady.
4. Zpracujte metodiku výzkumné části kvalifikační práce.
5. Výstupy výzkumu a analytické části kvalifikační práce využijte pro vlastní návrhy a opatření, výstupy statisticky vyhodnoťte a zpracujte graficky.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. Drogy a společnost. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990, 342 s. Život a zdraví. ISBN 80-201-0087-3.
2. KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-61.
3. KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-62.
4. MRAVČÍK, V., JURYSTOVÁ, L., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. ISBN 978-80-7440-109-1.
5. NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost. 4. vyd. Praha: Portál, 2011, 342 s. ISBN 978-80-262-0189-2.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Mgr. Stanislav Zelinka**
Ústav bezpečnostního inženýrství

Datum zadání diplomové práce: **12. ledna 2015**

Termín odevzdání diplomové práce: **15. května 2015**

Ve Zlíně dne 6. února 2015



doc. Mgr. Milan Adámek, Ph.D.
děkan



doc. RNDr. Vojtěch Křesálek, CSc.
ředitel ústavu

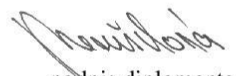
Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové/bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty aplikované informatiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užit své dílo – diplomovou/bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové/bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považuji se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na diplomové/bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 25.5.2015


podpis diplomanta

ABSTRAKT

Cílem diplomové práce je analýza psychologických a sociálních předpokladů (dispozic) pro zneužívání (nadužívání) návykových látek, včetně vyhodnocení sociálních dopadů.

Klíčová slova: drogy, abúzus, návykové látky, psychologie, prevence

ABSTRACT

The aim of this thesis is to analyze the psychological and social assumptions (available) for the abuse (abuse) of drugs, including assessment of social impacts.

Keywords: drugs, abuse, addictive substances, psychology, prevention

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu diplomové práce panu PhDr. Mgr. Stanislavu Zelinkovi, kterému vděčím za cenné rady, díky kterým jsem tuto práci zpracovala.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE UŽÍVÁNÍ PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK.....	12
1.1 HISTORIE UŽÍVÁNÍ PSYCHEDELICKÝCH DROG	12
1.2 HISTORIE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH DROG.....	13
2 ROZDĚLENÍ A ÚČINKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK	14
2.1 ALKOHOL	14
2.1.1 Poruchy spojené s užíváním alkoholu.....	14
2.1.2 Účinky alkoholu	14
2.2 OPIOIDY A OPIÁTY	15
2.2.1 Účinky opioidů a opiátů	15
2.2.2 Heroin.....	16
2.2.3 Braun	16
2.2.4 Metadon.....	16
2.3 STIMULAČNÍ DROGY	17
2.3.1 Účinky stimulancí	17
2.3.2 Kokain	17
2.3.3 Pervitin	18
2.4 HALUCINOGENNÍ DROGY	18
2.4.1 Účinky halucinogenů	18
2.4.2 LSD	19
2.4.3 Psilocybin.....	20
2.5 KONOPNÉ DROGY	20
2.5.1 Účinky konopných drog.....	21
2.5.2 Marihuana	21
2.5.3 Hašiš.....	22
2.6 TĚKAVÉ LÁTKY	22
2.6.1 Účinky těkavých látek.....	22
2.6.2 Jednotlivé inhalační drogy	23
2.7 TABÁK	23
2.7.1 Účinky tabáku	23
3 PSYCHOLOGICKÉ A PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY VZNIKU	
ZÁVISLOSTI.....	24
3.1 FAKTORY SOUVISEJÍCÍ S ÚČINKEM DROGY	24
3.1.1 Dosažení větší kontroly, moci nad sebou samým nebo nad druhými	25
3.1.2 Urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje.....	25
3.1.3 Zbavení se nepříjemného stavu	26
3.1.4 Vyvolání slasti, příjemného stavu, zintenzivnění smyslových zážitků.....	26
3.1.5 Usnadnění přizpůsobení	26
3.1.6 Součást asociálního životního stylu	26
3.2 DROGOVÁ ZÁVISLOST Z HLEDISKA PSYCHOTERAPIE.....	27
3.2.1 Spirituální přístup.....	27
3.2.2 Psychodynamický přístup	27

3.2.3	Přístup rodinné terapie	28
3.2.4	Behaviorální přístup	28
3.3	INTEGROVANÉ PŘÍSTUPY	28
II	PRAKTICKÁ ČÁST	29
4	UŽÍVÁNÍ DROG V ČR ZA ROK 2013	30
4.1	UŽÍVÁNÍ DROG V OBECNÉ POPULACI ČR 2013	31
4.2	POSTOJ K UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK	32
4.3	UŽÍVÁNÍ DROG VE ŠKOLNÍ POPULACI.....	33
4.4	PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG	34
4.4.1	Problémové užívání pervitinu a opioidů v ČR.....	35
4.4.2	Problémové užívání konopných látek v ČR.....	36
4.5	SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI UŽÍVÁNÍ DROG A RESOCIALIZACE.....	36
4.5.1	Sociální vyčlenění a užívání drog	36
4.5.1.1	Užívání drog v romské populaci.....	37
4.5.1.2	Užívání drog u bezdomovců	37
4.5.2	Sociální reintegrace uživatelů drog.....	38
4.6	DROGOVÁ KRIMINALITA.....	40
5	DROGOVÁ ZÁVISLOST A JEJÍ PREVENCE	42
5.1	PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	42
5.2	SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	43
5.3	TERCIÁLNÍ PREVENCE.....	45
6	NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ POLITIKA	46
6.1	NÁRODNÍ STRATEGIE PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2013 - 2015	46
6.1.1	Akční plán	47
6.1.2	Priority Akčního plánu na období 2013 – 2015	48
6.1.2.1	Snížení míry nadměrného pití alkoholu a užívání konopí mladými lidmi	48
6.1.2.2	Zaměření se na vysokou míru problémového užívání pervitinu a opiátů	48
6.1.2.3	Zefektivnění financování protidrogové politiky	49
6.1.2.4	Integrovaná protidrogová politika	49
7	VLASTNÍ NÁVRHY A OPATŘENÍ.....	50
7.1	PREVENCE	50
7.2	VYŠŠÍ MÍRA INFORMOVANOSTI.....	51
7.3	SNÍŽENÍ DOSTUPNOSTI NELEGÁLNÍCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	51
7.4	SNÍŽENÍ MÍRY UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU.....	51
7.5	FINANCE.....	51
7.6	LEGALIZACE MARIHUANY	52
7.7	PROGRAMY PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ	52
7.8	POMOC RODINY A BLÍZKÝCH	53
	ZÁVĚR	54
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	55
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	57
	SEZNAM OBRÁZKŮ	58

SEZNAM TABULEK.....	59
SEZNAM GRAFŮ	60

ÚVOD

Užívání psychotropních látek doprovází samotné lidstvo od jeho počátků. Důvodů k užívání těchto látek existuje několik. Od spirituálních seancí, jejichž účelem byla snaha propojit se s Bohem a přírodou, přes užívání pro zábavu a uvolnění až po snahu uniknout před realitou. Bohatý výběr psychotropních látek poskytovala a dále poskytuje lidem příroda, avšak v moderní době existují i drogy syntetické. Toto rozšiřování „repertoáru“ vedlo až k neustále narůstajícímu počtu uživatelů drog a s tím spojenému zvyšování drogové trestné činnosti. Zvláště v posledním období se zdá být nárůst uživatelů psychotropních látek poněkud rapidní. Důvodem je pravděpodobně stále hektičtější doba, která na jedince klade vyšší nároky. Proto je potřeba zabývat se také sociálními a psychologickými aspekty, které mohou vést ke „sklouznutí“ jedince až k drogové závislosti. Ovšem užívání návykových látek není pouze výsadou sociálně slabších jedinců, jak by se na první pohled mohlo zdát. Stále častěji se objevuje závislost také u vysoce postavených osob, které si touto cestou napomáhají ke zvládnutí svých náročných funkcí. Jak jsem již řekla, je tedy velmi důležité analyzovat, co vedlo každého konkrétního jedince k abúzu návykových látek.

Má práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se věnuje především rozdělení jednotlivých drog do příslušných skupin včetně popisu jejich účinku na člověka. Dále budu pojednávat o psychologických a sociálních aspektech, které vedly k užívání návykových látek včetně postupů jak je možné z hlediska psychoterapie postupovat při odstraňování závislosti. V praktické části se budu zabývat současnou drogovou situací v České republice, kterou vyhodnotím a navrhnou potřebná opatření, která by vedla ke zlepšení stavu užívání návykových látek.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE ÚŽÍVÁNÍ PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK

Za historicky nejstarší zkušenost člověka s psychotropními látkami je považováno užívání tzv. psychedelických drog. Tyto drogy se využívaly zejména v rámci rituálních zvyklostí či k medicinskému záměru. Mezi historicky mladší zkušenost člověka s psychotropními látkami patří zneužívání tzv. návykových drog, jež byly a jsou konzumovány příležitostně a stále častěji přináší jejich uživateli utrpení závislosti. [1]

1.1 Historie užívání psychedelických drog

Historie užívání psychedelických látek je stará jako lidstvo samo. Při zkoumání starých domorodých kultur z různých částí Zeměkoule došli archeologové k jednoznačnému zjištění. Psychedelické látky byly a jsou hojně využívány k léčbě, šamanismu, propojení člověka s vesmírem, věštění a dalším rituálním činnostem. Tyto látky obecně navozují intenzivní pocity transformace člověka, spojení s „vyšší mocí“, člověk cítí porozumění s okolním světem a prohlubuje se jeho vědomí. Historicky nejstarším doloženým důkazem je využívání psychedelických drog k šamanským rituálům. Šamani měli velmi propracované techniky pro vyvolání změněných stavů vědomí. [1]

Jako příklad lze uvést široce zastoupené užívání psychedelických látek v Jižní Americe. V amazonské oblasti je známá substance jménem ayahuasca. Tento nápoj se připravuje z liány, která je mezi zdejšími obyvateli nazývána jako liána smrti. Používá se k šamanským rituálům, jejichž cílem je zejména hluboké propojení vědomí s přírodou a vesmírem. V současnosti se dokonce za tímto účelem do amazonské oblasti pořádají zájezdy. [1]



Obrázek 1 – Příprava ayahuascy [7]

Zapomenout bychom neměli také na konopí, které provází člověka stejně dlouho jako alkohol. Konopí bylo využíváno pro rituální, léčebné a posvátné procedury zejména v Africe, Indii, Číně, Tibetu, Severní a Jižní Americe. Tato rostlina byla známa pod různými názvy – marihuana, ganja, hašiš, atd. V Evropě se konopí objevuje od 5. stol. po Kristu. [1]

1.2 Historie užívání návykových drog

Nejstarší zmínky o užívání opiátů jsou staré 6000 let a pocházejí ze staré říše Sumerské. Poté se pěstování máku pro jeho narkotické účinky rozšířilo do Egypta, Řecka a později více na Západ. V Číně došlo k masovému užívání opia nejdříve pomocí konzumace, poté se přešlo na kouření. Opium se využívalo podobně jako hašiš k léčebným účelům a kulturním obřadům. [1]

Kokain – droga, která je extraktem z rostliny *Erythroxylon coca* byla užívána již před 5000 lety v Jižní Americe. Rostlina byla využívána v rámci rituálů a podle pověsti měla přinést novou sílu a nasycit pokleslé na duchu. [1]

V roce 1887 byl poprvé syntetizován amfetamin chemikem Edeleanu. Později tuto látku používali studenti za účelem oddálení ospalosti a snahy dosáhnout lepších studijních výsledků. [1]

2 ROZDĚLENÍ A ÚČINKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK

2.1 Alkohol

Alkohol, známý též jako etylalkohol vzniká za pomoci chemických procesů, které vznikají při kvašení sacharidů. Vyšší koncentraci alkoholu se dosahuje destilací. Etylalkohol byl ve formě nápoje požíván již v historické době a to primárně k léčebným účelům. Později však také jako návyková látka. [1]

Pro závislost na alkoholu existuje název **alkoholismus**. Česká republika je nechvalně známá v celosvětovém žebříčku nejvyšší spotřeby alkoholických nápojů, jelikož se každoročně umísťuje na prvních místech. Pravidelné užívání alkoholu ve velkém množství vede ke zdravotním potížím a k závislosti. [1]

2.1.1 Poruchy spojené s užíváním alkoholu

Poruchy, které jsou důsledkem nadměrného užívání alkoholu lze z psychiatrického hlediska rozdělit do následujících dvou skupin: [1]

- 1) Poruchy, které vznikají následkem přímého účinku alkoholu na centrální nervový systém (intoxikace alkoholem, psychotická porucha, odvykací stav, atd.) [1]
- 2) Poruchy, jež se projevují návykovým chováním a mohou přejít až v závislost na alkoholu (narušená kontrola užívání, syndrom závislosti na alkoholu, atd.) [1]

2.1.2 Účinky alkoholu

Psychoaktivní účinky alkoholu na uživatele závisí na mnoha faktorech. Vedle zkonsumovaného množství alkoholu záleží také na formě a způsobu užití. Další faktory, které mají vliv na výsledné projevy chování, jsou také psychologického a sociálního rázu. Patří sem například vliv prostředí, ve kterém konzument pije, vliv dalších osob nebo také očekávaný efekt. [1]

Projevem akutní intoxikace alkoholem je ve většině případů jen obyčejná opilost. Na začátku konzumace či při nižších dávkách se alkohol projevuje stimulačně. Důsledkem je lepší nálada, vyšší sebevědomí, mnohmluvnost. Později dochází ke snížení zábran a agresivitě. Při konzumaci nápojů s vyšším obsahem alkoholu nebo při konzumaci, která trvá delší dobu nepřerušovaně, dochází k útlumu. Útlum a únava je hlavním efektem etylalkoholu

na centrální nervovou soustavu. V některých případech může uživatel přijít až do stavu bezvědomí či smrti. [1]

Stádia intoxikace alkoholem:

- 1) Excitační stádium – vede k lehké opilosti
- 2) Hypnotické stádium – vede k opilosti středního stupně
- 3) Narkotické stádium - vede k významným známkám opilosti
- 4) Těžká narkotická intoxikace – riziko bezvědomí, zástavy dechu a krevního oběhu

2.2 Opioidy a opiáty

Jako opioidy jsou označovány látky, které byly původně izolované z opia. Opium je usušená tekutina, která se získává narušováním (nejčastěji nařezáváním) nezralých makovic máku setého. Opioidy se využívají ve zdravotnictví jako velmi silné léky proti bolesti nebo také léky proti kašli, jelikož tyto látky tlumí kašlací reflex. Hlavní představitelé skupiny opioidů jsou Heroin, Metadon a Braun. [1]

2.2.1 Účinky opioidů a opiátů

Na CNS mají opioidy převážně tlumivé účinky, potlačují bolest, působí euforii ospalost a zklidnění. Jelikož dochází k útlumu dýchacího centra, může dojít až k zástavě dechu. Jak již bylo řečeno, opioidy se používají také ve formě léku na kašel, protože potlačují kašlací reflexy. Dále dochází k zúžení zornic a snížení tělesné teploty. [1]

Užití těchto látek ovlivňuje také krevní oběh, kde dochází k rozšíření cév, zpomalení frekvence srdeční činnosti a poklesu krevního tlaku. V některých případech může dojít až k zástavě krevního oběhu. [1]

Mezi další účinky, které s sebou užití opioidů přináší, jsou zácpa, svědění kůže, u žen dokonce může docházet až ke sterilitě. [1]

Při intoxikaci se objevuje zklidnění a příjemná euforie. Dojde-li ovšem k akutní intoxikaci, prvními příznaky jsou nevolnost, pocit tepla v obličeji, hučení v uších a svědění. Postižený se škrábe po celém těle, i když je v kómatu, dojde k rozšíření zornic a zvýšení somatických reflexů. [1]

2.2.2 Heroin

Je jedním z hlavních představitelů skupiny opiátů. Heroin byl původně distribuován jako lék proti závislosti na morfinu a zpočátku byl považován za lék, který má nulové riziko závislosti. Jedná se již po dlouhá léta o nejrozšířenější drogu na světě ve své kategorii. Nejčastěji se aplikuje nitrožilně, což je také aplikace nejrizikovější. Mezi méně rizikové aplikace patří kouření, šňupání nebo inhalace.

Závislost u Heroinu vzniká pravidelně a rychle a to již po několika týdnech užívání. Stejně jako u ostatních látek patřících do této skupiny vzniká na Heroin závislost jak psychická tak fyzická. [1]



Obrázek 2 – Heroin [6]

2.2.3 Braun

Braun je česká droga vyráběná v domácích laboratořích z léčiv, které obsahují kodein. Název Braun (Brown) je odvozen od specificky hnědé barvy této látky, která se aplikuje nitrožilně. Často se Braun prodává na nelegálním trhu jako náhražka za Heroin. Stejně jako u Heroinu dochází vlivem nadužívání této drogy k psychické i fyzické závislosti. Má ovšem nižší potenciál pro vznik závislosti než Heroin. [1]

2.2.4 Metadon

Metadon se vyrábí legálně pro lékařské účely, ovšem v poslední době se objevuje i na nelegálním trhu. Jedná se o syntetický opioid, který je používán pro léčbu závislosti na heroínu. U nás je nejčastější aplikace ústí v podobě tabletek, v zahraničí se používá i nitrožilní aplikace. [1]

2.3 Stimulační drogy

Psychostimulancia jsou látky, které mají nefyziologický budivý efekt na centrální nervový systém. Mezi hlavní zástupce patří pervitin (metanfetamin), kokain, amfetamin, mezi již méně typické zástupce patří extáze. [1]

2.3.1 Účinky stimulancí

Mezi hlavní účinky psychostimulancí patří nápadné zvýšení psychomotorického tempa a bdělosti, což se projevuje urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti. Snižuje se potřeba spánku a člověk se necítí unavený, naopak se objevuje euforie a velmi příjemný pocit síly a energie. Snižuje se také chuť k jídlu. [1]

Jako u většiny drog i u stimulancí vzniká vlivem dlouhodobého užívání závislost. U těchto látek nejde o fyzickou závislost, ale „jen“ o závislost psychickou, která se projevuje přílišným dychtěním po látce. [1]

Užívání stimulancí zatěžuje celý organismus, především pak kardiovaskulární systém, dále se také zvyšuje riziko srdečních a mozkových příhod. Organismus je po celou dobu účinku připraven na vrcholový výkon, což vzhledem ke snížení chuti k jídlu vede k velice rychlému zhubnutí. [1]



Obrázek 3 – Čistý metanfetamin [8]

2.3.2 Kokain

Kokain (kokeš, koks, kokos, sníh) je synteticky vyráběn z jihoamerické rostliny jménem Koka pravá. Jedná se o bílý prášek, který je rozšířen především v USA a Kanadě, v Evropě se jedná o drogu spíše okrajovou. Tradičním způsobem užívání kokainu je žvýkání listů

koky, ovšem v našich podmínkách se užívá většinou formou šňupání. Doba účinku je krátká, většinou okolo 30 minut. Uživatel se po aplikaci drogy cítí svěží, má mnoho energie, necítí hlad a typická je také větší míra sebevědomí. Závislost fyzického rázu na Kokainu nevzniká, ale vzniká závislost psychická. Léčba psychické závislosti je komplikovanější než léčba závislosti fyzické, jelikož uživatel potřebuje drogu v každodenním životě, například i v práci. [1]

2.3.3 Pervitin

Pervitin (perník, piko, peří, péčko) patří do skupiny stimulačních drog a je účinnější než amfetamin. V čisté formě má vzhled bílého prášku, na černém trhu se objevuje v barvě nažloutlé nebo nařiaovělé, jelikož obsahuje zbytky příměsí použitých při jeho výrobě. Pervitin nabízí mnoho forem užívání, prášek se může šňupat, kouřit nebo rozpustit ve vodě a aplikovat nitrožilně. V České republice je tato droga dobře dostupná, jelikož je často připravována tzv. „vařiči“ v domácích laboratořích. Člověk na pervitinu nepociťuje únavu, hlad ani potřebu spánku. Jeho myšlení a pohyby jsou zrychlené, má nadbytek energie. Stejně jako je tomu v případě Kokainu, i na Pervitinu vzniká závislost psychická, je tedy velmi obtížné tuto závislost vyléčit. [1]

2.4 Halucinogenní drogy

Halucinogenní drogy vzbuzují velký zájem mezi vědci, proto patří mezi nejvíce zkoumanou skupinu drog. Důvodem tohoto zájmu jsou nejen jejich neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka, ale také jistá nevyzpytatelnost a mystičnost, spojená s užíváním halucinogenů mnoha kulturami od nepaměti. Patří sem několik stovek látek, které můžeme rozdělit do tří základních skupin a to: [1]

- přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu (durman, mezkalin, psilocybin, atd.) [1]
- přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (bufetenin) [1]
- syntetické (umělé) a semisyntetické (poloumělé) halucinogenní drogy (LSD, PCP) [1]

2.4.1 Účinky halucinogenů

První příznaky intoxikace se objevují zpravidla po několika minutách až jedné hodině po požití látky. U halucinogenů se doba nástupu i účinků odvíjí od množství látky, čistoty a

individuální citlivosti na jejich působení. Zpočátku uživatel pociťuje mírné chvění, neschopnost ovládat svoje pohyby, někdy dochází k pocitu nevolnosti či závratě. Velice ojedinele dochází k silnému pocitu nevolnosti až pocitům na zvracení. Po krátké chvíli tyto účinky odezní. U lysohlávek dochází k výraznějším tělesným příznakům, které jsou často spojeny s mírným třesem a neklidem, doprovázeným zvýšeným krevním tlakem a tepem. Výjimečně může stav dojít do fáze, kdy se u uživatele objevuje agresivní chování. Délka intoxikace se pohybuje mezi 4 až 8 hodinami, v závislosti na množství požití látky. [1]

Pro nižší dávky jsou charakteristické iluze a pseudohalucinace. Typická je také zvýšená citlivost vnímání barev, ornamentů a také se mění vnímání prostorové. V drtivé většině cítí uživatel pocit mírné euforie a dobré nálady, ovšem může také docházet k pocitům úzkosti a nepohody. [1]

V případě požití vyšších dávek látky existuje riziko silných halucinatorních stavů, bez možnosti ovlivnění vůle, což může být osobou s vysokou potřebou sebekontroly vnímáno negativně. Vlivem těchto negativních pocitů dochází k tzv. bad tripu. Vyšší dávky mohou způsobovat poruchy myšlení, paranoiditu, doprovázené poruchami paměti a pozornosti. [1]

2.4.2 LSD

LSD se na našem trhu objevuje nejčastěji ve formě tzv. tripů nebo krystalů. V prvním případě se jedná o malé papírové čtverečky, které bývají často výrazně barevné a nesou na sobě obrázky či symboly. V druhém případě jde o malé krystaly zelené nebo modré barvy, které svým vzhledem připomínají umělé hnojivo. Obě formy LSD se užívají perorálně, vloží se pod jazyk, dokud nedojde k jejich úplnému rozpuštění. Drogy, které jsou dostupné na černém trhu ve formě krystalů nebo papírků mají často příměs stimulantů (nejčastěji extáze), je tedy těžší předvídat účinky, což vede ke zvýšení rizika užívání. [1]



Obrázek 4 – LSD ve formě obrázku [9]

2.4.3 Psilocybin

Psilocybin je obsažen v houbách rodu *Lysohlávek* a jedná se o velice aktivní látku. *Lysohlávky* se hojně vyskytují na většině území České republiky, není tedy divu, že tato historicky velmi stará droga patří mezi nejrozšířenější halucinogenům rostlinného původu. Na černém trhu se objevují *Lysohlávky* většinou v podobě usušených klobouků houby. Není lehké určit cenu na černém trhu jako u ostatních drog, jelikož jde obvykle spíše o výměnu či dar, nežli o prodej. Dostupnost je vysoká z důvodu snadného sběru a sušení drogy. Je velkým problémem určit množství aktivní látky v houbě, s čímž stoupá riziko spojené s kontrolou intoxikace. Droga se užívá perorálně. [1]



Obrázek 5 – *Lysohlávky* [10]

2.5 Konopné drogy

Původním domovem Konopí je pravděpodobně střední část Asie, odkud se díky své nenáročnosti na pěstování rozšířilo do celého světa. V České republice se pěstuje na celém území, ale nejkvalitnější rostliny s největším podílem psychoaktivních látek pocházejí z Jižní a Severní Moravy, jelikož se jim tu nejvíce daří. Všechny druhy konopí mají jak samčí tak samičí rostliny. Významnější jsou rostliny samičího rodu jak v hospodářství, tak z hlediska podílu psychoaktivních látek. [1]

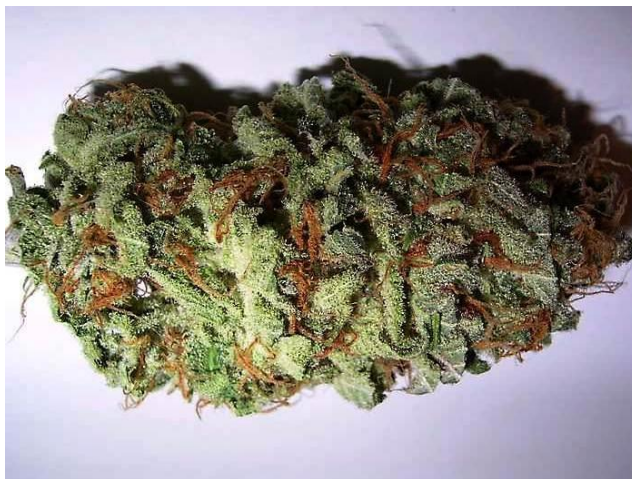
2.5.1 Účinky konopných drog

Účinné látky obsažené v konopí se nazývají cannabinoidy. Tyto látky mají kromě psychotropního efektu i další zajímavé a užitečné vlastnosti, mezi něž patří například analgetický vliv a schopnost potlačení nevolnosti a zvracení. Proto jsou také využívány při léčbě AIDS nebo při nevolnostech vyvolaných chemoterapií. [1]

Drogu je podle formy možno užívat kouřením či perorálně, od toho se také odvíjí rychlost nástupu účinku, kdy v případě kouření jde o několik minut. Stav obvykle přetrvává tři až šest hodin. Typickými příznaky jsou sucho v ústech, pocit hladu, čas se vleče, uživatel pocíťuje euforii a dobrou náladu. Někdy se může objevovat nevolnost a úzkostné stavy.

2.5.2 Marihuana

Marihuana (tráva, maruška, zelí, atd.) představuje název pro usušené květenství samičí rostliny konopí. Dle způsobu sušení a přípravy se objevuje marihuana v různých zbarveních, od zelené po skoro černou barvu, která je důsledkem nekvalitního sušení a přípravy. Usušená rostlina je na pohled tzv. orosená, na dotek lepí a má výrazné aroma. Pašovaná marihuana bývá očištěná od semínek, kdežto marihuana vypěstovaná v Čechách semínka obvykle obsahuje. Podobně jako u LSD je marihuana lehce dostupná, jelikož si ji uživatel může vypěstovat sám.



Obrázek 6 – Sušená Marihuana [11]

2.5.3 Hašiš

Hašiš je název pro konopnou pryskyřici, která dle čistoty může obsahovat drobné množství květenství. Barva hašiše bývá většinou tmavě nebo světle hnědá, může se objevit i zelenohnědá barva. Hašiš může obsahovat až 40% aktivních látek, tato forma je silnější než marihuana čímž se potencionálně zvyšují rizika spojená s užíváním. [1]



Obrázek 7 – Hašiš [12]

2.6 Těkavé látky

Mezi těkavé látky nebo také inhalační drogy patří některá rozpouštědla, lepidla, ředila, ale i plynné látky jako třeba rajský plyn. Jednotlivé těkavé látky se od sebe odlišují svým složením, účinkem a klinickým obrazem. Jedno mají, ale společné, a to ovlivněná CNS, které se projevuje euforií spojenou s útlumem, mohou se také objevovat zrakové či sluchové halucinace. [1]

2.6.1 Účinky těkavých látek

Při inhalaci toluenu se velmi rychle objeví velmi rychle pocit euforie a porucha vnímání provázená halucinacemi. Dochází také k útlumu, k poruchám vědomí, ke spánku. Lze se velice lehce předávkovat, jelikož není možné odhadnout množství účinné látky. Při dlouhodobém užívání dochází u uživatele k otupění, poruchám chování, zejména k agresivitě ztrátě zájmů a výkonnosti. Při předávkování hrozí kóma a smrt. [1]

2.6.2 Jednotlivé inhalační drogy

Toluen

V současné době se jedná o nejrozšířenějšího zástupce inhalačních drog v České republice. Jedná se o bezbarvou tekutinu, která je získávána z ropy, lehkých olejů nebo z koksových plynů. Toluen se používá jako rozpouštědlo a ředidlo, zejména laků. [1]

Trychlorethylen

Jedovatá tekutina sloužící především jako rozpouštědlo, užívané na některých průmyslových pracovištích. Bývá zneužíváno jako inhalační droga způsobující halucinace a euforii. [1]

Mezi další inhalační drogy u nás méně obvyklé patří Aceton, Éter, Benzin a Rajský plyn. [1]

2.7 Tabák

Jediná návyková látka, obsažená v tabáku je nikotin. Jde o bezbarvou tekutinu bez zápachu. Díky této látce vzniká u člověka nejprve psychosociální závislost na tabáku, později dochází také k fyzické závislosti. Smrtná dávka nikotinu pro člověka se pohybuje okolo 80mg. [1]

2.7.1 Účinky tabáku

Akutní účinky nejsou tak podstatné, může se objevit podráždění sliznic, bolest hlavy, průjem. Tyto příznaky mohou někoho od kouření tabáku odradit, ale většinou tomu tak není. Větším problémem je vznik závislosti. Abstinenční příznaky se objevují již několik hodin po poslední dávce nikotinu, kuřák je nervózní, podrážděný, touží po cigaretě. [1]

3 PSYCHOLOGICKÉ A PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI

S rozvojem psychologie a psychoterapie došlo k hledání souvislostí mezi vznikem a rozvojem závislosti a psychikou člověka. Šlo zejména o zkoumání osobnostních vlastností nebo také o hledání souvislostí vnitřní psychologické dynamiky. Postupem času byla toxikomanie uznána jako duševní porucha a díky tomu mohl začít hlubší výzkum této poruchy. [1]

3.1 Faktory související s účinkem drogy

Velmi častým výsledkem těchto výzkumů bylo, že droga je u většiny jedinců užívána právě pro její účinky, a to: [1]

- droga uživateli pomáhala řešit stávající stav (deprese, pocit selhání, pocit nejistoty, pocit samoty, pocit frustrace, pocit bezmoci, nízká sebedůvěra, atd.) [1]

nebo

- droga nabízela něco, po čem jedinec touží (vzpouora, odvaha, vzdor, sex, moc, legrace, uvolnění, únik, atd.) [1]

Občas také docházelo k užívání drogy jen díky pouhé příležitosti spojené s ignorancí. Výsledkem je, že můžeme hovořit o šesti základních vlastnostech, které určité druhy drog nabízejí: [1]

1. Možnost dosažení větší kontroly, moci nad sebou samým nebo nad druhými [1]
2. Urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje, možnost zažít zvláštní poznání, díky kterému si mohu uvědomit více sám sebe či smysl svého života [1]
3. Zbavení nepříjemného stavu, který je aktuální nebo permanentní, například pocitu neschopnosti, méněcennosti nebo stavů, které doprovází fyzické či duševní nemoci [1]
4. Vyvolání slasti, příjemného stavu a zintenzivnění smyslových zážitků [1]
5. Možnost cítit se lépe mezi těmi, kteří drogu běžně užívají – usnadnění přizpůsobení [1]
6. Pomoc při asociálním stylu života, kdy droga posiluje agresivitu a sebestřednost, potlačuje sebezpytování a případné nepříjemné pocity spojené s výčitkami svědomí [1]

3.1.1 Dosažení větší kontroly, moci nad sebou samým nebo nad druhými

Většina pokušení nabízí tři hlavní odměny a to: moc, poznání a sex. Drogy působí na jedince dojmem všeléku, jelikož toto vše v první fázi užívání nabízí. Z tohoto důvodu bylo dříve užívání drog více střeženo a vázáno zejména na rituální podmínky. Drogová závislost v současné době děsí svojí nekontrolovatelností, která je výsledkem toho, že v psychice uživatelů neexistují dostatečně vyvážené alternativy. [1]

V dnešní době jsou drogy lehce dostupné a tak je jednoduché začít s jejich užíváním. Velmi ohroženou skupinou jsou mladí lidé, kteří začínají drogu užívat právě proto, že v ní nalézají pozitivní životní program či hodnoty. Stále častěji se objevuje neschopnost žít nezávisle a sám se rozhodovat. Lidé mají v dnešní době strach ze samostatné volby a kontroly nad svým životem, což se může projevovat podrážděním a úzkostí. Všechny tyto faktory poté vedou právě k začátkům užívání drog a následné závislosti, jelikož si má jedinec pocít, že mu v těchto těžkých chvílích droga pomůže. [1]

Zatím nejúčinnější technikou ztráty kontroly nad drogou je její snížená dostupnost hlavně pro ty, kteří mají problém se sebeovládáním a nemají zatím stabilní svět vnitřních hodnot. Teorie závislosti, která byla vypracována hnutím Anonymních alkoholiků a Anonymních narkomanů doporučuje blízkým závislého, aby se vzdali kontroly nad jeho životem, jelikož tento jedinec má v opačném případě pocít, že díky drogám přestal být schopen řídit vlastní život. [1]

3.1.2 Urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje

V 60. letech přitahovala psychedelika velký zájem nejen u uživatelů drog, ale také u vědců. Lidé měli pocit, že jim tyto drogy otevírají mysl a stimulují mozek. Proto se také začala celá řada významných výzkumníků o psychedelika zajímat. Jednalo se především o LSD, kde bylo zkoumáno co se děje s lidským mozkem po požití drogy. V běžném stavu nebylo totiž možné využívat mozek tak, jako se dal využívat pod vlivem této drogy. Jedinec mohl na jedné straně prožívat pocity procitnutí a uvědomění si určitého řádu, který dříve neznal. Na straně druhé jej chaos, do kterého byl drogou uvržen, vyzýval k dalšímu úsilí přijmout tuto informaci jako přirozenou vesmírnou základnu, z které mysl teprve utváří proud omezeného, ale jasného vědomí. Z pozdějších výzkumů, ale stále častěji vycházelo, že tyto vize se objevují, jelikož jsou subjektivně očekávány. Přesto 60. léta a vliv psychedelik na výzkum podstatně urychlily to, co nazýváme vývoj vědomí. [1]

3.1.3 Zbavení se nepříjemného stavu

To, že drogy působí pozitivně na odstraňování pocitů bolesti je známé odjakživa a v tomto smyslu jsou drogy lékem. Myšlenka léčit duši pomocí drog je stará skoro jako lidstvo samo, ale není to tak jednoduché. Řešit psychosociální krize pomocí drogy se totiž ukázalo jako řešení jen částečné, které je potřeba doplnit také psychoterapeutickým procesem. Z klinické praxe je známé, že spousta závislých začala pomocí drogy řešit svoje problémy. Je přirozenou lidskou vlastností, že když neuspějeme v životě, hledáme náhradní strategie. Jednou z těchto strategií může být také únik ke drogám. [1]

3.1.4 Vyvolání slasti, příjemného stavu, zintenzivnění smyslových zážitků

Užívá-li jedinec drogu z toho důvodu, že mu přináší slast, jedná se o nejsložitější případ pro léčbu závislosti. Ačkoli se po nějaké době užívání drogy objevují vedle slati, které přináší i starosti, uživatel stále upřednostňuje slast a nehodlá se drogy vzdát. Nejběžnější a nejúčinnější léčbou v tomto případě je úplné znemožnění se na dlouhou dobu k droze dostat. Poté se přistupuje k psychoterapeutické léčbě, která se zakládá na jasné formulaci ohrožení života, vytvoření motivace pro přežití a získání dovednosti žít. [1]

3.1.5 Usnadnění přizpůsobení

Droga bývá často vyjádřením toho, že jedinec patří k nějaké skupině. Chceme-li léčit ze závislosti člena takovéto skupiny, je nutné si uvědomit, jaké to může mít následky. Jelikož abstinence bude tomuto jedinci připomínat „emigraci“ do jiného společenství, které má jiný jazyk, kulturu, zvyky a to u něj způsobí šok a pocit opuštěnosti. Přizpůsobení je sice velmi ceněnou vlastností, ale je-li člověk až extrémně přizpůsobivý, může to mít za následek rozpad společnosti jako celku v chaos. Droga by potom byla prostředkem, který pomáhá při úzkosti v tomto chaosu. [1]

3.1.6 Součást asociálního životního stylu

Jelikož je užívání drog zakázané a u některých druhů i hůře dostupné, dostává tato situace jedince na okraj společnosti. Droga samotná je oblíbeným předmětem obchodu v podsvětí a není divu, že se stává i součástí životního stylu lidí, kteří se zde pohybují a některých z nich vzniká i závislost. Terapeuti se také setkávají často s případy, kdy na počátku závislosti stál asociální životní styl dítěte. V těchto případech na počátku stála protektivita rodi-

čů k samozřejmému braní více než dávání, což zabraňuje rozvoji pocitů sounáležitosti s druhými. Tento postoj se později stane důležitou okolností v drogové kariéře jedince a často hraje také roli při návratu od drog k běžnému životu. [1]

3.2 Drogová závislost z hlediska psychoterapie

Existují čtyři teoretické a praktické přístupy v psychoterapii drogových závislostí: [1]

1. Spirituální přístup [1]
2. Psychodynamický přístup [1]
3. Přístup rodinné terapie [1]
4. Behaviorální přístup [1]

Tyto postupy se vzájemně liší pojetím poruchy ve vztahu k abstinenci a droze, z toho plyne, že se liší i postupem léčby. Zmíněné postupy vznikaly v úzké souvislosti s praxí, jen minimum vycházelo z výsledků výzkumů. [1]

3.2.1 Spirituální přístup

Nejvýznamnějším příkladem tohoto přístupu je hnutí Anonymních alkoholiků, které mluví o silných pocitech odcizení a ztrátě smyslu života jedinců, vlivem čehož tito lidé pociťují zmatek ve svých osobních cílech. Dochází k úpadku hodnotového systému především v oblasti morálky a objevuje se také zmatek v přesvědčení. Připustí-li si jedinci vlastní bezmoc a přijmou-li svoji závislost, otevře se jim spirituální dimenze, se kterou dávno ztratili spojení. Důležité je přijmout sebe sama a dojít k sebeuvědomění, díky čemuž může dojít k přiměřené odpovědnosti za sebe sama a spolupráci s vyšší mocí. Vyšší moc může představovat například společenství těch, co jsou ve stejné situaci a vzájemně se podporují a společně dosahují abstinence. [1]

3.2.2 Psychodynamický přístup

Psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek vycházejí buď z koncepce pudů a jejich zvládnutí nebo ze vztahů s ostatními lidmi. Užívání návykových látek je podle těchto teorií produktem konfliktu mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní. Léčba tedy vychází z představy, uvědomíme-li si to co bylo potlačeno na určitém stupni vývoje, můžeme si najednou s problémem či zážitkem ve svém vědomí lépe poradit. U tohoto přístupu je

nutné zabývat se tím, že ve fázi pokročilé rekonvalescence prožívá pacient silné truchlení nad ztrátou drogy. [1]

3.2.3 Přístup rodinné terapie

Tento přístup vychází především z teorie systémů, kde symptomový člen ukazuje na poruchu celého systému a je ho takový také potřeba léčit. Může se jednat o druh vztahů, vzájemných podpor patologických vzorců chování a výchovy dětí nebo komplementárních obran, které nedovolují změnu. [1]

3.2.4 Behaviorální přístup

U tohoto přístupu je na závislost nahlíženo jako na naučené chování, které je navíc chemicky podmíněné. Terapie je tedy založena na přeučení stávajících vzorců chování za pomoci trestů a odměn. Teorie vzniku a udržování závislosti se postupně rozšiřovala a brala v úvahu důležitost informovanosti i emocionální a existenciální dimenzi psychoterapeutického vztahu. [1]

3.3 Integrované přístupy

Integrované přístupy většinou spojují psychodynamický a behaviorální systém léčby závislosti. Tento přístup má význam především proto, že se zaměřuje více na faktory, které závislost udržují, než na faktory, které k závislosti vedly. Díky propojení více přístupů při léčbě závislosti je možné řešit problémy, které se na počátku zdají jako neřešitelné. [1]

V jednotlivých fázích abstinence je vhodné použít jiný druh terapie:

1. První fáze abstinence (fáze nucené abstinence) – často se používá behaviorální terapie [1]
2. Druhá fáze abstinence (fáze podmíněné abstinence) – byla-li v první fázi použita behaviorální terapie, je vhodné v této fázi přistoupit na psychodynamickou terapii [1]
3. Třetí fáze abstinence (abstinence nespolehlivá) – zde působí efektivně přístup kognitivně-behaviorální [1]
4. Čtvrtá fáze abstinence (abstinence relativně spolehlivá) – v této fázi může být velkou pomocí psychodynamická psychoterapie [1]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 UŽÍVÁNÍ DROG V ČR ZA ROK 2013

Situace v oblasti užívání drog v ČR se dlouhodobě drží na stejné úrovni, je tedy stabilní. Studie, které byly provedeny v posledních letech, přinášejí stále stejný vzorec užívání drog v populaci. Nejčastěji užívanou drogou jsou konopné látky, které za život vyzkoušela téměř čtvrtina dospělé populace, v posledním roce to bylo 9% populace. Zkušenosti s užíváním ostatních nelegálních drog se pohybují na mnohem nižší úrovni. Například zkušenost s extází uvedlo 5% populace a zkušenost s halucinogenními houbami pouze 2% populace. Zkušenost s dalšími nelegálními drogami se pohybuje pod 1%. Z výzkumu vyplývá, že zkušenost s drogami mají v e větší míře muži než ženy. Mluvíme-li o věkové kategorii, větší zkušenosti má mladší věková skupina. Jako příklad můžeme uvést zkušenost s užíváním psychoaktivních látek, v mladší věkové skupině jde o 4% populace a u dospělé skupiny se jedná o 2%. [3]

Z dlouhodobého hlediska klesá užívání konopných látek v obecné populaci, zejména však v mladších věkových skupinách. Další výzkumy uvádějí, že zatímco se mezi občany zvyšuje tolerance ke konopným látkám a alkoholu, snižuje se tolerance k tabákovým výrobkům. Mladí uživatelé konopných látek uvádějí, že dostupnost těchto drog je relativně snadná, zejména oproti dostupnosti konopných látek jejich evropským vrstevníkům. [3]

4.1 Užívání drog v obecné populaci ČR 2013

Výzkum realizovaný NMS ve spolupráci s agenturou ppm factum research proběhl v prosinci roku 2013 v obecné populaci, s cílem monitorovat rozsah zkušeností respondentů starších 15 let s vybranými nelegálními návykovými látkami [3]

Celkem bylo osloveno 1005 osob starších 15 let, z toho 868 osob bylo ve věku 15 – 64 let. Výsledek je uveden v tabulce 1. A je z něj patrné, že jakoukoliv nelegální drogu v životě užilo celkem 25,7% dotázaných ve věkové skupině 15 – 64let (z toho 32,2% mužů a 18,9% žen). Nejvíce užívanou drogu byly konopné látky (22,8%) s menším procentem je následovala extáze (5,1%), halucinogenní houby (2,4%) a pervitin (1,1%). Zkušenosti s ostatními nelegálními drogami mělo nízké procento dotázaných a to méně než 1%.

Droga	15 - 64 let			15 - 34 let
	Muži [%]	Ženy [%]	Celkem [%]	
Jakákoliv nelegální	32,2	18,9	25,7	44,3
Konopné látky	29,6	15,8	22,8	40,7
Extáze	6,8	3,3	5,1	11,3
Pervitin	1,4	0,7	1,1	2
Kokain	0,7	0	0,4	0,7
Heroin	0,5	0,2	0,4	0,7
LSD	0,9	1	0,9	2,3
Halucinogenní houby	3,8	0,9	2,4	4
Těkavé látky	1,2	0	0,6	0,7
Jiné syntetické	1,2	0	0,6	1,3
Jiné rostlinné	1,9	1,4	1,7	2,7
Léky	23,3	19,8	21,5	18,4

Tabulka 1 – Rozsah užívání drog v obecné populaci [3]

Výsledky výzkumu Prevalence užívání drog v populaci ČR 2013 jsou v souladu se studii, které byly realizovány v minulých letech a potvrzují stejný vzorec užívání drog v obecné populaci. Nejčastěji užitou nelegální drogu jsou konopné látky, které ve svém životě vyzkoušelo 23 – 36% populace, v posledním roce je to 9 – 15% dotázaných.

4.2 Postoj k užívání návykových látek

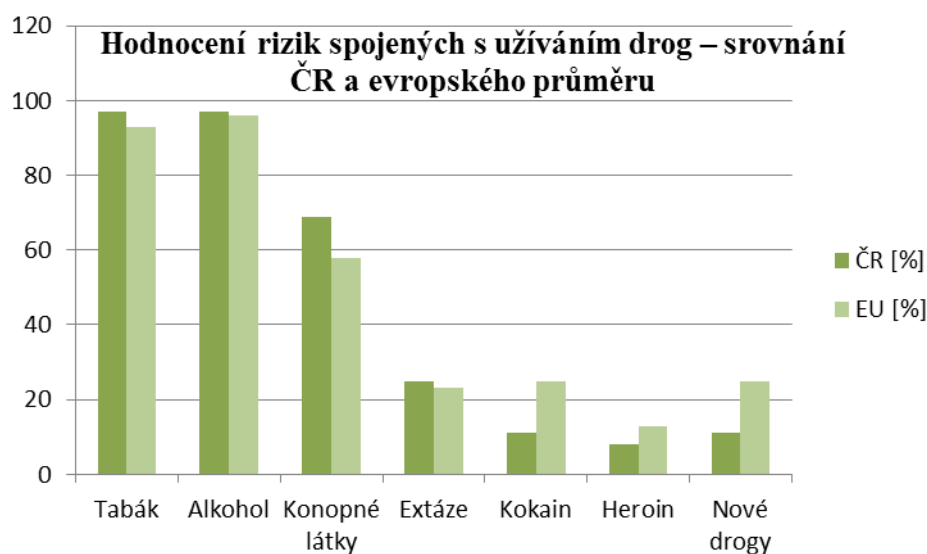
V roce 2014 se Česká republika zapojila do srovnávacího šetření s názvem Flash Eurobarometer pro Evropskou komisi, které je zaměřeno na postoj mladých lidí k návykovým látkám. Cílovou skupinu tvoří respondenti ve věku 15 – 24let. Sběr dat v ČR probíhal v červnu 2014, kdy bylo osloveno pomocí telefonického dotazníku 500 respondentů. [3]

Zkušenost s konopnými látkami uvedlo celkem 45% respondentů v ČR, tedy s Francií nejvíce v EU, na dalších místech se umístilo Irsko (42%), Slovinsko (40%), Estonsko a Španělsko (39%). V rámci celé Evropské unie uvedlo zkušenost s užitím konopných látek celkem 31% populace. Ve srovnání s výsledky podobného šetření z roku 2011 užívání konopných látek v ČR kleslo o 2%. [3]

Mladá populace v ČR oproti svým evropským vrstevníkům více podceňuje rizika spojená s jednorázovým užitím návykové látky. Jednorázová zkušenost s konopnými látkami podle české mladé populace je bez rizika nebo přináší jen malé riziko – 72% dotázaných, experiment s extází je bez rizika pro 24%, experiment s kokainem pro 14% a s novými psychoaktivními látkami podle 19% respondentů. V hodnocení rizik pravidelného užívání nelegálních drog mají čeští respondenti stejný názor jako jejich evropští vrstevníci. [3]

Droga	ČR [%]	EU [%]
Tabák	97	93
Alkohol	97	96
Konopné látky	69	58
Extáze	25	23
Kokain	11	25
Heroin	8	13
Nové drogy	11	25

Tabulka 2 – Hodnocení rizik spojených s užíváním drog – srovnání ČR a evropského průměru [3]



Graf 1 – Hodnocení rizik spojených s užíváním drog – srovnání ČR a evropského průměru

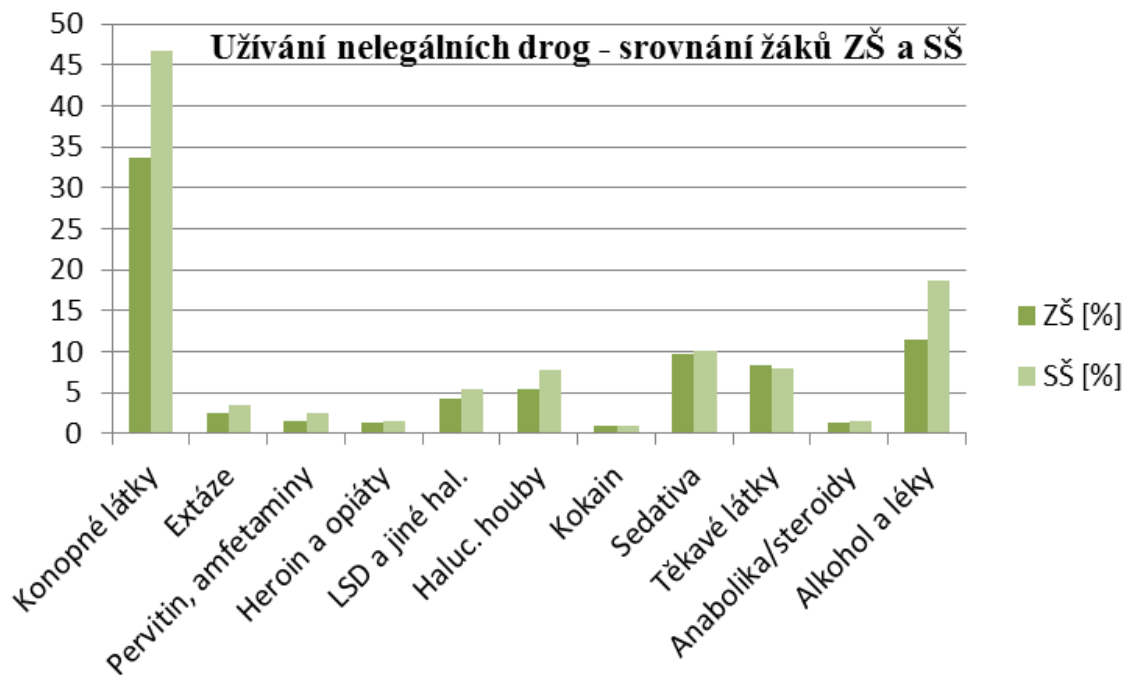
Nejefektivnějším opatřením, které by vedlo ke snížení užívání nelegálních drog na národní úrovni je podle respondentů v ČR tvrdší postih obchodníků s drogami (69%), dále informační a preventivní kampaně (50%) a tvrdší postihy uživatelů drog (32%). [3]

4.3 Užívání drog ve školní populaci

V roce 2014 byla vydána výzkumná zpráva studie ESPAD z roku 2011, která obsahovala detailní výsledky studie v České republice včetně regionálního srovnání postojů a chování studentů SŠ a žáků ZŠ. [3]

Droga	ZŠ [%]	SŠ [%]
Konopné látky	33,6	46,8
Extáze	2,6	3,4
Pervitin, amfetaminy	1,6	2,5
Heroin a opiáty	1,3	1,6
LSD a jiné hal.	4,2	5,4
Haluc. houby	5,4	7,7
Kokain	0,9	1
Sedativa	9,7	10,1
Těkavé látky	8,3	8
Anabolika/steroidy	1,3	1,6
Alkohol a léky	11,5	18,7

Tabulka 3 – Užívání nelegálních drog – srovnání žáků ZŠ a SŠ [3]



Graf 2 – Užívání nelegálních drog – srovnání žáků ZŠ a SŠ

Jak můžeme vidět v grafu, nejčastěji užitou nelegální drogou jsou u obou skupin konopné látky. Zkušenosti s těmito látkami uvedlo celkem 33,6% žáků ZŠ a 46,8% studentů SŠ. Pořadí nelegálních drog, se kterými měli dotázaní zkušenosti, bylo u obou skupin stejné. Po konopných látkách následovaly halucinogenní houby a LSD a jiné halucinogeny. Vyšší zkušenosti s drogami vykazovali téměř u všech sledovaných látek studenti středních škol. Výjimku ovšem tvořily látky těkavé, u kterých uvedlo zkušenost větší procento žáků ZŠ. [3]

4.4 Problémové užívání drog

V ČR kouří denně přibližně 23,1% osob nad 15 let, což představuje okolo 2 milionů osob. Rizikovou konzumaci alkoholu uvedlo 17 – 20% české populace, což odpovídá 1,5 – 1,7 milionu obyvatel. Ve vysokém riziku v důsledku užívání konopných látek je cca 1,1% populace ve věku 15-64 let, což představuje asi 80 tisíc obyvatel. Uživatelů kokainu, kteří drogu aplikují alespoň 1x týdně je pouze 0,1% dospělé populace. [3]

V roce 2013 bylo odhadem cca 44,9 tisíc problémových uživatelů drog, z toho 34,2 tisíc uživatelů pervitinu, 3,5 tisíce uživatelů heroinu a 7,2 tisíc uživatelů buprenorfinu. Počet uživatelů, kteří aplikují drogu injekčně, byl odhadem 42,7 tisíc. [3]

Nejběžněji užívanou drogou v České republice ze skupiny amfetaminů je pervitin, ze skupiny opioidů a opiátů se jedná především o heroin, ale stále častěji dochází ke zneužívání buprenorfinu. [3]

4.4.1 Problémové užívání pervitinu a opioidů v ČR

V roce 2013 bylo v ČR odhadnuto cca 44 900 problémových uživatelů opioidů a pervitinu. Z tohoto celkového počtu je odhadem 34 200 uživatelů pervitinu, 3 500 uživatelů heroinu a 7 200 uživatelů buprenorfinu.[3]

Celkový počet uživatelů opiátů a opioidů byl tedy odhadnut na celkem 10 700. Odhadovaný počet injekčních uživatelů (IUD) dosáhl hodnoty 42 700. [3]

Kraj	Odhad	Uživatelé opiátů/opioidů	Uživatelé pervitinu	IUD
Hl. m. Praha	14300	7600	6700	14300
Středočeský	3100	800	2300	2900
Jihočeský	2800	500	2300	2600
Plzeňský	1100	200	1000	1100
Karlovarský	1700	100	1700	1700
Ústecký	5900	700	5200	5800
Liberecký	2500	< 50	2500	2400
Královéhradecký	1100	100	900	1000
Pardubický	600	< 50	600	600
Vysočina	1300	100	1300	1200
Jihomoravský	3100	600	2600	2700
Olomoucký	3000	100	2900	2500
Zlínský	1900	< 50	1900	1500
Moravskoslezský	2500	< 50	2500	2400
Celkem	44900	10700	34200	42700

Tabulka 4 – Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR v roce 2013 [3]

4.4.2 Problémové užívání konopných látek v ČR

Podle škály CAST, která je používána k hodnocení problémového nebo rizikového užívání konopných látek se ukázalo, že pro více než dvě třetiny současných uživatelů konopných látek nepředstavuje užívání žádné nebo jen nízké riziko. [3]

Škála CAST	Muži	Ženy	Celkem	15 - 34 let
žádné nebo nízké riziko	95,8	98,8	97,3	95,2
mírné nebo střední riziko	2,2	1	1,6	3,5
vysoké riziko	2	0,2	1,1	1,3

Tabulka 5 – Výsledky škály CAST a výskyt rizikového užívání marihuany v obecné populaci [3]

4.5 Sociální souvislosti užívání drog a resocializace

Nejčastější sociální souvislosti, které vedou k užívání drog, patří zejména nezaměstnanost, nízké vzdělání, nestabilní či nekvalitní bydlení, bezdomovectví, špatné vztahy v rodině, zadluženost, atp. Často se tyto problémy objevují současně a mohou vést a k sociálnímu vyčlenění. Ve větší míře k těmto problémům dochází v některých populačních skupinách, například v národnostních menšinách (v ČR především Romové), u bezdomovců a přistěhovalců. [3]

V ČR se sociální vyčlenění objevuje často na lokality, kde žijí Romové. V těchto skupinách se liší užívání drog, kdy mezi nejrozšířenější patří pervitin, konopné a těkavé látky. Častým problémem u romských mužů ve vyšším věku je potom užívání alkoholu. [3]

Velmi často se setkáváme s užíváním návykových látek u mladých bezdomovců. Tento fakt se stává ve většině případů největší překážkou při návratu mladých bezdomovců do společnosti. [3]

4.5.1 Sociální vyčlenění a užívání drog

Z celkového počtu 9784 žadatelů o léčbu v roce 2013 uvedlo pravidelné zaměstnání 15,9% dotázaných, žáků/studentů bylo 9,5% a více než polovina dotázaných bylo nezaměstnaných 58,5%. [3]

Necelá polovina žadatelů (44%) uvedla pouze základní vzdělání. Stálé bydlení uvedlo 42,4% uživatelů, přechodné bydlení 21,2% a 14% bylo bez domova. [3]

4.5.1.1 Užívání drog v romské populaci

V roce 2014 byla publikována studie, která shrnuje výsledky výzkumů zaměřených na užívání návykových látek v romských komunitách v ČR a na Slovensku. Z této studie vyplývá, že Romové ve srovnání s většinovou populací začínají s užíváním návykových látek dříve. Častou příčinou je vliv vrstevnické skupiny příbuzných a nízká informovanost o škodlivých důsledcích užívání drog. [3]

Mezi nejčastěji užívané drogy v romských komunitách jsou buprenorfin, konopné látky, toluen a jiné těkavé látky, heroin a pervitin. Výsledky výzkumu dále ukazují, že Romové jsou častými kuřáky. Užívání alkoholu je přijatelné jen u mužů, u žen se jedná o společenský přestupek. [3]

Výzkumy také poukazují na rizikové chování při užívání drog v těchto skupinách. Jedná se zejména o sdílení injekčního materiálu, nižší věk přechodu na injekční aplikaci a nižší povědomí o rizicích způsobených užíváním drog. Smutným faktem je to, že rodina bývá iniciátorem i udržovacím prvkem v drogové kariéře, což vede k vícegeneračnímu užívání drog. [3]

4.5.1.2 Užívání drog u bezdomovců

Mezi bezdomovectvím a výskytem závislosti či jiné duševní choroby je úzký vztah. Není ovšem jednoduché rozlišit zda je bezdomovectví důsledkem užívání návykových látek nebo je užívání návykových látek důsledkem bezdomovectví. [3]

Je více než zřejmé, že užívání drog mezi mladými bezdomovci je velmi časté a závislost na návykových látkách u těchto jedinců je nejčastější duševní poruchou. Častý je také výskyt abúzu návykových látek a psychických poruch (objevuje se až u 35 – 60% mladých bezdomovců). [3]

Výsledek průzkumu provedeného u 90 mladých bezdomovců ve věku 19 – 26 let byl následující. Za posledních 6 měsíců užilo nějakou nelegální drogu celkem 61% dotázaných, nejčastěji se jednalo o pervitin (39%), konopné látky (21%), Subutex (9%), heroin (2%) a kokain (1%). [3]

4.5.2 Sociální reintegrace uživatelů drog

Resocializace a podpora uživatelů drog zejména ve fázi po ukončení léčby je náplní především služeb následné péče. Tyto služby nabízejí zejména ambulantní doléčovací programy, které mohou být rozšířeny o další podpůrné služby. Mezi tyto podpůrné služby patří zejména chráněné bydlení a chráněné zaměstnání. [3]

Z celkem 11 programů následné péče, které jsou dotovány RVKPP v roce 2013 poskytovalo chráněné bydlení 9 programů, zatímco chráněné zaměstnání neuvedl v tomto roce žádný program. Služeb následné péče využilo celkem 1412 klientů, z toho 757 (53,6%) užívalo před léčbou drogy injekčně, 770 (54,5%) užívalo jako primární drogu pervitin, 137 (9,7%) heroin a konopné látky užívalo 29 klientů (2,1%). [3]

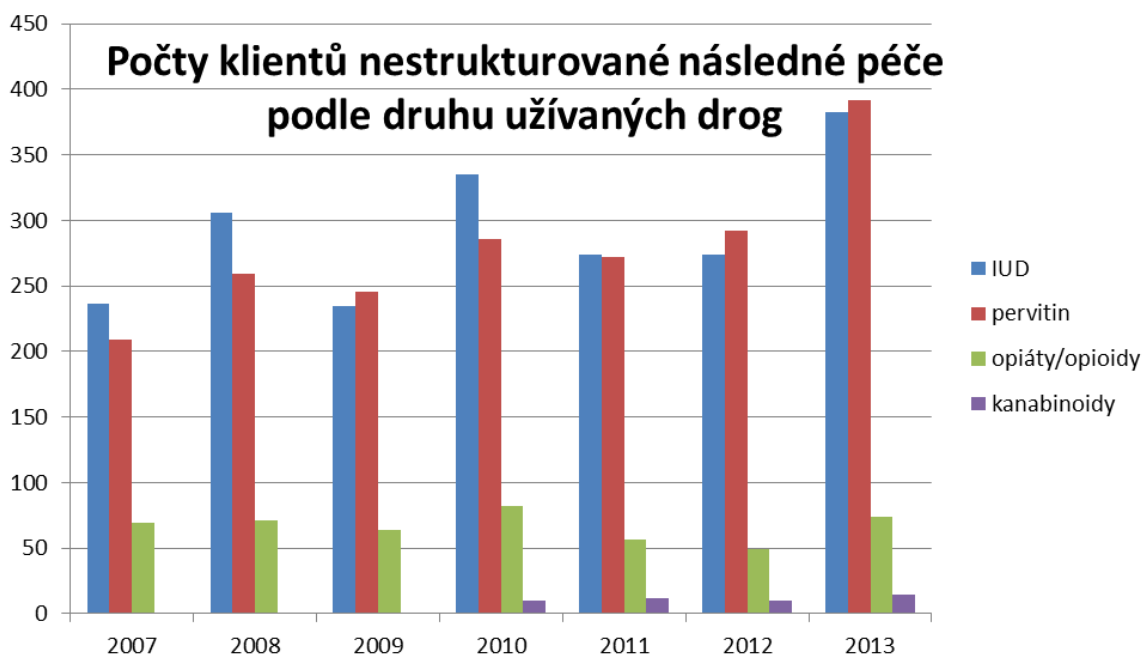
Ukazatel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet programů	18	18	15	16	15	11	11
Počet klientů v následné péči	883	1041	986	987	1095	134	1412
Kapacita chráněného bydlení	126	283	134	127	129	108	99
Počet klientů v chráněném zaměstnání	44	25	29	25	20	4	0

Tabulka 6 – Programy následné péče dotované RVKPP v letech 2007 – 2013 [3]

Nestrukturovanou následnou péči v roce 2013 poskytovalo 8 zařízení a využilo ji 764 klientů. Celkem 374 (57,7%) z nich uvedlo, že užívalo před léčbou drogy nitrožilně, 378 (58,3%) klientů užívalo pervitin, 63 (9,7%) heroin a 14 (2,2%) užívalo konopné látky.

Ukazatel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet programů	12	12	11	13	13	10	8
Počet klientů	389	487	443	494	624	676	764
Průměrný věk	29,3	30,3	30,4	28,3	29,2	29,8	30,2

Tabulka 7 – Programy nestrukturované následné péče dotované RVKPP v letech 2007 – 2013 [3]

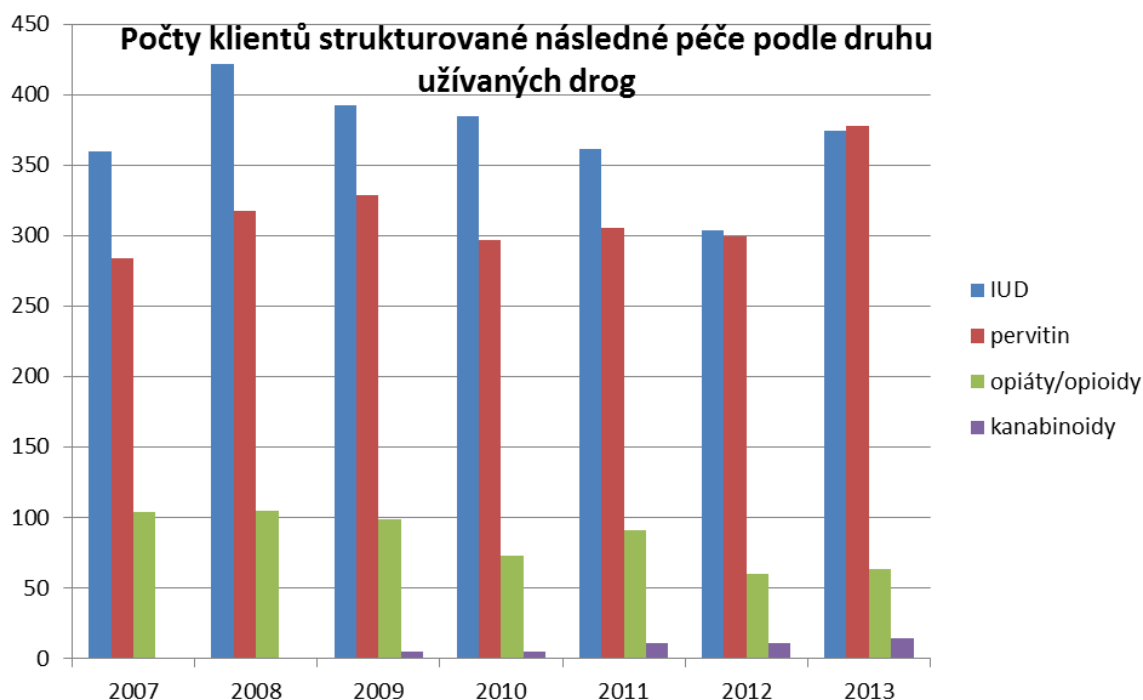


Graf 3 – Počty klientů nestrukturované péče podle druhu užívaných drog

Intenzivní následnou péči v podobě dlouhodobého strukturovaného programu umožňovalo 8 zařízení, jejichž celková kapacita byla 191 míst a jejichž služeb využilo 648 klientů. Celkem 383 (50,1%) klientů uvedlo, že před zahájením léčby užívalo drogy injekčně, dále 392 (51,3%) klientů užívalo pervitin, 74 (9,7%) heroin a 15 (1,9%) konopné látky. [3]

Ukazatel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet programů	15	15	12	13	14	11	9
Kapacita	325	283	316	269	228	227	191
Počet klientů	494	554	543	493	471	458	648
Průměrný věk	26,6	28,7	29,2	28,8	29,5	31	29,3

Tabulka 8 – Programy strukturované následné péče dotované RVKPP v letech 2007 – 2013 [3]



Graf 4 - Počty klientů strukturované péče podle druhu užívaných drog

4.6 Drogová kriminalita

Drogové trestné činy tvořily v roce 2013 1,6% z celkového počtu zjištěných trestných činů. Výroba, pašování a prodej drog jsou trestné činy, které představují přibližně 80% a trestné činy přechovávání drog pro vlastní potřebu a pěstování rostlin/hub pro vlastní potřebu přibližně 15% zjištěných trestných činů. [3]

Droga	Výroba, pašování a prodej		Držení pro vlastní potřebu		Šíření toxikomanie		Celkem	
	Počet	[%]	Počet	[%]	Počet	[%]	Počet	[%]
Konopné látky	1073	36,4	479	71,3	70	87,5	1622	43,8
Pervitin	1719	58,3	142	21,1	4	5	1865	50,4
Kokain	35	1,2	21	3,1	0	0	56	1,5
Heroin	54	1,8	1	0,1	0	0	55	1,5
Extáze	23	0,8	20	3	0	0	43	1,2
LSD	1	0	0	0	0	0	1	0
Amfetamin	4	0,1	1	0,1	0	0	5	0,1
Ostatní	40	1,4	8	1,2	6	7,5	54	1,5
Celkem osob	2949	100	672	100	80	100	3701	100

Tabulka 9 – Počet zadržených osob podle jednotlivých drog a typu drogové trestné činnosti v roce 2013 [3]

Pachatelé drogových trestných činů byli v roce 2013 nejčastěji zadrženi z důvodu nedovolené výroby, pašování a prodeje pervitinu. Druhým nečastějším důvodem zadrženi bylo pěstování a prodej konopných látek viz Tabulka 9. V porovnání s minulým rokem došlo k výraznému nárůstu počtu zadržovaných pro výrobu, pašování a prodej konopných látek a pervitinu, ale také pro šíření toxikomanie v souvislosti s konopnými látkami. [3]

5 DROGOVÁ ZÁVISLOST A JEJÍ PREVENCE

Je-li v našem zájmu zkoumat hlubší podstatu vzniku závislosti, je třeba věnovat pozornost protikladům, které nás v životě provází. Jako příklad můžeme uvést: život a smrt, láska a nenávisť, světlo a tma, atd. Vztah mezi těmito protiklady je zdrojem neklidu, utrpení, tužeb a hledání, ve kterém lze potom nalézt hlubší lidské motivace a potřeby: [13]

- Potřebu cítit se výkonně, energicky, bezproblémově, vesele, dosáhnout euforie, atd. [13]
- Potřebu vyhnout se bolestem, stresu, nalézt zklidnění, zahnat bolest z pocitu odcizení či nízké sebedůvěry [13]
- Potřebu splynutí se sebou samým a s druhými nebo například s Bohem atd. [13]

Ke každé z těchto tří skupin potřeb existují skupiny drog, které tyto prožitky umocňují: [13]

- Opioidy – látky tlumící bolest [13]
- Stimulancia – látky přinášející euforii a slast [13]
- Psychedelika – látku umožňující proniknout hluboko do lidské psychiky [13]

Při vytváření programu pro prevenci závislosti je potřeba, abychom přihlíželi k těmto přirozeným zákonitostem vývoje závislosti na návykových látkách. [13]

5.1 Primární prevence

Úkolem primární prevence je zamezit prvnímu užití drogy nebo alespoň první kontakt s drogou co nejvíce oddálit. Specifickým cílem je předcházení kontaktu s návykovými látkami mezi rizikovou skupinou populace. [13]

Biologický předpoklad

Patří sem zejména zájem o své tělo, výživu, pohyb, starost o fyzické zdraví, prevence před úrazem, atd. V mnoha případech došlo k prvnímu kontaktu s návykovou látkou právě po nedostatečné rehabilitaci a léčbě úrazu, kdy se pro léčbu bolesti používají analgetika. Léčba obezity je léčena pomocí amfetaminů. [13]

Psychologický předpoklad

Na počátku abúzu návykových látek bývá ve spoustě případů nuda, nízké sebevědomí, pokušení získat mimořádný zážitek nebo absence vlastního programu. Často u jedince chybí dostatečný počet zájmů, proto je nejlepší prevencí vytváření koníčků a zvládnání volného času. [13]

Sociální předpoklad

Dalším častým rizikovým faktorem abúzu návykových látek mohou být pocity rasové odlišnosti, pocity vyčlenění ze skupiny lidí nebo také touha po tom být členem silnější skupiny. Primární prevencí je potom péče o sociálně potřebné, předávání dobrého příkladu dospělosti svým dětem, rozvoj sociálního chování, atd. [13]

Spirituální předpoklad

V této oblasti bývá rizikovým faktorem abúzu absence smyslu života a duchovních hodnot. Časté je zaměření k materiálním požitkům, ale naopak i rozčarování nad pomíjivým uspokojením, které tyto požitky přinášejí. Toto vše by se mělo zohlednit v programech primární prevence. [13]

5.2 Sekundární prevence

Cílem sekundární prevence je předcházení vzniku, rozvoji a trvání závislosti u jedinců, kteří už s drogou přišli do styku nebo jsou již dokonce na droze závislí. [13]

Léčba se nevztahuje jen na závislého jedince, ale i na jeho rodinu. Mezi používané léčebné metody patří například odpoutání jedince od prostředí, které mu umožňovalo být závislý, hledáním smyslu života, hledáním vztahu sama k sobě, upevňováním hodnot souvisejících s abstinencí, atd. [13]

Dalším používaným stylem léčby je skupinová psychoterapie, při které má jedinec dobrý pocit, že není sám a může se podělit s ostatními o své problémy a pocity, učí se být otevřený ke svému okolí, nejsou mu lhostejní ostatní lidé, kteří jsou závislí, atd. [13]

Standardní léčba se opět zaměřuje na biologické, psychologické, sociální a spirituální předpoklady. [13]

Biologický předpoklad

Do této kategorie spadá léčba nemocí, které otevřely cestu k abúzu (analgetika, stimulancia při léčbě astmatu) nebo abúzus dále udržují. [13]

Psychologický předpoklad

Základem úspěchu je zkoumání toho, proč u jedince k abúzu došlo. Psycholog se zabývá celým jeho životem a hledá souvislosti mezi psychologickými problémy závislého a abúzem. Je potřeba identifikovat období, kdy závislost začala vytvářet psychologické problémy. Tyto informace dále slouží k rozpoznání psychických změn, jako je například porucha osobnosti, panická porucha, deprese, atd. Dle získaných informací o jedinci a znalostí terapeutického personálu dále přistupuje k léčbě závislosti. [13]

Sociální předpoklad

Sociální předpoklady výrazně ovlivňují výsledek léčby závislosti a následné uplatnění jedince v běžném životě. Zkoumají se sociogenní vzorce, které měly vliv na vznik abúzu nebo udržovaly závislost. Patří sem zejména vliv vrstevníků, politické nebo kulturní fenomény, etnické zvyklosti, sklony radikalizovaných skupin, které žijí v bídě a útlaku. Všechny zmíněné příklady mohou podpořit nebo zapříčinit zvýšený abúzus návykových látek a proto je nutné, aby se v následné terapii neopomíjely. [13]

Spirituální předpoklad

Spirituální předpoklady jsou zahrnuty v léčebných systémech, které mají podobnou filosofii jako například „Anonymní alkoholici“. Dále se jedná o programy, pro které je spiritualita primární dimenzí lidské existence. Pozornost je zde věnována na aspekty smyslu života, víry v Boha, lidské soucítění a respekt k tomu, co přesahuje individuální Já. [13]

5.3 Terciální prevence

Terciální prevence slouží k předcházení trvalému a vážnému zdravotnímu či sociálnímu poškození z nadužívání drog. Jako příklad terciální prevence můžeme povést rehabilitaci a snahu o společenské začlenění bývalých uživatelů drog, kteří prodělali léčbu závislosti a jsou již zcela vyléčeni. Dále jde také o snahu předejít přenosu nemocí u uživatelů drog, kteří nejsou ještě rozhodnuti s užíváním skončit, například výměnou jehel. U tohoto druhu prevence jde zejména o pomoc sociální. Patří sem pomoc s hledáním nového zaměstnání, pomoc začlenit se do společnosti, chráněné bydlení, pomoc rodině, atp. Do biologického předpokladu spadá prevence před epidemiemi u uživatelů drog právě výše zmíněnou výměnou jehel a stříkaček, patří sem také zájem a péče o bezpečný sexuální život těchto jedinců. Psychologickou pomocí jsou zde různé motivační programy a skupinové či individuální poradenství. U uživatelů nakažených chorobou AIDS dochází ke spojení psychologické pomoci se spirituálním zaměřením, kdy je snaha o smíření se jedince s fyzickou smrtí. [13]

6 NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ POLITIKA

Odpovědnost za naplňování a tvorbu národní protidrogové politiky nese vláda ČR. Poradním a koordinačním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Rok 2013 byl čtvrtým rokem platnosti Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018 a prvním rokem druhého akčního plánu této strategie, na období 2013 -2015. [3]

Většina krajů ČR má vytvořeny vlastní strategické dokumenty, které řeší drogovou problematiku. Existují i některá města a obce, které si protidrogovou politiku definují vlastními strategiemi. V roce 2013 a 2014 bylo hlavním projednávaným tématem na RVKPP právě jednotná protidrogová politik zaměřená na legální, nelegální látky a hazardní hráčství. [3]

V srpnu 2013 zrušil Ústavní soud podstatnou část nařízení vlády č. 467/2009, ve kterém se pro účely trestního zákoníku určovalo větší než malé množství drog. Důsledkem toho v roce 2014 zaujal Nejvyšší soud jednotné stanovisko k výkladu pojmu „množství větší než malé“ u OPL, v jehož příloze jsou převzaté hodnoty ze zrušeného nařízení vlády, výjimku tvoří jen marihuana a pervitin, u kterých došlo ke snížení. [3]

Od ledna 2014 vešla v platnost novela zákona č. 167/1998 Sb. o návykových látkách a nový samostatný zákon č. 272/2013 Sb. o prekurzorech drog. Seznamy návykových látek a tzv. výchozích a pomocných látek jsou vymezeny navazujícími nařízeními vlády č. 463/2013 Sb. a č. 458/2013 Sb. [3]

6.1 Národní strategie protidrogové politiky 2013 - 2015

Drogová politika je jedním z nejobtížnějších témat pro každou vládu, jelikož pro její tvorbu neexistují jasně stanovené postupy. Je tedy třeba na základě dostupných dat identifikovat určité principy, které se při tvorbě protidrogové politiky dají uplatnit. Především se jedná o princip vyváženosti a princip rozhodování na základě již ověřených poznatků [14]

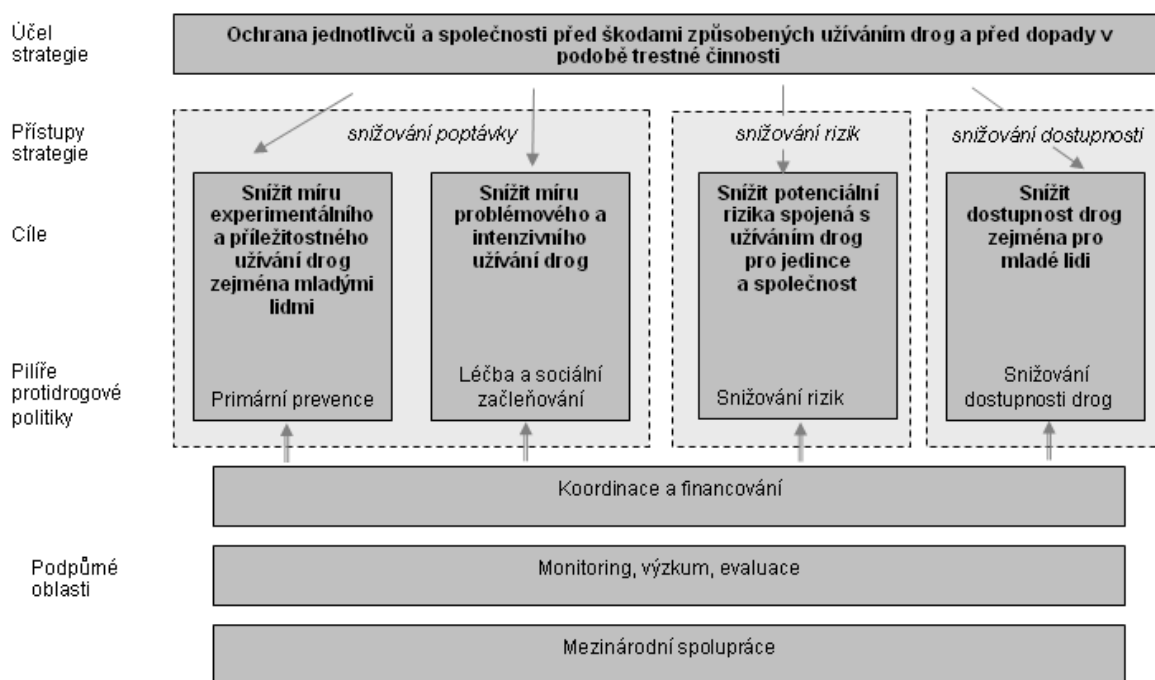
Politika, která je založená na vědeckých důkazech hledá nejučinnější nástroje na základě vyhodnocování vědeckých poznatků, monitoringu a hledání nejlepší účinné praxe. [14]

6.1.1 Akční plán

Akční plán je nástrojem pro realizaci Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018. Po dobu platnosti této strategie budou zpracovány celkem tři akční plány. [14]

Národní strategie protidrogové politiky 2010 až 2018 je zaměřena na dosažení 4 hlavních cílů:

1. Snižit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi
2. Snižit míru problémového a intenzivního užívání drog
3. Snižit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost
4. Snižit dostupnost drog zejména pro mladé lidi



Obrázek 8 – Koncept protidrogové politiky ČR [14]

Úkolem akčního plánu je detailněji rozpracovat plánované postupy pro naplnění cílů Národní strategie protidrogové politiky 2010 až 2018 a definovat potřebná opatření v klíčových oblastech. Akční plány plní tedy následující funkce: [14]

- Implementační nástroj strategie v dané oblasti (určuje konkrétní aktivity a výstupy, rozdělení odpovědnosti, termíny plnění a odhadované zdroje potřebné pro realizaci aktivit) [14]
- Kontrolní nástroj realizace strategie (definuje ukazatele dosažení stanovených cílů, ukazatele uskutečnění plánované aktivity a definuje potřebné zdroje informací pro jednotlivé ukazatele) [14]
- Usměrnující dokument pro realizaci protidrogové politiky různými subjekty působícími v dané oblasti (definuje priority protidrogové politiky na období pokryté příslušným akčním plánem) [14]

6.1.2 Priority Akčního plánu na období 2013 – 2015

Priority akčního plánu vychází z cílů Národní strategie protidrogové politiky 2010 až 2018. Vychází však i z předchozího akčního plánu a jeho výsledků. Akční plán je tedy doplněn a aktualizován dle průběžného zhodnocení dosahování hlavních cílů Národní strategie protidrogové politiky 2010 – 2018. Priority by měly být uplatňovány při přijímání rozhodnutí a realizaci opatření v rámci jednotlivých intervenčních oblastí protidrogové politiky. [14]

6.1.2.1 *Snížení míry nadměrného pití alkoholu a užívání konopí mladými lidmi*

Tento cíl se v předešlém akčním plánu nepodařilo splnit. Jen málo specifických aktivit, které se zaměřovaly na uživatele konopí, se podařilo realizovat. Také problém nadměrného pití alkoholu mezi mladými lidmi se nepodařilo eliminovat. Důvodem je nedostatečné a stále klesající množství finančních prostředků. [14]

Aktivity protidrogové politiky by měly být zaměřeny zejména na implementaci ověřených programů protidrogové prevence do škol. [14]

6.1.2.2 *Zaměření se na vysokou míru problémového užívání pervitinu a opiátů*

Akční plán 2010 – 2012 se zaměřil na regulaci dostupnosti prekursorů na výrobu pervitinu. Přijatá opatření byla na národní úrovni účinná, ovšem důsledkem této regulace se zvýšil dovoz léků s obsahem pseudoefedrinu ze zahraničí. [14]

Akční plán 2013 – 2015 se dále zaměří na pokračování v oblasti rozšíření opiátové substituce za současného posílení kontroly, registrace a úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Dalším cílem bude hledání nástroje k přenesení vědeckých poznatků a možní dobré praxe v oblasti farmakologické léčby uživatelů pervitinu. [14]

6.1.2.3 Zefektivnění financování protidrogové politiky

Tohoto cíle také nebylo dosaženo, jelikož způsob financování adiktologických služeb formou jednoročních dotací je zastaralý a vede pouze k nahodilostem, nikoli k plánovanému využívání zdrojů z veřejných rozpočtů. Pro zlepšení výsledků této priority je potřeba změnit stávající způsob financování preventivních, poradenských a léčebných služeb pro uživatele návykových látek a jejich blízké. Již v předchozím akčním plánu začaly být realizovány systémové aktivity, které přispívají velkou měrou k naplnění této priority. Je tedy nezbytné pokračovat v těchto změnách i v aktuálním akčním plánu. Nejde jen o celkové změny ve způsobu financování služeb pro uživatele návykových látek, ale také o změny v celém systému zajištění a koordinaci celého systému, o parametrické nastavení sítě adiktologických služeb. [14]

Dále je potřeba změnit samotné nástroje financování a řízení dostupnosti adiktologických služeb v rámci systému zdravotního pojištění nebo v rámci dotačních řízení. [14]

6.1.2.4 Integrovaná protidrogová politika

Integrace nelegálních drog společně s alkoholem do protidrogové politiky probíhá na mnoha úrovních. V oblasti prevence došlo k integraci všech témat z oblasti závislostí do konceptu prevence rizikového chování. V oblasti adiktologických služeb jsou obě drogy integrovány především v zdravotních službách, stejně tak v sociálních službách jsou cílovou skupinou osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. [14]

Nedostatky se ovšem dále objevují zejména v koordinaci a implementaci problematiky kontroly v oblasti výroby, distribuce a užívání alkoholu. Další nedostatky můžeme nalézt také nižší dostupnosti dat, které pojednávají o rozsahu a důsledcích užívání alkoholu a tabáku, o realizovaných opatřeních, nebo se jedná o nedostatečně definovanou síť a spektrum specializovaných adiktologických služeb určených pro uživatele legálních drog nebo integraci uživatelů alkoholu. Pro tyto jedince řada srovnatelných služeb v ČR stále chybí, jelikož síť služeb jsou primárně určeny pro uživatele drog nelegálních. [14]

7 VLASTNÍ NÁVRHY A OPATŘENÍ

V této kapitole se budu věnovat vlastním návrhům, které by mohly přispět ke zlepšení problematiky abúzu návykových látek v ČR. Kapitola 4 - Užívání drog v ČR za rok 2013 obsahuje statistické výsledky, které vypovídají o následujících problémech:

- Mladí lidé v ČR podceňují rizika, která jsou spojená s jednorázovým užitím návykové látky.
- S konopnými látkami má zkušenost velké procento (33,6%) žáků ZŠ, toto procento se zvyšuje u studentů SŠ (46,8%)
- Nejběžněji užívanou drogou ze skupiny amfetaminů je v ČR pervitin
- Situace v oblasti užívání drog v ČR se dlouhodobě drží na stejné úrovni (počet uživatelů drog neklesá)
- Návykové látky jsou snadno dostupné
- Užívání návykových látek se častěji objevuje mezi sociálně slabšími obyvateli (Romové, bezdomovci)
- Oproti roku 2012 došlo k výraznému nárůstu drogové kriminality, především v počtu zadržených pro výrobu, pašování a prodej návykových látek

Ke zlepšení těchto problémů navrhuji následující opatření, která by měla přispět k dosažení lepších výsledků ve věcech drog v ČR v následujících letech.

7.1 Prevence

Za nejdůležitější nástroj v boji proti užívání návykových látek považuji prevenci. Detailněji jsou postupy prevence popsány v kapitole č. 5, která je celá věnovaná této problematice. Výzkumy ukazují, že mladí lidé v ČR podceňují rizika spojená s užíváním návykových látek, tento fakt jistě vede k vysokému procentu žáků ZŠ a studentů SŠ, kteří mají s návykovými látkami zkušenosti. Je proto potřeba, aby již v útlém věku docházelo k preventivním opatřením u mladší populace. Prevence je také důležitá u skupin obyvatel, které jsou na užívání návykových látek náchylnější. Tedy zejména mladiství a sociálně slabší.

7.2 Vyšší míra informovanosti

Dalším podle mě velkým problémem je nedostatečná informovanost veřejnosti o nebezpečích, která jsou spojena s užíváním návykových látek. Jsem přesvědčena, že zejména u sociálně slabších skupiny obyvatel by mělo docházet k větší informovanosti o návykových látkách. Jedná se především o romské spoluobčany.

7.3 Snížení dostupnosti nelegálních návykových látek

Česká republika je nechvalně známá tím, že nejčastěji užívanou návykovou látkou ze skupiny amfetaminů je pervitin. Jedná se o jednu z netvrďších drog a hojně se na našem území vyrábí. Důvodem je relativně snadná dostupnost látek, ze kterých se pervitin vyrábí, proto by měla být jejich dostupnost stále více omezována. Navrhovala bych také zpřísnění dostupnosti těkavých látek.

7.4 Snížení míry užívání alkoholu

Česká republika se může „pyšnit“ také vysokou mírou uživatelů alkoholových drog. Myslím si, že by bylo vhodné redukovat tyto uživatele, jelikož alkoholismus vede velmi často k nelegálním návykovým látkám.

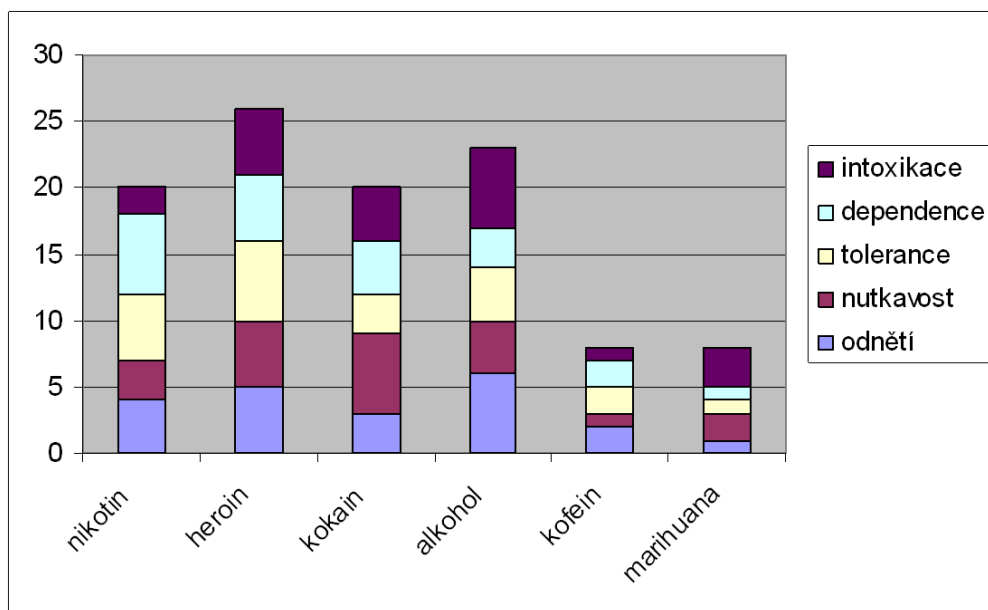
7.5 Finance

V kapitole s názvem Národní protidrogová politika je často zmiňován problém financování. Z této kapitoly také vyplývá, že většina bodů, které obsahoval Akční plán 2010 – 2012 nemohlo být splněno z důvodu nedostatku financí. Je tedy potřeba, když už se vytvoří Národní strategie protidrogové politiky, aby byly finance také na cíle, které si tato strategie vytyčuje.

7.6 Legalizace marihuany

Za zmínku by jistě také stála problematika legalizace některých měkkých drog. Ze statistik v kapitole 4 je zřejmé, že se jedná o nejčastější drogu u nás. Marihuana a konopné látky jsou lehce dostupné a to se odráží na tom, že s ní má tolik obyvatel zkušenosti již v útlém věku. Velmi výrazně zvyšuje distribuce konopných látek také drogovou kriminalitu v ČR. Legalizace marihuany je tématem k rozsáhlým diskuzím, ovšem jsem přesvědčena, že jisté výhody by s sebou tento krok mohl přinést. Státu by mohl stejně jako u tabáku a alkoholu legální prodej této měkké drogy přinést finance, myslím si, že by se snížila drogová kriminalita a je také dost možné, že by došlo k poklesu uživatelů této drogy – zmizel by efekt „zakázaného ovoce“.

Navíc jak můžeme vidět na obrázku 9, marihuana patří k nejméně škodlivým a nejméně návykovým látkám.



Obrázek 9 – Klasifikace obvyklých návykových látek [15]

7.7 Programy pro drogově závislé

Výstupy uvedené v kapitole 4 svědčí také o tom, že se snižuje počet programů, které poskytují drogově závislým po vyléčení následnou péči. Zároveň se ovšem zvyšuje počet klientů, kteří těchto služeb využívají. V prevenci proti abúzu návykových látek jsou tyto programy velmi důležité, jelikož pomáhají klientům v začlenění se zpět do společnosti.

Bylo by tedy vhodné, aby těchto programů přibývalo, nikoliv naopak. Problémem jsou zde, ale opět finance.

7.8 Pomoc rodiny a blízkých

Poslední a velmi důležitý krok k úspěšné prevenci a léčbě uživatelů návykových látek je pomoc ze strany blízkých. Vyléčí-li se člověk ze závislosti je to jen půlka cesty k tomu, aby nedošlo k opětovnému užití drogy. V tuto chvíli hraje důležitou roli rodina a blízcí postiženého jedince. Zejména by mělo docházet k psychické podpoře a k pomoci se začleňováním do společnosti. Problém v této oblasti bývá opět nízká informovanost rodiny a někdy dochází i k zanevření na osobu, která prodělala závislost.

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabývala problematikou, která je spojena jak s psychologií, tak s abúzem návykových látek. Jelikož jsou drogy stále aktuální téma a provází nás od nepaměti, snažila jsem se vymezit zde základní pojmy a analyzovat stávající situaci v České republice.

V teoretické části jsem se nejprve zaměřila na historii návykových látek, kterou jsem zde stručně popsala. Dále jsem navázala kapitolou, která dělí jednotlivé drogy do patřičných skupin, kde je u každé návykové látky podrobnější informace. Díky této kapitole získal čtenář lepší přehled o problematice, kterou má diplomová práce popisuje. Poslední kapitola teoretické části má název Psychologické a psychosociální faktory vzniku závislosti. Zde jsem se zabývala především tím, jaký vliv může mít na užívání návykových látek psychika člověka. Čtenář se zde seznámil s faktory, které přispívají nebo dokonce vedou k vyzkoušení návykové látky a následnému abúzu. Popsala jsem zde také drogovou závislost z hlediska psychoterapie a jednotlivé přístupy k závislosti.

Praktickou část jsem začala kapitolou s názvem Užívání drog v ČR za rok 2013. V této kapitole jsem zpracovávala a vyhodnocovala statistické výsledky z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog za rok 2013. Pomocí grafů a tabulek jsem popsala problematiku užívání drog v obecné populaci, postoj k užívání návykových látek v ČR, dále také problematiku užívání drog ve školní populaci. Nedílnou součástí této kapitoly praktické části bylo problémové užívání konopných látek a pervitinu v ČR a také sociální souvislosti, které jsou spojeny s užíváním drog u nás. Následovala kapitola věnovaná prevenci, kde jsem podrobně popsala jednotlivé možnosti. Legislativě týkající se drog jsem věnovala kapitolu s názvem Národní protidrogová politika, která obsahovala detailněji popsanou Národní strategii protidrogové politiky pro rok 2013-2015 a zhodnotila jsem zde její dosavadní výsledky.

Závěr práce již obsahuje mé vlastní návrhy a opatření pro zlepšení stávající situace v oblasti návykových látek v ČR. Návrhy vznikly na základě analýzy výsledků výzkumů, které obsahuje kapitola Užívání drog v ČR za rok 2013 a dále také na základě vyhodnocení úspěšnosti plnění akčního plánu národní protidrogové politiky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-61.
- [2] KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-62.
- [3] MRAVČÍK, V., JURYSTOVÁ, L., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. ISBN 978-80-7440-109-1.
- [4] JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. Drogy a společnost. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990, 342 s. Život a zdraví. ISBN 80-201-0087-3.
- [5] NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost. 4. vyd. Praha: Portál, 2011, 342 s. ISBN 978-80-262-0189-2.
- [6] Heroin. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-2015 [cit. 2015-02-06]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Heroin>
- [7] Ayahuasca. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-2015 [cit. 2015-02-06]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ayahuasca#mediaviewer/File:Banisteriopsis-caapi-cooking.jpg>
- [8] Metamfetamin. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-2015 [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Metamfetamin#mediaviewer/File:Crystal_Meth.jpg
- [9] Diethylamid kyseliny lysergové. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-2015 [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Diethylamid_kyseliny_lysergov%C3%A9#mediaviewer/File:Pink_Elephants_on_Parade_Blotter_LSD.JPG
- [10] Lysohlávka. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-2015 [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Lysohl%C3%A1vka#mediaviewer/File:Psilocybe_sp.jpg
- [11] Marihuana. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-2015 [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Marihuana#mediaviewer/File:ST-3-bud.jpg>
- [12] Hašiš. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-2015 [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ha%C5%A1i%C5%A1#mediaviewer/File:Hashish.jpg>

- [13] KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110.
- [14] Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015. *Http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/media/akcni_plan_2013_2015.pdf*. 2013.
- [15] ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Nelegální drogy a ČR* [online]. Dostupný z WWW: <old.lf3.cuni.cz/drogy/nelegalni_drogy_a_cr.pps>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CNS	Centrální nervový systém
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
IUD	Injection Drug User
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Příprava ayahuascy [7]	12
Obrázek 2 – Heroin [6]	16
Obrázek 3 – Čistý metamfetamin [8].....	17
Obrázek 4 – LSD ve formě obrázku [9]	19
Obrázek 5 – Lysohlávky [10]	20
Obrázek 6 – Sušená Marihuana [11].....	21
Obrázek 7 – Hašiš [12]	22
Obrázek 8 – Koncept protidrogové politiky ČR [14]	47
Obrázek 9 – Klasifikace obvyklých návykových látek [15].....	52

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Rozsah užívání drog v obecné populaci [3].....	31
Tabulka 2 – Hodnocení rizik spojených s užíváním drog – srovnání ČR a evropského průměru [3].....	32
Tabulka 3 – Užívání nelegálních drog – srovnání žáků ZŠ a SŠ [3].....	34
Tabulka 4 – Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR v roce 2013 [3]	35
Tabulka 5 – Výsledky škály CAST a výskyt rizikového užívání marihuany v obecné populaci [3].....	36
Tabulka 6 – Programy následné péče dotované RVKPP v letech 2007 – 2013 [3]	38
Tabulka 7 – Programy nestrukturované následné péče dotované RVKPP v letech 2007 – 2013 [3]	38
Tabulka 8 – Programy strukturované následné péče dotované RVKPP v letech 2007 – 2013 [3]	39
Tabulka 9 – Počet zadržených osob podle jednotlivých drog a typu drogové trestné činnosti v roce 2013 [3].....	40

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Hodnocení rizik spojených s užíváním drog – srovnání ČR a evropského průměru	33
Graf 2 – Užívání nelegálních drog – srovnání žáků ZŠ a SŠ	34
Graf 3 – Počty klientů nestrukturované péče podle druhu užívaných drog.....	39
Graf 4 - Počty klientů strukturované péče podle druhu užívaných drog	40