

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Institut mezioborových studií Brno

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Brno 2005

Antonín Uher

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Institut mezioborových studií Brno

Alkohol jako evropsky tolerovaná droga
u středoškolské mládeže

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. František Sýkora

Vypracoval:
Antonín Uher

Brno 2005

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Alkohol jako evropsky tolerovaná droga u středoškolské mládeže“ zpracoval samostatně a použil jen literaturu uvedenou v seznamu literatury, který je v práci uveden.

.....

Antonín Uher

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Františku Sýkorovi za velmi užitečnou metodickou pomoc a cenné rady, které mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Brno, 5. dubna 2005

Antonín Uher

OBSAH

Úvod	1
1. Drogová závislost	3
1.1 Vymezení základních pojmů	3
1.2 Hlavní typy drogových závislostí	6
1.3 Závěr	7
2. Alkoholismus	8
2.1 Definice alkoholismu	8
2.2 Historie alkoholu	8
2.3 Chemický rozbor alkoholu	9
2.4 Ethylismus	10
2.5 Klasifikace poruch	11
2.6 Diagnóza abúzu a závislosti	12
2.6.1 Vývojové fáze závislosti	14
2.7 Intoxikace alkoholem	15
2.7.1 Typy opilosti	17
2.7.1.1 Prostá alkoholová opilost (ebrietas simplex)	18
2.7.1.2 Opilost patická (ebrietas pathica)	18
2.7.1.3 Opilost komplikovaná (ebrietas complicata)	19
2.8 Osud alkoholu v organismu	19
2.8.1 Resorpce alkoholu do organismu	19
2.8.2 Vylučování alkoholu z organismu	21
2.9 Somatické následky abúzu alkoholu	23
2.9.1 Alkoholické psychózy	25
2.10 Léčba závislosti na alkoholu	25
2.11 Závěr	26
3. Alkoholismus a středoškolská mládež	28
3.1 Problematika alkoholismu u mládeže	28
3.2 Příčiny zneužívání alkoholu mládeží	29
3.2.1 Reklama na alkohol	30

3.2.1.1	Některé reklamní triky	31
3.3	Alkoholismus mládeže a právo	32
3.3.1	Zákon na ochranu před alkoholismem a jinými toxikomaniemi	33
3.3.2	Alkoholismus a přestupkový zákon	34
3.3.3	Alkoholismus a trestní zákon	35
3.4	Prevence	36
3.4.1	Primární prevence	38
3.4.2	Sekundární a terciální prevence	40
3.5	Závěr	41
4.	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách	42
4.1	Hlavní cíle projektu	42
4.2	Informace o metodě výzkumu	42
4.3	Charakteristika zkoumaného vzorku	43
4.4	Výsledky výzkumu	44
4.5	Závěr	45
	Závěr	46
	Resumé (CZ)	48
	Anotace	49
	Literatura a prameny	50
	Přílohy	52

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je „Alkohol jako evropsky tolerovaná droga u středoškolské mládeže“.

Alkohol patří mezi drogy, i když někteří si toto přiřazení nepřipouštějí. Drogy představují jeden z klíčových civilizačních problémů a mají negativní sociální dopady na společnost. Také u nás se v posledních letech problém drog dostává do popředí.

Již před stovkami či tisíci lety se objevují první snahy lidí o únik z každodenních starostí do jiného světa, vyvolaného, nebo alespoň ovlivněného drogami. Lidé nacházeli v přírodě látky, které zmírňovaly bolest, léčily různé choroby, a které po požití vyvolávaly pocit štěstí, blaha.

S drogami se setkáváme v běžném životě prakticky na každém kroku, jedná se o látky schopné ovlivnit psychiku a vyvolat závislost. Ve většině případů se jedná o drogy v naší společnosti tolerované, tedy o drogy legální.

V první řadě je to alkohol, ale drogovou definici by při přísném posouzení splňovala i káva, čaj a zcela jistě i tabákové výrobky. Konzumace legálních drog je běžná věc a nikdo se nad ní příliš nepozastavuje. Tolerance společnosti je v této oblasti vysoká a drogy zmíněného typu jsou nejen povoleny zákonem, ale i nabízeny ke konzumaci zcela běžně a jejich odmítání bývá považováno za slabost. Tato skutečnost však nesnižuje vysokou společenskou nebezpečnost alkoholové toxikomanie.

Domnívám se, že tolerance pití alkoholických nápojů u středoškolské mládeže dosahuje 50 % a počet středoškoláků, kteří často pijí často alkoholické nápoje, činí v ČR 20 % středoškolské populace.

Cílem této práce je ověřit, zda je alkohol u středoškolské mládeže skutečně tolerovanou drogou a kolik procent mládeže často pije často alkoholické nápoje.

V první kapitole této práce budou popsány základní pojmy a hlavní typy drogových závislostí.

V druhé kapitole shrnu dosavadní teoretické poznatky o alkoholismu a popíšu základní pojmy k tomuto problému. Dále budu pokračovat rozpracováním vzniku alkoholové závislosti. Samostatně bude rozpracována teoretická část věnovaná účinkům alkoholu na člověka a následkům této závislosti.

Ve třetí kapitole se budu zabývat problematikou alkoholismu u středoškolské mládeže, některými zákonnými normami, které se týkají problematiky alkoholismu a dále typy prevence.

Pro zjištění rozsahu pití alkoholu u adolescentní mládeže budu ve čtvrté kapitole pracovat s výsledky mezinárodního projektu Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách - ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Drugs).

V závěru budou shrnuty poznatky z této práce a návrh účinných opatření pro zamezení zneužívání alkoholu mládeží.

Nejvíce poznatků jsem čerpal z publikací MUDr. Karla Nešpora a PhDr. Ladislava Csémyho, s jejichž obsahem se ztotožňuji, neboť všechny tyto knihy jsou zaměřeny na preventivní činnost a vypracování systému prevence, v němž by měl mít své místo stát, učitel, spolupracující vrstevník, žurnalista, zdravotník a rodiče dětí.

1. DROGOVÁ ZÁVISLOST

Náš životní styl se v posledních letech od základů mění, a to nejen v uvažování, ale u mnohých lidí i v konkrétním způsobu života. Nové společenské uspořádání provází řada problémů a zátěžových situací. Návykové látky nabízejí jednoduchou cestu k jejich řešení. Bohužel jsou v zátěžových situacích tím nejhorším rádcem. S narůstající spotřebou návykových látek zákonitě přibývá následků souvisejících s jejich užíváním, mezi jiným také závislostí.

Závislost na alkoholu a jiných drogách se sice klasifikuje jako nemoc, ale nejde jen pouze o nemoc v běžném klinickém smyslu, ale také o poruchu a rizikové chování, které nám hodně napovídá o tom, jak je člověk nucen jednat ve světě, do něhož se narodil.

Člověk se často nedokáže vyrovnat s věcmi, které život přináší a tak si staví proti skutečnosti svůj fiktivní svět. Alkohol a drogy jeho fikci podporují a stupňují. Zatím žádná společnost nenašla účinný lék a nedovede se vyrovnat s jevy, které abúzus a závislost na alkoholu způsobuje.

Pro potřeby této bakalářské práce jsem považoval za nutné nejdříve definovat základní pojmy oblasti toxikomanie a základní typy závislostí, které bývají velmi často laickou veřejností nesprávně užívány a klasifikovány.

1.1 Vymezení základních pojmů

Toxikomanie - je slovo odvozené od řeckého slova “toxikos“, což znamená náležící k luku (řecký toxon - luk, toxikon farmakon znamenalo původně šípový jed a později se přeneslo na jakýkoliv jed). Manie je také odvozeno z řečtiny od slova “mania“ - šílenost, zuřivost, nadšení. V běžném životě se manie používá pro vášň, náruživost a posedlost. Tedy toxikomanie je vlastně vášnivá, náruživá, chorobná touha po jedech projevující se opakovanými stavy intoxikace. Těmi jedinec poškozuje sám sebe, své zdraví i společnost, ve které žije.

Fyzická závislost - stav, kdy se organismus droze přizpůsobil. Organismus závislý na droze ji potřebuje a na přerušení přísunu reaguje poruchou, které říkáme abstinenční syndrom. Příznaky takového stavu jsou fyzické i psychické. Mezi příznaky fyzické závislosti patří změny tlaku krve a pulsu, třes prstů a očních víček, pocení, bolesti hlavy, zvýšená teplota, průjemy, někdy i záchvaty epileptických křečí.

Psychická závislost - duševní stav vyvolaný užíváním drogy, který se projevuje různou intenzitou přání požívat drogu (od pouhého přání, kterému se dá odolat, až k neodolatelnému a opakujícímu se nutkání požit drogu, i když postižený drogu požívat nechce a své jednání považuje za nerozumné).

Drogová závislost - je psychický i fyzický stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami v chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání drogu brát stále nebo pravidelně pro její psychické účinky a někdy také pro to, aby se zabránilo nepříjemnostem plynoucím z její nepřítomnosti.

Droga - je látka, jíž se užívá k ovlivnění stavu živých organismů, drogou je každý lék, pokud se užívá a zneužívá ke změnám nálady, vědomí či povzbuzení.

Abstinenční syndrom - je stav charakterizovaný příznaky (např. zvýšená teplota, rozšířené zorničky, slzení, neklid, třes, nevolnost, pocení, slinění, průjem, nespavost, sebevražedné úmysly, až po poruchy krevního oběhu či srdeční kolaps), které se vyskytují v různé intenzitě u všech návykových látek, od méně závažných, ale subjektivně nepříjemně pocíťovaných (u kofeinu, nikotinu) až po velmi intenzivní a životu nebezpečné (např. u morfinu). Tyto příznaky se tedy liší podle druhu drogy, délky jejího užívání a biologické dispozice jedince.

Tolerance - znamená snášenlivost, v biologii a medicíně pak schopnost organismu snášet určité látky. Projevuje se oslabujícím účinkem stejného množství látky, neboli

nutností stálého zvyšování dávek k vyvolání účinku stejné intenzity. Tolerance je selektivní, tzn. že organismus přivyká jen určitému účinku drogy.

Úzus - jako užití či užívání je míněn jako obvyklé požívání drogy ve shodě s oprávněnými zájmy jedince i společnosti, tedy užití drogy jako léku na základě “lege artis“. Lékem může být to, co neovlivňuje negativně chování, práci, nezvyšuje riziko v dopravě, nepoškozuje zdraví, neohrožuje mezilidské vztahy a ekonomickou rovnováhu. Zejména u dětí a mladistvých pak nesmí nepříznivě ovlivňovat proces zrání organismu a celé osobnosti. Z hlediska alkoholismu se tedy jedná o požívání v přijatelném množství, v přijatelném věku, v přijatelném zdravotním stavu a ve vhodné době.

Abúzus - (zneužití, zneužívání) již znamená nadměrné požívání, zneužívání nebo užívání drog v nevhodnou dobu. Obvykle nepříznivě ovlivňuje fyzický i duševní výkon člověka, vývoj organismu atd.

Misúzus - je chybné, nenáležitě užití léků, zpravidla v nepřiměřeně vysoké dávce, medicínsky neospravedlnitelné, většinou již s cílem toxikomanským a nezáleží na tom, zda byla droga-lék získána legálně od lékaře, či ilegální cestou.

Drogová scéna - takto označujeme aktuální situaci týkající se rozsahu, charakteru, nejčastějších způsobů a míry závažnosti zneužívání drog v určité lokalitě.

Návyková látka - ovlivňuje psychické funkce a je schopna vyvolat závislost. Není to různé u všech látek - u alkoholu je pravděpodobnost toho, že se vyvine závislost u dospělých 5-15 let. U mladistvých je to doba mnohem kratší (15 měsíců). Pro opiáty (morfin), tak závislost vzniká u poloviny (u alkoholu 5 %) z těch, kteří jsou vystaveni pravidelné aplikaci (otázka jen několika měsíců, třeba i čtyři týdny). U heroinu dochází k závislosti téměř u všech, kteří jsou vystaveni nadměrnému užívání a už po jedné nebo několika dávkách.

Incidence – je proporce osob původně bez sledovaného stavu, který u nich vznikl během určitého časového období. Odpovídá na otázku „Jaké je riziko vzniku daného stavu

u osob během určité doby?“ - vyjadřuje se nejčastěji v relativním čísle – počtu nových případů, vztažených k počtu sledovaných osob a době, po níž jsem tyto osoby sledovali.

Prevalence – je údaj, vyjadřující proporci osob, které v daném okamžiku nebo časovém intervalu vykazují zkoumaný stav.

Craving (bažení) – v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) se o cravingu hovoří jako o silné touze nebo pocitu puzení užívat látku¹.

1.2 Hlavní typy drogových závislostí

Alkoholo-barbiturátový typ - v našich podmínkách jde o nejčastější typ drogové závislosti. Patří sem závislost na alkoholu a barbiturátech, ale i na novějších nebarbiturátových hypnoticích a sedativech.

Amfetaminový typ - patří sem drogy, jejichž účinek je excitační, t.j. povzbuzující. U nás byl zneužíván především dexfenmetrazin a fenmetrazin, ale přísnou kontrolou distribuce těchto preparátů se jejich zneužívání výrazně omezilo. Nyní je zneužíván pervitin.

Halucinogenní typ - zahrnuje řadu látek, z nichž byl u nás nejvíce zneužíván lysergamid (LSD). Ostatní drogy z této skupiny jsou u nás prakticky nedostupné. Do této skupiny bývá přiřazován i trihexyphenidyl, který ve větších dávkách vyvolává halucinace, a u nás bylo jeho zneužívání velmi rozšířeno.

Kanabisový typ - zahrnuje různé drogy získané z indického konopí. U nás se s tímto typem setkáváme často. V posledních letech se také stále častěji vyskytují případy pěstování této rostliny v celé ČR.

Kathový typ - u nás prakticky neznámý, vyskytuje se jen u jedinců, kteří pracovali v Jemenu a Etiopii.

¹ MKN-10 (ICD): Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických případů a diagnostická vodítka.

Kofeinový typ - pití kávy a čaje. Je otázkou jaké množství kávy a čaje vypité denně již vyvolá škodlivou závislost.

Kokainový typ - v současné době je nejrozšířenějším druhem toxikomanie na světě.

Opiátový typ - patří sem opium a jeho deriváty. U nás je rozšířeno zneužívání Alnagonu, který obsahuje kodein.

Solencový typ - zahrnuje různá rozpouštědla a prchavé látky, které se čichají, nebo vdechují.

Tabákový typ – zahrnuje závislosti způsobené tabákem.

1.3 Závěr

Dělení drogových závislostí se často mění, neboť se objevují stále nové a nové látky, po jejichž delším či kratším užíváním vzniká závislost. V různých oblastech světa se zneužívají různé drogy, a proto se nám některá dělení mohou zdát nesmyslná. Poslední rozdělení navrhla komise expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) a používá se v seznamu nemocí dosud.

Dále se této práci budu zabývat pouze alkoholismem, kde budou popsány některé další pojmy, které se přímo vztahují k uvedené problematice, jinak se budu již jen odvolávat na definice pojmů popsaných v této kapitole.

2. ALKOHOLISMUS

2.1 Definice alkoholismu

Alkoholismus je většinou chápán jako nadměrné či pravidelné pití alkoholu, spojené s nebezpečím získání návykového chování. Tento sociálně patologický jev má velmi neblahý vliv na jedince, rodinu a celou společnost. I přes tuto poměrnou závažnost je společnost ve srovnání s např. drogovou problematikou velmi tolerantní a shovívavá. Alkohol je totiž považován za legální návykovou látku a společně s tabákem je veřejností nejvíce podceňována. Při zkoumání alkoholismu je nutno rozlišovat mezi běžným společensky obvyklým užíváním alkoholu a mezi chronickým alkoholismem. Někteří lidé pijí alkohol jen při společenských příležitostech, jiní ho nepijí vůbec a další skupinou jsou naopak silní pijáci.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje chronického alkoholika „jako jedince s chronickým onemocněním, které se manifestuje jako narušené chování. Je charakterizováno opakovanou konzumací alkoholických nápojů, která překračuje obvyklou dávku požívání nebo vyhovění společenským zvykům společnosti a projevuje se jako narušování zdraví pijáků nebo jejich ekonomické a sociální funkce“. Z této definice vyplývá, že alkoholismus je chápán jako individuální i jako společenský problém.

2.2 Historie alkoholu

Alkohol byl znám již před 8000 lety (epos o Gilgamešovi 3 - 4 tis. př. n. l.). Na hliněné tabulce můžeme najít také předpis lékaře na výrobu vína. V čisté podobě byl objeven v 11. stol. (říkalo se mu al-ka-hal – „něco nejlepšího“).

Alkohol vstoupil lehkým krokem do lidského života z toho důvodu, že v prvopočátku lidem pomáhal a zpříjemňoval život. Lidem vyhovovaly především ty vlastnosti alkoholu, jichž bylo možno využít v lékařství. O blahodárných účincích alkoholu najdeme svědectví v pracích antického lékaře Hippokrata (460-370 př. n. l.) a

lékaře Ibn Síny (980-1037). Lidé používali různé vínové obklady, které přinášely pacientovi úlevu, také po samotném požití alkoholického nápoje se pacientovi ulevilo a bolest byla snesitelnější. Důležitou roli v rozvoji požívání alkoholických nápojů sehráli i bylinkáři a lidoví léčitelé.

Alkohol usnadňoval lidem život a činil jej příjemnějším, ale již v této době dokázal alkohol svádět člověka ze správné cesty. Lidé vítali, že pod jeho účinky se mění jejich psychické vlastnosti. Po požití alkoholu měli lepší náladu, byli veselejší, snadněji se sbližovali, různé osobní problémy a útrapy se jim nejevily již tak nesnesitelné a nepřekonatelné. Požití alkoholu je přivádělo ke kolektivnímu veselí. Lidé se tak sami nevědomky dostali na šikmou plochu, z které pro mnoho z nich již nebylo úniku.

K rozmachu alkoholu přispělo i to, že v mnoha případech byla část mzdy pracovníka proplácena v poukázkách na alkoholické nápoje, či někteří pracovníci měli přímo nárok na sklenku pálenky k snídani, jak tomu bylo v 19. století ve Švédsku.

2.3 Chemický rozbor alkoholu

Alkohol - je čirá, bezbarvá tekutina, která má charakteristický zápach a palčivou chuť s bodem varu 77 °C a bodem tuhnutí 130 °C. Chemická značka alkoholu, přesněji řečeno etynolu (etylalkoholu) je C_2H_5OH . Molekula etylalkoholu se skládá z prvků uhlíku, vodíku a kyslíku.

Alkoholy tvoří celou skupinu látek, z nichž etylalkohol, druhý nejjednodušší, převzal jako nejznámější jméno celé skupiny.

Alkohol vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů působením kvasinek. Zkvašení probíhá jen do koncentrace 14-16 % alkoholu, při vyšších koncentracích jsou kvasinky jako první oběť alkoholu ničeny vlastním produktem, proto se pro zvýšení koncentrace používá destilace.

Při nedokonalých chemických procesech (např. při domácí výrobě destilátů) vzniká

směs etylakoholu s nejnižším alkoholem, metylakohol (metanol), který je silným nervovým jedem se selektivním účinkem na oční nerv (působí oslepnutí) a vede k metabolickému rozvratu vyvoláním acidózy. Charakteristiku nervového jedu a schopnost vyvolávat acidózu má i etylakohol, i když v nižší míře. Alkohol ovlivňuje nervový systém a jedná se proto o psychotropní látku.

Alkoholické nápoje obsahují různé množství alkoholu: pivo obsahuje 1-5 % čistého alkoholu, víno 7-12 %, těžké víno až 24 %, koncentráty 22-50%. (Skála, 1988)

2.4 Ethylismus

Ethylismus (tj. alkoholismus) je závislost na alkoholu. Psychiatrická praxe vypovídá o tom, že etiologie této závislosti je multifaktoriální. (Pokorný, 2003) Vedle genetických vlivů, které přispívají k jejímu formování, se u této závislosti uplatňují zejména vlivy společenské, někdy se v této souvislosti hovoří ale i o vlivech biochemických, neboť biochemické změny, které pití alkoholických nápojů přináší, podmiňují rovněž vznik závislosti na něm.

Podle vztahu k pití alkoholických nápojů se rozlišují čtyři skupiny osob:

1. Abstinenti jsou lidé, kteří za žádných okolností nepožívají alkoholické nápoje.
2. Konzumenti jsou lidé, kteří pijí alkoholické nápoje proto, že jimi dostávají do těla potřebné množství tekutiny, jejíž chuť mají rádi a jsou na ni zvyklí (např. pivo). Požijí-li však větší množství alkoholu (více jak 15g), projeví se účinek alkoholu.
3. Pijáci jsou osoby, které pijí alkoholické nápoje zejména kvůli alkoholu v nich obsaženém, současně je však třeba doplnit, že alkoholické nápoje jsou pro ně i zdrojem tekutiny s určitou chutí, kterou mají rádi.
4. Alkoholici jsou lidé závislí na alkoholu. Alkoholické nápoje se pro ně staly zdrojem alkoholu jako drogy.

2.5 Klasifikace poruch

Poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu jsou v MKN-10 uvedeny v oddílu F 10. Z psychiatrického hlediska lze tyto poruchy rozčlenit do dvou základních skupin.

1. poruchy, které jsou způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém, ať již bezprostředně (intoxikace alkoholem), či jako následek chronického abusu alkoholu (odvykací stav, psychotická porucha, amnestický syndrom).
2. poruchy, které se projevují návykovým chováním, souvisejícím s abusem alkoholu (narušená kontrola užívání), a které mohou vyústit v závislost (ztráta kontroly užívání alkoholu, syndrom závislosti na alkoholu).

Samotný pojem „psychoaktivní látka“ není v MKN-10 definován, ale lze tam najít, o jaké skupiny látek se jedná:

F10.x – Poruchy vyvolané účinkem alkoholu

F11.x – Poruchy vyvolané účinkem opioidů (např. heroin)

F12.x – Poruchy vyvolané účinkem kanabinoidů (např. marihuana)

F13.x – Poruchy vyvolané účinkem sedativ nebo hypnotik

F14.x – Poruchy vyvolané účinkem kokainu

F15.x – Poruchy vyvolané účinkem jiných stimulancií (včetně kofeinu)

F16.x – Poruchy vyvolané účinkem halucinogenů

F17.x – Poruchy vyvolané účinkem tabáku

F18.x – Poruchy vyvolané účinkem organických rozpouštědel

F19.x – Poruchy vyvolané účinkem několika látek, nebo jiných psychoaktivních látek

Na desetinném místě se pak uvádí kód příslušející klinickému obrazu, např. závislost na pervitinu se kóduje F15.2. (Marhounová, 1995, s. 57)

2.6 Diagnóza abúzu a závislosti

V odborné literatuře bývá dosud citována klasická *Jellinekova* typologie z r. 1940 (verze z roku 1960, citováno podle Skála a spol., 1987) rozlišuje 5 typů abúzu, respektive závislosti na alkoholu:

Typ Alfa: „problémové pití“, nadužívání alkoholického nápoje kvůli tomu, aby se člověk vyrovnal s vnitřními konflikty, psychická ani somatická závislost není přítomna.

Typ Beta: „společenské pití“, příležitostný abúzus, při jeho vzniku hrají rozhodující úlohu sociokulturní okolnosti (píjácké zvyklosti, víkend, večírky, narozeniny), charakteristickým následkem je somatické poškození.

Typ Gama: (bývá označován jako „anglosaský typ“ s preferencí piva a destilátů), na rozdíl od alfy a bety je spojen se závislostí (závislost s tzv. nespolehlivou kontrolou). Typ gama je v našich zemích dosti obvyklý. Nespolehlivá kontrola se projevuje tím, že pokud člověk překročí úroveň hladiny 0,5 – 0,6 promile už není jisté, zda se neintoxikuje. Tolerance dále stoupá, výrazněji bývá vyjádřena psychická závislost, naproti tomu syndrom odnětí (odvykací příznaky – nikoli abstinenční příznaky) při detoxikaci je zpravidla nevýrazný. Závislost typu gama je závažná pro svou progresi a vede k somatickým, psychickým, společenským a ekonomickým důsledkům i škodám.

Typ Delta: (označovaný jako „románský typ“, preferující víno), typická je chronická (denní) konzumace alkoholu, trvalé udržování „hladinky“, bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly, výrazněji bývá vyjádřena somatická závislost s tělesným poškozením. Při závislosti typu delta hrozí větší poškození tělesného (např. cirhóza) i psychického zdraví (delirium tremens) než u typu gama.

Typ Epsilon: epizodický abusus (dipsomanie, „kvartální pijáctví“) s obdobími delší občas úplné abstinence, nepříliš častá varianta závislosti, provázející někdy afektivní poruchy.

Jednotlivé typy závislosti na alkoholu (gama, delta, epsilon) se nevyskytují zdaleka jako „čistě“. U nás se nejčastěji vyskytují jednotlivci s převahou typu gama, méně často s převahou typu delta.

Tabulka č.1 - Typologie abúzu či závislosti (Jellinek 1960, Feurlein 1979)

Jellinek	Abúzus	Schopnost		Možný vývoj	Feurlein
	Závislost	pítí kontrolovat	abstinovat		
Alfa	Abúzus – převážně psychogenní	Ano (+)	Ano (+)	Gama	Konflikt Trinker (konfliktový piják)
Beta	Abúzus – převážně psychogenní	Ano (++)	Ano (++)	(Gama) Delta	Gelegenheits Trinker (příležitostný piják)
Gama	Závislost – převážně psychická	Ne	Ano (±)		Süchtiger Trinker (náruživý piják)
Delta	Závislost – převážně somatická	Ano (±)	Ne		Gewohnheits Trinker (návykový piják)

(Kvapilík, 1985)

2.6.1 Vývojové fáze závislosti

Vývojové fáze popsané Jellinekem (1952) se vztahují především na abúzus typu alfa a závislost typu gama. V České republice se toto dělení aplikuje od roku 1957. Z podnětu prof. Dobiáše se užívá místo fází (zde je možný pohyb oběma směry) stadia (vývoj je možný jenom ze stadia nižšího do stadia vyššího). Jellinekova stadia jsou charakterizována několika desítkami příznaků, které nenastupují vždy jeden po druhém, ale často po skupinách. (Skála, 1987, s. 46)

I. stadium – počáteční (iniciální, prealkoholické, symptomatické): alkoholický nápoj přináší člověku určitou úlevu a vede často k tomu, aby měl příjemnější pocity požívat víc a víc (bývá podnapilý).

II. stadium – varovné (prodromální): trvá 0,5 – 5 let, jednotlivec pije často již tajně ze strachu, aby nebyl rozpoznán jeho abúzus, myslí trvale na alkohol, shromažďuje a zajišťuje si zásoby alkoholických nápojů, pije dychtivě svou první dávku, má pocity viny a je citlivý na zmínky o alkoholu. Začínají se objevovat výpadky paměti a dochází k alkoholické intoxikaci (tj. opilosti).

III. stadium – rozhodné (kritické, krucinální): v tomto stadiu již člověk ztrácí spolehlivou kontrolu (po započetí pití), vyhýbá a brání se ovlivnění ze strany svého okolí co se týče abúzu, dělá si výčitky, vykazuje nápadné výkyvy nálady, činí opakované zpravidla marné pokusy pít zdrženlivě, dochází u něj k zúžení zájmů i k oploštění mezi osobních vztahů, ke konfliktům na pracovišti a ke společenskému sestupu, dostavují se příznaky tělesného poškození souvisejícího s abúzem, často i sexuální problémy doprovázené případně žárlivostí a jejími projevy, tolerance dále stoupá, vyskytují se kratší či delší období vynucené abstinence.

IV. stadium – konečné (terminální, chronické): je charakterizováno výrazným oslabením tělesného i duševního zdraví, klesá tolerance na alkohol, dochází k ranním douškům, k několika denním tahům, k přechodným psychotickým stavům, dostavují se stavy úzkosti, třesy. Jednotlivec vyhledává osoby, které jsou pod jeho společenskou úrovní, aby měl příležitost k napití. Dochází ke konzumaci technických prostředků obsahujících alkohol (Alpa, okená, líh ředěný vodou apod.) a nakonec k bezmocnosti – k debaklu („bez alkoholu to nejde a s alkoholem také ne“).

2.7 Intoxikace alkoholem

Pro rychlý odhad hladiny alkoholu v krvi zhruba platí, že u muže průměrné hmotnosti (70-75 kg) jsou po vypití jednoho půllitru desetistupňového piva asi 0,3 ‰ alkoholu v krvi. Po vypití půllitru dvanáctistupňového piva nebo 0,5 dl lihoviny nebo 2 dl vína asi 0,4 ‰ alkoholu v krvi.

Dávky alkoholu, při kterých není překročena koncentrace 0,6 - 0,8 ‰ alkoholu v krvi, vyvolávají v psychice člověka většinou žádoucí, příjemné účinky, kdežto dávky způsobující koncentraci alkoholu nad 0,8 ‰ zpravidla způsobují pravý opak, tj. účinky nežádoucí. Tam, kde jde o vysoké nároky na rovnováhu a koordinaci u člověka, např. u letců, může se porucha rovnováhy a koordinace okohybných svalů projevit již při malých dávkách alkoholu (po 0,3 l desetistupňového piva). Čím složitější je výkon, tím nižší je hranice pro toxický účinek alkoholu. Při požití alkoholu je zpomalena schopnost učení. Např. v počítání je spíše ovlivněna přesnost než rychlost. Materiál naučený pod vlivem alkoholu je obtížné si vybavit ve střízlivosti, ale lépe po novém napití. Dlouhodobý abúzus alkoholu se záporně projevuje zejména při řešení problémů, ověřování domněnek a při rychlém zpracování nových informací. Naproti tomu na úkoly založené jen na opakování dříve dobře naučených znalostí nemá alkohol tak příliš záporný vliv.

Pomocí výpočetní tomografie (způsob rentgenového snímkování) se podařilo prokázat, že 46% mužů ve stáří 20 - 29 let (abuzérů a závislých) má výrazné nálezy poškození mozkových buněk. S věkem a délkou abúzu se poškození zvyšuje, přičemž postihuje nejvíce čelní oblasti mozkové kůry. Poškození však není zdaleka úměrné stupni snížení intelektu. Při důsledné abstinenci od alkoholu je tato atrofie (poškození) do značné míry vratná.

V počátcích alkoholického opojení (první stadium opilosti) vzniká u člověka stav spokojeného a sdílného rozpoložení mysli. Obvykle se to projevuje i navenek veselým výrazem obličeje, živou mimikou, výřečností a smíchem. Člověk je rozpustilý, snadno a rád uzavírá přátelství, dostavuje se u něho zvýšený pocit sebevědomí, dojem, že by snadno překonal všechny životní těžkosti. A právě tento stav, v němž se lidé cítí znamenitými a schopnými, je často nejsilnějším popudem, že člověk sahá po alkoholu a považuje alkohol za útěchu ve štěstí i neštěstí.

V dalším průběhu opilosti (druhé stadium opilosti) se pijící člověk stává nekritickým, netaktním, začíná křičet, zpívat, nedbá o své okolí. Jeho chování a jednání je impulsivní, nepromyšlené. Takoví lidé již postrádají schopnost naslouchat druhým, neumějí kontrolovat svou řeč, jejich obličej rudne, tep stoupá nad 100 tepů za minutu. Pohyby jsou neuspořádané, opilý snadno porazí sklenici, má závratě, při chůzi vrávorá, vidí dvojité.

Při těžké akutní otravě alkoholem (třetí stadium opilosti) se dostavuje již únava, spavost, často zvracení. Obličej ztrácí svoji červeň a bledne. Při velkých dávkách alkoholu se opilost podobá narkóze: dochází k úplnému bezvědomí, necitlivosti a mimovolnému močení a pokálení. Svalstvo je uvolněné, tep měkký, dýchání pomalé, zornice normální nebo rozšířené, na světlo nereagují. Někdy je člověk zmatený, blouzní, zmítá s sebou a tropí povyk. V těžkých případech a při nedostatečné pomoci může zemřít i následkem ochrnutí tzv. dýchacího centra v prodloužené míše.

V prvním stadiu opilosti dosahuje koncentrace alkoholu v krvi 1 - 1,5 ‰, v druhém stadiu 1,5 - 3 ‰ a ve třetím stadiu dosahuje koncentrace 3 ‰ a více.

Stupeň opilosti, jak již bylo uvedeno, je tedy charakterizován jednak vnějšími projevy, jako je porucha chůze, porucha rovnováhy, jednak obsahem alkoholu v krvi, přičemž 100 % shodu projevů vnějších a vnitřních vykazují teprve hladiny nad 2 ‰ alkoholu.

Vnější projevy opilosti se mohou za určitých okolností (např. úlekem při dopravní nehodě) náhle a alespoň na krátkou dobu změnit a člověk jako by najednou "vystřízlivěl". Naproti tomu není znám žádný prostředek, který by výrazněji ovlivnil hladinu alkoholu v krvi. Z tohoto důvodu je také Widmarkova zkouška na určení koncentrace alkoholu v krvi potřebným důkazem při zjišťování i hodnocení stupně opilosti člověka pro potřebu soudního řízení. (Heller, 1996)

2.7.1 Typy opilosti

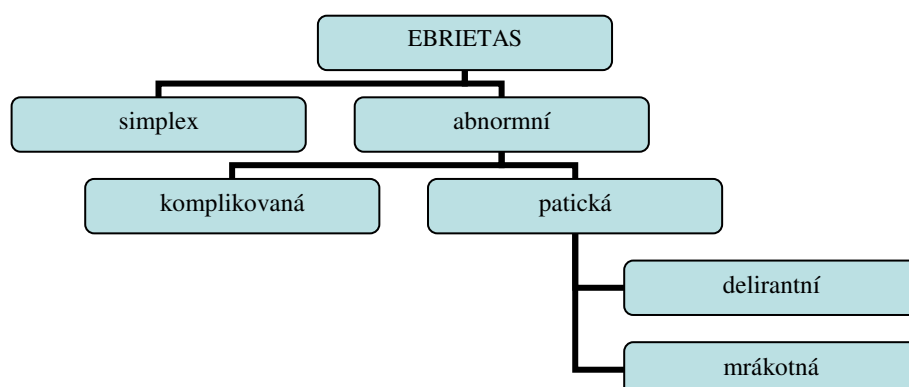
Intoxikace alkoholem je stavem, ve kterém se kombinují vesměs dobře známé znaky narušeného chování se znaky zejména neurologickými. Byť je alkoholová intoxikace porůznu popularizována, nejde o neškodný stav – může končit kómatem, depresí dechového centra, aspirací zvratků a mnoha dalšími komplikacemi. (Kalina, 2003, s. 297)

Rozeznáváme tři typy opilosti:

1. opilost prostá (ebrietas simplex)
2. opilost patická (ebrieta pathica)
3. opilost komplikovaná (ebrieta complicata)

Didaktický význam může mít Binderovo schéma typů opilosti (1935). (Skála, 1987, s. 127)

Binderovo schéma typů opilosti



2.7.1.1 Prostá alkoholová opilost (ebrietas simplex)

Jde o akutní intoxikaci alkoholem. Rozeznáváme 4 stadia:

1. **Excitační**, euforické stadium (odpovídá hladině 0,5 – 1 promile) – euforie, zvýšené sebevědomí, odstranění zábran, mnohomluvnost, zhoršení kognitivních funkcí.
2. **Hypnotické stadium** (přibližně 1 – 2 promile) – prodloužení reakcí, ztráta sebekontroly, poruchy koordinace a rovnováhy.
3. **Narkotické stadium** (přibližně 2 – 3 promile) – těžká porucha koordinace, zmatenost, počínající znaky poruchy dechového a oběhového centra.
4. **Asfyktické stadium** (při hladině přibližně 3,5 – 5 promile) – hluboké bezvědomí až kóma, vyhasínání reflexů, cyanóza, smrt následkem centrálního selhání dýchání a oběhu.

2.7.1.2 Opilost patická (ebrietas pathica)

Patickou opilost je možné definovat jako náhle vzniklou patickou reakci na alkohol, kvalitativně odlišnou od opilosti prosté. Při patické opilosti dochází k poruše vědomí a člověk má dokonce i halucinace. Z vnějšku nemusí na něm být nic znát (psychomotorika je

jen mírně zvýšená). Projevuje se chorobnými patickými reakcemi (suicidální, vražedné tendence). Pokud byla naplněna skutková podstata trestného činu, je člověk uznán nepřičetným. U někoho stačí velmi málo k vyvolání patické opilosti (většinou se u lidí neopakuje - jen asi u 10 %). Takový člověk je odtržen od celé situace. Patická opilost se nedá předvídat (typický rys).

2.7.1.3 Opilost komplikovaná (ebrietas complicata)

Většina autorů, kteří popisují tento typ abnormní reakce na alkohol, hovoří pouze o pouhém kvantitativním rozdílu opilosti komplikované oproti opilosti prosté. Vyvíjí se z prosté opilosti, kdy po excitačním a útlumovém stadiu se objeví silné rozrušení a podráždění. Při tomto typu opilosti se začíná uvažovat o snížení přičetnosti.

Někteří autoři uznávají ještě *opilost kombinovanou*. Jedná se o intoxikaci alkoholem a medikamenty, nejčastěji psychofarmaky.

2.8 Osud alkoholu v organismu

2.8.1 Resorpce alkoholu do organismu

Metabolismus - resorpce alkoholu do organismu probíhá prostou difúzí. Optimálním předpokladem pro jeho resorpci, která je možná všemi cestami, je jeho rozpustnost ve vodě. Resorpce alkoholu vdechováním par, třeba ve vinných sklepích či skladech alkoholických nápojů, nemá praktický význam. Koncentrace alkoholových par ve vzduchu nedosáhne ani v takovém prostředí úrovně, aby dechem vstřebávaný alkohol nestačil současně z organismu eliminovat.

Stejně je tomu při resorpci alkoholu neporušenou kůží dospělého člověka. U malých dětí však prostupuje alkohol kůží snáze a při jeho dlouhodobé aplikaci na velké plochy, třeba v obkladech, došlo již k těžkým intoxikacím.

Poraněnou kůží proniká alkohol rychle do krve a při ošetření větších ploch zraněné kůže alkoholickým roztokem může zakrátko dojít i k významnému zvýšení hladiny alkoholu v krvi. Ze zažívacího traktu je resorpce alkoholu nejčastější.

Resorpce alkoholu začíná již v ústech. Množství alkoholu vstřebané ústní sliznicí však zůstává pod úrovní eliminace a k průkaznému zvýšení hladiny alkoholu v krvi nedojde, i když člověk podrží silně koncentrovaný nápoj v ústech po delší dobu. Ze žaludku se vstřebává asi 20 % vypitého alkoholu. Rozhodující část, tj. celých 80 % vypitého alkoholu se vstřebává z dvanáctníku a z horního úseku tenkého střeva. Rychlost resorpce alkoholu do krve a do organismu závisí především na difúzním spádu a na velikosti plochy zažívacího traktu, z níž může resorbovat.

Resorpce začíná v okamžiku požití alkoholického nápoje. Rychlost resorpce mohou někdy značně ovlivnit i jiné látky (např. CO₂) obsažené v alkoholickém nápoji. Aromatické látky a hořčiny rovněž vedou ke zvýšenému prokrvení sliznic a tím urychlují resorpci. Cukry vstřebávání zpomalují. Alkohol ze sladových a silně oslazených nápojů se tedy oproti čistým nápojům stejné koncentrace resorbuje pomaleji. Vliv má také teplota nápoje. Vyšší teplota nad 18 °C působí na resorpci příznivě, teplota nižší než 8 °C vstřebávání zpomaluje.

Zanedbatelný není ani momentální fyzický a psychický stav. Fyzická námaha urychluje resorpci paralelně se zvyšováním metabolismu. Je zde také nutno bát v úvahu chorobné stavy zažívacího traktu.

Rychlost vstřebávání je zde mimo faktorů ovlivňujících resorpci nalačno závislá především na době, množství a druhu jídla. Množství potravy požitá před pitím je třeba vztahovat k množství vypitého alkoholu. Vypije-li se malé množství alkoholického nápoje, třeba i koncentrátu po objemném jídle, dojde k obzvláště k významnému zpomalení resorpce. Malé kvantum alkoholu se v žaludečním obsahu „utopí“.

Kvalita jídla požitého před pitím rovněž ovlivňuje rychlost resorpce. Při smíšené potravě bohaté na bílkoviny a tuky je resorpce zpomalena výrazněji, než při potravě složené převážně z uhlovodanů.

Resorpce probíhá v podstatě exponenciálně. Zpočátku je pomalejší, přechodem alkoholu do dvanáctníku a tenkého střeva se zrychluje a při vrcholu resorpční křivky se opět zpomaluje pro snížení difúzního napětí. V okamžiku, kdy dosáhne křivka hladiny alkoholu v krvi vrcholu, tak není ještě resorpce alkoholu ze zažívacího traktu do krve ukončena, a to ani při jednorázovém pití. V této době, kdy je ještě koncentrace alkoholu v zažívacím ústrojí vyšší než koncentrace alkoholu v krvi, resorpce alkoholu do krve stále pokračuje. Vrchol křivky jen ukazuje, že došlo k rovnováze mezi invazí alkoholu ze zažívacího traktu do krve na jedné straně, a jeho pronikáním z krve dále do organismu a eliminací na straně druhé. (Kvapilík, 1985, Skála, 1988)

2.8.2 Vylučování alkoholu z organismu

Alkohol se vylučuje z organismu z 90 až 95 % oxidací v procesu látkové přeměny, 5 až 10 % se vylučuje v nezměněné formě, dechem asi 4 až 7 %, močí 1 až 3 %. Vylučování alkoholu jinými cestami je prakticky zanedbatelné.

Vylučování alkoholu v nezměněné formě, převážně dechem a močí není konstantní. Je to závislé na hladině alkoholu v krvi. Eliminace (celková) alkoholu není konstantní a kolísá v určitých mezích.

Koncentraci alkoholu v krvi $1 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1}$ (1 promile) orientačně odpovídá požití asi 1,5 litru desetistupňového piva, nebo 1,25 litru dvanáctistupňového piva, půl litru vína, nebo 1,5 - 1,25 dcl likéru nebo 1 dcl tvrdého alkoholu a zde je nutno opět závislost na hmotnosti a pohlaví vyšetřované osoby. (Kvapilík, 1985, Skála, 1988)

Tabulka č. 2 – Hladina alkoholu v krvi, změny pocitů a chování

Množství alkoholu g.kg⁻¹	Pocity	Chování
do 0,4	určitý pocit uvolnění	vyšší riziko úrazů
0,4 - 0,6	změny nálady (např. veselost)	zhoršený úsudek, ovlivněna schopnost rozhodování
0,6 - 0,8	pocity tepla, euforie	určitá ztráta zábran, zhoršené sebeovládání, horší postřeh, podstatně vyšší riziko úrazů při řízení
0,8 - 1,2	vzrušení emoční projevy	povídavost, možnost nekontrolovaného impulsivního jednání
1,2 - 1,5	zmatenost, přehlouplost	setřelá řeč, možnost agrese
1,5 - 2,0	výrazná opilost	obtížná řeč, dvojité vidění, poruchy paměti
2,0 – 4,0		možnost bezvědomí
nad 4,0		bezvědomí, možnost smrtelné otravy

(Nešpor, 1995)

2.9 Somatické následky abúzu alkoholu

Abúzus alkoholu a závislost na něm z hlediska sociálního byly předmětem zájmu dříve, než na ně soustředili pozornost psychiatři a psychologové. Biologický přístup ke studiu problematiky abúzu a závislosti na alkoholu se začal rozvíjet v druhé polovině 20. století.

Funkční a orgánové poškození související s alkoholem závisí zejména na množství požitého alkoholu a délce jeho užívání. Citlivost jednotlivých tkání a orgánů je různá, a proto je obtížné stanovit obecnou hranici mezi škodlivostí a „relativně“ neškodnou dávkou alkoholu.

Působením alkoholu na trávicí ústrojí dochází jak ke změnám na žaludeční a střevní sliznici, tak i ke změnám složení žaludečních šťáv. Dnes se vyšetření provádí spíše gastrokopicky než rentgenologicky, tzn. vyšetřujeme sliznici přímo malým zrcátkem a popřípadě malý kousek sliznice kontrolujeme mikroskopickým vyšetřením. Složení žaludečních šťáv souvisí pak s větším nebo menším poškozením sliznice a má pochopitelně velký význam při trávení a při využívání potravy. Piják je často v situaci, že dobře ví, že si dopřává, ale že neumí spotřebované, třeba hodnotné jídlo využít ve prospěch svého organismu. Porucha trávení vede později i ke změně chuti a jídelního lístku a nakonec k nechutenství provázenému zácpou, průjmami a někdy obojím.

Těžší abuzéři trpí často vředovou nemocí, často se u pacientů, kteří mají potíže s nadměrným pitím alkoholu, setkáváme s operací žaludku. V tomto případě není vinen vždy výhradně jen alkohol, u vředové nemoci se jistě připojuje i porucha nervového systému, ale pití alkoholu celý průběh nemoci pochopitelně jen zhorší. Přitom je paradoxní, že potíže spojené s žaludečním vředem pijáci často a s oblibou "léčí" právě sklenkou alkoholu, po které jejich subjektivní potíže na čas zmizí.

Funkci jater můžeme vyšetřovat trojím způsobem. Nejprve zevním vyšetřením, jímž zjistíme, že játra, která jsou hmatatelná pod pravým žeberním obloukem, bývají

zvětšená o šíři dvou i více prstů a současně jsou i citlivá. Jistotu o skutečném stavu jater každého pijáka nebo závislého na alkoholu lze získat jaterní punkcí, při níž se odebere malý kus jaterní tkáně, který se může vyšetřit mikroskopicky. Toto vyšetření jako jediné ze všech přináší jistotu o stavu jaterní tkáně člověka závislého na alkoholu.

Vlivem velkého množství tekutiny nacházíme často u pijáků piva nebo vína i změny na srdci, které je zbytnělé; přitom nejde o zvětšení ve smyslu přizpůsobení se větší námaze, ale spíše o ztučnění. Při takovém stavu se pijáci zadýchávají a nesnášejí větší námahu tak dobře jako dříve. Srdeční sval musí vykonat daleko více práce, když je zatížen tolika püllitry piva a současně přiotráven alkoholem.

Co se týče nervového systému, který je vůči alkoholu nejcitlivější, je určování škod obtížnější než u jiných orgánů. Z hrubých příznaků porušení nervové činnosti sem patří třes prstů, noční pocení, nespavost, celková dráždivost, slabost, malátnost a bolesti hlavy. Jinými příznaky jsou tzv. okénka - piják nemá vzpomínky na určité období proběhlé opilosti.

Mezi další poruchy nervové soustavy, ke kterým dochází pod vlivem nadměrné konzumace alkoholu, patří oslabení paměti. V pokročilejších stadiích závislosti na alkoholu dochází k zánětům nervů, které se mohou ohlašovat mravenčením v končetinách, křečemi v lýtkách, jejich bolestmi až necitlivostí.

Mezi hrubé poruchy nervového systému patří pomočování nebo pokálení při akutní intoxikaci alkoholem a všechny stavy, které zařazujeme do duševních nemocí zaviněných alkoholem. (Heller, 1996)

Poruchy způsobené požíváním alkoholu na vnitřních orgánech a tkáních jsou předmětem zájmů lékařů a vzhledem k rozsáhlosti tohoto tématu se v této práci zmíním jen o následcích, které vznikají na základě chronického abúzu alkoholu v psychické oblasti.

2.9.1 Alkoholické psychózy

Psychóza je závažná, masivní duševní porucha spojená s poruchami psychických funkcí.

Alkoholické psychózy jsou důsledkem chronického abúzu alkoholu v psychické oblasti. Projevují se jako výsledek selhání adaptačních neurohormonálních systémů a v těžších případech mohou souviset i s poškozením důležitých orgánových struktur.

Mezi některými projevy alkoholických psychóz nalézáme postupný přechod. Například alkoholické delirium může vyústit v Korsakovovu psychózu, případně alkoholickou demenci. Alkoholická halucinóza při chronickém průběhu se může komplikovat paranoidními bludy, dalšími halucinatorními projevy a imponovat jako schizoformní psychóza. (Skála, 1987)

Mezi alkoholické psychózy patří:

1. Delirium tremens
2. Alkoholická halucinóza
3. Korsakova alkoholická psychóza
4. Paranoidní alkoholická psychóza
5. Alkoholická epilepsie
6. Alkoholická demence

2.10 Léčba závislosti na alkoholu

Léčba osob závislých na alkoholu a řešení biologických, psychologických i sociálních problémů, které jsou s ní spojené, spočívá v následujícím: ubírat na síle a energii oněm destruktivním, degradujícím tendencím v myšlení a chování jednotlivců, tím že rozvíjíme tendence konstruktivní a vytváříme tak jejich progresivní převahu. Musíme probudit a udržet při bdělosti subjektivitu jednotlivce, jeho pud sebezáchovy, které byly před tím oslabeny, potlačeny a drogou více či méně dehumanizovány. Rehabilitace

závislých osob – jejich léčba a doléčování může za příznivých podmínek přerůst do dimenze růstu osobního i společenského.

Z vlastní zkušenosti mohu uvést případ člověka, který byl těžkým alkoholikem. Po úspěšné ústavní léčbě v roce 1994 začal pracovat jako pedagogický pracovník, který má v gesci drogovou oblast. Jeho přednášky mají u posluchačů kurzů velkou odezvu, protože problematiku má výborně zvládnutou nejenom teoreticky, ale i prakticky. Poznatky získané na přednáškách pomohly zvýšit množství odhalených případů podloudné přepravy drog, které přepravovaly osoby závislé na těchto drogách.

2.11 Závěr

V této kapitole jsem snažil popsat vznik a vývoj závislosti na alkoholu. I když se v současné době spíše hovoří o závislostech na jiných drogách, je dobré znát, jaké následky může mít na organismus člověka požívání alkoholu.

Popis způsobů prevence a některé zákonné normy, které omezují pití alkoholu mládeží budou předmětem další kapitoly.

V rámci osvěty „přijatelného“ pití zdravého dospělého člověka je nutné více propagovat a publikovat zásady desatera, které byly vydány Světovou zdravotnickou organizací (WHO).

1. nikdy nepít, pociťuje – li se potřeba napít se alkoholu
2. mezi první a druhou sklenicí piva, sklenkou vína či stopkou lihoviny počkat ½ hodiny, mezi druhou a třetí hodinu a nikdy nepít čtvrtou
3. vždy vědět, kolik jsem toho vypil(a)
4. koncentrované nápoje nikdy nepít na „ex“, ředit či zapíjet vodou nebo limonádou
5. nepít při práci
6. nepít na lačno

7. nepít vždy v určitou dobu, ani při určitých příležitostech (např. před spaním)
8. nepít při únavě a nervozitě
9. neužívat alkohol jako lék
10. nepít ráno, zejména ne, aby se přemohly následky ranní kocoviny

3. ALKOHOLISMUS A STŘEDOŠKOLSKÁ MLÁDEŽ

3.1 Problematika alkoholismu u mládeže

Ve smyslu zákona se považují za alkohol takové nápoje, které obsahují více než 0,75 objemového procenta alkoholu, chemicky etanolu. Etanol je, jak jsem již popisoval, historicky známá poživatina s psychotropními účinky, převážně hypnosedativními a trankvilizujícími. Jeho požívání způsobuje závažné důsledky zdravotní, sociální, etické, právní a řadu dalších. Jelikož se této práci zabývám mladistvími, budu se dále zabývat jeho působením ve světle zvláštností rostoucího organismu.

Pro alkohol je charakteristické, že se rychle vstřebává z trávicího ústrojí a rychle se distribuuje do organismu, zejména do tělesných tekutin. Klinické příznaky závisí na hladině alkoholu v krvi, která je ovlivněna tělesnou hmotností a rychlostí resorpce a eliminace.

Mladý člověk, zvláště v období dospívání, snáze podléhá nepříznivým vlivům okolí, nemá zábrany, které by pracovaly tak jako později v dospělosti, a proto se také u mladistvích závislost na alkoholu vyvíjí poměrně snadno a brzy.

Nepříznivé je také to, že toxikomanie jiného druhu jsou mnohem přísněji kontrolovány, zatímco poškození alkoholem je rovněž toxikomanie, ale společnost ji snáze přehlédne a omluví.

U alkoholu je tomu podobně jako u drog. Motivem zde bývá především zvědavost, ale i touha po zvláštním smyslovém prožitku. Motivy mohou být i nevědomé a velkou roli hrají také vlivy okolí. U dospívajících může jít i o jakýsi projev vzpoury vůči dospělým a projev sounáležitosti se skupinou lidí, kteří mají jiné názory a jiný systém hodnot, než který platí v dané společnosti.

Závislost na alkoholu začíná u mladistvích nejčastěji svedením ve skupině, nebo jej mladiství pije, aby si dodal odvahy při navazování známostí s druhým pohlavím a přisuzuje mu také působení ve smyslu sexuální stimulace („*alkohol uvolňuje zábrany*“).

Mezi mládeží se stále častěji projevují příznaky ethylismu (otravy alkoholem), neboť závislost na alkoholu se u mladistvých lidí vytváří velmi rychle. Různé vědecké týmy dokazují, že požívání alkoholu, větší spotřeba cigaret, částečně také konzumace drog se objevují kumulovaně u mladistvých se složitou sociálně identifikační zkušeností tak, že se dá pozorovat generalizovaný vzor sebepoškozujícího chování. (Skála, 1988)

U těchto konzumentů se častěji vyskytuje socioekonomické poškození (např. strukturální neúplnost původní rodiny, nižší školní vzdělání, přerušení studia apod.), ale též užší struktura sociálních vazeb a tím potenciálně silnější sociální tlak konformity. Často je zdůrazňováno, že závislost na látkách, které poškozují zdraví v adolescenci, souvisí se socializačním procesem ve funkčně neúplných rodinách a lze ji chápat jako neschopnost vyrovnávat se s napětím a nejistotami, které souvisí s tímto složitým obdobím života.

V tomto úseku života hraje důležitou roli skupina vrstevníků, která může jedinci pomoci se konzumaci alkoholu a drog vyhnout, anebo naopak pro něho představuje velké nebezpečí vtažení do závislosti na těchto látkách.

Sociální izolace, setrvávání v rodinném „pseudospolečenství“ a posílená pasivita představuje únik do závislosti. Podle řady autorů se děti z rodin alkoholiků daleko častěji stávají alkoholiky a alkoholismus se udržuje i v několika generacích. Jedinec má dvojnásobně větší vyhlídky stát se alkoholikem, žije-li ve městě než na venkově (i když nebyla zjištěna žádná souvislost s velikostí města). Je třeba zdůraznit, že čím vyšší je počet normálních konzumentů alkoholu, tím vyšší je procento z nich se rekrutujících závislých.

3.2 Příčiny zneužívání alkoholu mládeží

Příčiny zneužívání alkoholu a závislosti na něm jsou různé: genetické, biologické, psychické a sociální. Novější studie prokazují genetický podíl na vytvoření závislosti na alkoholu, touze po alkoholu a poruchách vědomí během excesů u jedinců z rodin alkoholiků. Některé psychologické teorie tvrdí, že alkoholici jsou nezralé osobnosti, což

má původ v úzkém vztahu k matce. Jiní dokazují, že alkoholici jsou sami k sobě příliš shovívaví. Další uvádějí, že mají často sexuální problémy vyvolané slabým pohlavním pudem, impotencí nebo stydlivostí k druhému pohlaví nebo trpí nějakým druhem sexuální deviace. Nadměrné pití alkoholu bývá považováno za vnější projev hlavního sociálního, či psychického stavu, který vytváří potřebu alkoholického opojení, potřebu úniku z pocitů méněcennosti, nejistoty, úzkosti nebo deprese – tzv. pití na kuráž. (Kalina, K. et al., 2003)

Alkoholici uvádějí, že alkohol pijí proto, aby jim dobře trávilo, aby měli chuť k jídlu, aby si posílili odvahu – pití na kuráž, nebo aby nebyli nervózní před zkouškou a mohli dobře spát. Studenti (středoškoláci) alkoholici – chtějí sami sobě a samozřejmě také svému okolí ukázat svoji mužnost. V některých případech chtějí být ženy rovné mužům.

3.2.1 Reklama na alkohol

Jako jedna z příčin obliby alkoholických nápojů u mládeže je naprosto nevhodná reklama. S vtíravou reklamou na alkoholické nápoje, tabákové výrobky a dokonce i se skrytou reklamou na některé další drogy se mladí lidé setkávají prakticky každodenně. Velcí výrobci alkoholu, cigaret, nebo pašeráci drog chtějí prodávat a hledají nová odbytiště. Kolika lidem ublíží je nezajímá.

Reklama působí na člověka i tehdy, když nechce a když o to nestojí. Jestliže se jedná o reklamu na škodlivé látky, může každodenní tlak reklamy lidi poškodit. Proto je prospěšné, když se dokážeme takovým reklamám bránit. Důležitou roli v České republice hraje Rada pro rozhlasové a televizní vysílání, která by měla vysílání reklam sledovat a vysílání nevhodných reklam zakazovat a sankcionovat – reklama na alkoholické nápoje je v ČR povolena.

Reklama na alkoholické nápoje je úplně zakázána ve švýcarském rozhlase a v televizi, reklama na tabákové výrobky je zakázána ve Francii a reklama na alkohol je

nepřípustná také v některých skandinávských zemích, tedy v zemích s dlouhou tradicí svobody a demokracie. (Nešpor, 2003)

3.2.1.1 Některé reklamní triky

„Tradice“

Reklama na pivo se často odvolává na tradici. Faktem ale je, že za první republiky byla spotřeba alkoholu asi třetinová v porovnání s dneškem.

V konzumaci piva jsme se spotřebou 160 litrů na jednoho obyvatele za rok dokonce na prvním místě celosvětových tabulek. V pěti zemích s nejvyšší spotřebou piva (ČR, SRN, Belgie, Lucembursko, Austrálie) žijí sice jen 4 % světové populace, vypijí však ročně 1/3 světové produkce piva. (Kalina, 2003)

„Nabídnutí úplně nepodstatné informace“

Jistá reklama na whisky zdůrazňuje, že zraje v dubových sudech. Neříká však, že whisky obsahuje zhruba 40 % stejné chemikálie (etylalkoholu) jako ten nejobyčejnější líh. Neříká také, že může poškodit dítě ještě před narozením, zabít posádku auta, způsobit těžkou otravu. Výrobci jde i v tomto případě o zisk a ne o pravdu.

“Nejdřív zadarmo, pak za peníze“

Velmi nebezpečný trik, jaký obchodníci s drogami používají, je nabízení drog zdarma, nebo za nízkou cenu. Když se vytvoří u „zákazníka“ návyk, cenu si diktují. I alkoholické nápoje dávají výrobci občas zdarma, aby navnadili budoucí zákazníky.

„Nepřímá reklama“

Nepřímá nebo skrytá reklama může vypadat např. tak, že podplacený pracovník sdělovacích prostředků zařadí pití určitého alkoholického nápoje, kouření cigaret, nebo

zneužívání jiných drog do svého článku či programu. Příkladem skryté reklamy alkoholu byla existence „politické“ strany, která má v názvu pivo. Každému musí být jasné, že skutečným cílem této strany nebylo zřídit „pivní vládu“, ale zvyšovat zisky pivovarníků, kteří stranu financovali.

3.3 Alkoholismus mládeže a právo

Alkohol je pro děti a mladistvé mnohem nebezpečnější než pro dospělé. Proto je v civilizovaných společnostech běžné děti a mladistvé před alkoholem chránit. Ve Spojených státech nebo v Japonsku je povoleno prodávat alkoholické nápoje až od 21 let, ve Švédsku od 20 let. U nás byla tato věková hranice stanovena na 18 let a ani to se někdy nedodrжуje.

Alkohol (podobně jako tabák nebo marihuana) se někdy nazývá „průchozí drogou“. Znamená to, že část dětí z nich přechází k látkám ještě nebezpečnějším. Podle jistého amerického výzkumu je riziko škodlivého užívání drog vyšší u dětí, které začaly pít alkohol nebo kouřit v mladším věku. Potvrzují to i údaje z České republiky. (Nešpor, 2002, s. 27)

Mezi důležité mezinárodní dokumenty, které se vztahují k otázce alkoholismu mládeže patří:

1. Declaration on Young People and Alcohol

Deklarace mládež a alkohol, která byla přijata na konferenci ministrů evropských zemí ve Stockholmu 21.2.2001.

2. European Alcohol Action Plan 2000 – 2005.

Evropský akční plán o alkoholu 2000 – 2005 Světové zdravotnické organizace, k němuž se připojila i ČR.

Základní zákonné normy platné v ČR, které mají zamezit pití alkoholických nápojů mládeží, jsou popsány v následujících podkapitolách.

3.3.1 Zákon na ochranu před alkoholismem a jinými toxikomaniemi

Vymezení pojmu „alkoholické nápoje“ je provedeno v zákoně č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Alkohol je zde definován v základní části uvedeného zákona v § 1 odst. 2, kde je definováno, že alkoholickými nápoji podle tohoto zákona jsou lihoviny, destiláty, víno, pivo a jiné nápoje, které obsahují více než 0,75 objemového procenta alkoholu.

Způsob ochrany před alkoholismem, je uveden v § 2 - Ochrana před alkoholismem a jinými toxikomaniemi včetně kouření, se uskutečňuje zejména výchovou, omezujícími opatřeními, ošetřením v protialkoholní záchytné stanici, léčebně preventivní péčí, sociální péčí, ukládáním pokut podle tohoto zákona a postihem podle jiných právních předpisů.

V § 3 jsou uvedeny základní způsoby výchovy - Výchova k ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi včetně kouření se uskutečňuje zejména:

a) objasňováním škodlivosti nadměrného nebo jinak škodlivého požívání alkoholických nápojů, užívání jiných návykových látek a kouření,

b) vzděláváním a působením na děti a mládež ve školách a školských zařízeních zaměřeném na škodlivost požívání alkoholických nápojů, užívání jiných návykových látek a kouření,

c) vysvětlováním zásad zdravého způsobu života a vedením ke zdraví prospěšnému využívání volného času dětí, mládeže a dospělých,

d) propagací požívání nealkoholických nápojů.

V § 4 jsou popsána omezující opatření – Zakazuje se prodávat alkoholické nápoje, anebo umožňovat jejich požívání osobám mladším 18 let.

Pokuta osobě, která porušila zákaz, omezení, nebo povinnosti uvedené v tomto zákoně může být uložena až do výše 50 000 Kč.

3.3.2 Alkoholismus a přestupkový zákon

Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi jsou definovány v § 30 zákona č. 200/1990 Sb. – zákon o přestupcích.

Podle odst. 1 se přestupku dopustí ten, kdo:

a) prodá, podá nebo jinak umožní požití alkoholického nápoje osobě zjevně ovlivněné alkoholickým nápojem nebo jinou návykovou látkou, osobě mladší osmnácti let nebo osobě, o níž ví, že bude vykonávat zaměstnání nebo jinou činnost, při níž by mohla ohrozit zdraví lidí nebo poškodit majetek,

b) neoprávněně prodá, podá nebo jinak umožní druhé osobě škodlivé užívání jiné návykové látky, než jsou omamné látky, psychotropní látky a alkohol,

c) se nepodrobí opatření postihujícímu nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo užívání jiných návykových látek,

d) úmyslně vyrobí líh nebo destilát bez povolení anebo úmyslně líh nebo destilát bez povolení vyrobený přechovává nebo uvádí do oběhu,

e) úmyslně umožňuje požívání alkoholických nápojů nebo užívání jiných návykových látek než látek omamných a psychotropních osobě mladší osmnácti let, ohrožuje-li tím její tělesný nebo mravní vývoj,

f) umožní neoprávněně požívání omamných a psychotropních látek osobě mladší osmnácti let, nejde-li o čin přísněji trestný,

g) požije alkoholický nápoj nebo užije jinou návykovou látku, ačkoliv ví, že bude vykonávat zaměstnání nebo jinou činnost, při níž by mohl ohrozit zdraví lidí nebo poškodit majetek,

h) po požití alkoholického nápoje nebo užití jiné návykové látky vykonává činnost uvedenou v písmenu g),

ch) ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil požitím alkoholického nápoje nebo užitím jiné návykové látky, vykonává činnost uvedenou v písmenu g),

i) při výkonu činnosti, při níž by mohl ohrozit život nebo zdraví lidí anebo poškodit majetek, se odmítne:

1. podrobit dechové zkoušce,
2. podrobit lékařskému vyšetření ke zjištění, zda není ovlivněn alkoholem v případě, že dechová zkouška byla pozitivní, nebo
3. podrobit lékařskému vyšetření ke zjištění, zda není ovlivněn jinou návykovou látkou, ač má povinnost takové zkoušky nebo vyšetření se podrobit a není to spojeno s nebezpečím pro jeho zdraví, nebo

j) neoprávněně přechovává v malém množství pro svoji potřebu omamnou nebo psychotropní látku.

Podle odst. 2 lze za přešůpek podle odstavce 1 písm. a) až d) lze uložit pokutu do 3 000 Kč, za přešůpek podle odstavce 1 písm. e) až g) pokutu do 5000 Kč a zákaz činnosti do šesti měsíců, za přešůpek podle odstavce 1 písm. h) pokutu do 10000 Kč a zákaz činnosti do jednoho roku, za přešůpek podle odstavce 1 písm. ch) a i) pokutu do 15000 Kč a zákaz činnosti do dvou let a za přešůpek podle odstavce 1 písm. j) pokutu do 15000 Kč.

3.3.3 Alkoholismus a trestní zákon

Skutkové podstaty trestných činů přímo spojených s alkoholem jsou popsány v §§ 201, 201a) a 218 trestního zákona č. 140/1961 Sb. v platném znění.

§ 201 - Ohrožení pod vlivem návykové látky

Kdo vykonává ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil vlivem návykové látky, zaměstnání nebo jinou činnost, při kterých by mohl ohrozit život nebo zdraví lidí nebo způsobit značnou škodu na majetku,

a) ačkoliv byl za takový čin v posledních dvou letech odsouzen nebo z výkonu trestu odnětí svobody uloženého za takový čin propuštěn,

b) ačkoliv byl za obdobný čin spáchaný pod vlivem návykové látky v posledních dvou letech postižen,

c) spáchá-li takový čin při výkonu zaměstnání nebo jiné činnosti, při kterých je vliv návykové látky zvlášť nebezpečný, zejména řídí-li hromadný dopravní prostředek, nebo

d) způsobí-li takovým činem, byť i z nedbalosti, jinému ublížení na zdraví nebo větší škodu na cizím majetku nebo jiný závažný následek, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem.

§ 201a - Opilství

Kdo se požitím nebo aplikací návykové látky nebo jinak přivede, byť i z nedbalosti, do stavu nepřítomnosti, v němž se dopustí jednání, které má jinak znaky trestného činu, bude potrestán odnětím svobody na tři léta až osm let; dopustí-li se však jednání, které má jinak znaky trestného činu, na který zákon stanoví trest mírnější, bude potrestán oním trestem mírnějším.

§ 218 - Podávání alkoholických nápojů mládeži

Kdo soustavně nebo ve větší míře podává osobám mladším než osmnáct let alkoholické nápoje, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

3.4 Prevence

Prevenci můžeme definovat jako předcházení zdravotnímu nebo sociálnímu narušení jedince a jeho společenských vztahů.

Z právního hlediska znamená prevence především předcházení společenským poruchám, zvláště zločinnosti.

Alkoholová závislost je onemocnění vážně ohrožující lidský život. Je to ale onemocnění léčitelné. Léčba však musí být dlouhodobá a cílená. Trvalý úspěch se

nedostavuje dříve než za několik let. Přibližně u jedné třetiny osob se i při dlouhodobé komplexní léčbě nedostaví příznivý výsledek. Někteří nevléčení zemřou, jiní žijí s defektem, který má charakter duševní poruchy. Každý, komu přerůstá jakákoliv závislost “přes hlavu“, by měl ve vlastním zájmu vyhledat pomoc odborníků. Jak víme, na návykové látky doplácí každý. V sázce je mnoho věcí: míra kriminality, zdraví, dobré školní vztahy, životní úroveň, prostředí, ve kterém žijeme a které společně sdílíme. Stát se nemůže zbavit odpovědnosti za míru problémů způsobených návykovými látkami. Ale zodpovědnosti se nemůže zbavit ani jednotlivý občan. Mezi ním a státem je ještě mnoho rovin, na nichž by měla probíhat účinná prevence.

Prevence je nejlepší způsob jak předcházet kriminalitě a ostatním negativním jevům páchaným v důsledku opilosti nebo závislosti na alkoholu obecně.

Patří k ní:

- zodpovědné chování jednotlivce ve vztahu k návykovým látkám
- prevence v rodině
- prevence na úrovni škol – nelze opomíjet ani prevenci na školních zájezdech a brigádách
- aktivita vládních i nevládních organizací
- preventivní působení sdělovacích prostředků.

Cílem prevence je ovlivnění základních prvků konzumace návykových látek. Důležitým způsobem prevence je snižování poptávky po alkoholu. Prevence je pomoc lidem, aby alkohol, tabák ani drogy nechtěli a uvědomovali si, co jim prospívá a co ne. Na poptávku po alkoholu, ale i drogách má velký vliv veřejné mínění to vytváříme všichni a všichni za něj neseme odpovědnost. V jiných zemích si to uvědomili už dříve a ti, kdo chtějí, aby lidé zdravě žili, se tam prosazují daleko energičtěji. Ke způsobům, jak lze snižovat poptávku po alkoholu a jiných drogách, patří mimo jiné i lepší využívání volného času. Lidé, kteří se naučí dobře se bavit, odpočívat, uvolnit se bez umělých prostředků, je

nebudou chtít. Tento problém lze řešit částečně zákazem nebo omezením reklamy na alkohol a tabák, cenovou regulací a zvýšením věkové hranice, od níž je alkohol a tabák povoleno prodávat. Je třeba přísně postihovat ty, kteří prodávají alkohol nezletilým.

Velmi důležitou prevencí je výchova v rodině. Prevence musí odpovídat věku dítěte. U velmi malých dětí (do tří let) je důležité přiměřeně uspokojovat potřeby dítěte včetně potřeb citových. Tím se zvyšuje všeobecná odolnost dítěte vůči vzniku závislosti na návykových látkách.

Již v předškolním věku (zhruba od tří do šesti let) je správné dítěti vštěpovat, že zdraví je důležitá hodnota, kterou je třeba chránit a podporovat. Dítě by si mělo uvědomovat i nebezpečí, která vnější svět skrývá a být schopno se jim vyhýbat.

Ve věku od sedmi do dvanácti let by již měla začít cílená prevence zaměřená na odmítání tabáku, alkoholu a jiných drog.

Následující období od dvanácti let je náročné jak pro děti, tak pro rodiče. Mladý člověk tohoto věku často nebývá ochoten doporučení prostě přijímat, často chce diskutovat, testuje hranice možností. Dospívající jsou návykovými látkami zvláště ohroženi, prevence této věkové kategorie je mimořádně důležitá. Velký význam zde mají peer programy.

Zastřešujícím pojmem pro opatření snižující poptávku po drogách je prevence, kterou podle WHO rozdělujeme na prevenci:

1. primární
2. sekundární
3. terciální

3.4.1 Primární prevence

Primární prevence závislostí je zaměřena na udržení a podporu zdraví jedince i společnosti. Ovlivňují se tak mechanismy vzniku a vývoje závislostí. Je to vlastně práce

se zdravou populací a její motivace k plnohodnotnému životu, který oni sami dokáží ovlivňovat. Jedná se spíše o edukační princip o konfliktech, kritice a prožitcích.

Prioritou primární prevence je orientace především na děti a mládež. U mládeže je nutnost všechna preventivní, poradenská a léčebná a resocializační opatření vytvořit jako nízkoprahová a v komunikaci bezbariérová. Klientovi by měla být dostupná psychologicky, ale i finančně a místně. Kvalitní organizace a důmyslné marketingové strategie nezákonného trhu s drogami určují požadavky na kvalitu preventivních programů. Primární prevence by měla být stejně důmyslná a kvalitní jako distributorské sítě. Prevence se musí vyhnout především 2 chybám:

1. odstrašování formou jednostranného zdůrazňování negativních jevů
2. odsuzování a mentorování ohrožených a postižených osob zdůrazňováním jejich slabostí a poruch

Pokud má prevence prosazovat zdravý způsob života musíme vědět, proč zdravě žít, co vlastně takový zdravý způsob života může přinést:

1. Svobodu a nezávislost. Závislostí na jakékoliv látce svobodu vlastního rozhodování ztrácíme. Pohled na svět je postupně zužován na problematiku spojenou s drogou, schopnosti jedince jsou využívány jen ve prospěch drogy s postupnou jejich ztrátou.
2. Více peněz. Každá návyková látka vyžaduje finanční náklady a ty stále rostou. Každá droga však zároveň postupně omezuje schopnost pracovní aktivity a tvorbu finančních zdrojů.
3. Lepší kondici, sílu, vytrvalost. Droga vyčerpává nejprve rezervy organismu, po vyčerpání ničí samotný organismus a ochromuje jeho síly.
4. Lepší postřeh. Povzbudivý účinek drogy na psychiku člověka je mýtus a droga i v malých dávkách negativně ovlivňuje organismus.

5. Hezcí plet'. Pokožku a její kvalitu v negativním směru ovlivňuje jak tabák, tak alkohol, ale i ostatní drogy se projevují typickými příznaky „ve tváři“.
6. Lepší paměť. Ta se stává jednou z prvních obětí z mentálních funkcí mozku.
7. Méně úrazů. Snížená psychická kondice spolu se somatickou vždy omezuje možnosti organismu reagovat na náhle vzniklé situace.
8. Lepší šance další generace. Žena, která nedokáže ani v těhotenství přerušit konzumaci své drogy, přímo poškozuje své budoucí dítě.
9. Kvalitní vztahy. Drogy zákonitě a bez výjimky devastují vztahy mezi lidmi. Naneštěstí devastují právě ty nejceněnější a nejpotřebnější.
10. Lepší pracovní výsledky. I když se často droga zdůvodňuje potřebou zvýšení pracovního výkonu, kvalitu výkonu vždy snižuje.

Primární prevence má svoji účinnost a výsledky pouze tehdy, pokud je prováděna odborně, citlivě a s osobním nasazením. Je zde také nezbytně nutná spolupráce více resortů: ministerstva zdravotnictví, školství, vnitra, obrany i hospodářství. (Heller, 1996)

3.4.2 Sekundární a terciální prevence

Sekundární prevence závislostí je orientována na pomoc v existujícím nebezpečí závislosti. Je to snaha co nejdříve rozpoznat symptomy či lépe prodromy závislosti a co nejrychleji omezit a zmírnit následné škody v osobní a sociální oblasti při nadměrném užívání návykových látek. Souběžně nabízí rozvoj funkčních ekvivalentů životních programů za programy, ve kterých je zneužívání návykových látek. Jedná se o programy ovlivňující jednání a chování, ale jsou orientovány i na sociální práci. Cílem je změnit získané systémy závislosti a dosáhnout stavu zdraví, jde tedy o včasné zajištění odborné moci a léčení ve smyslu bio-psycho-sociálního principu péče.

Cílem terciální prevence je rovněž eliminování recidivy a minimalizace dopadů závislosti na postiženého. Dá se říci, že současné těžiště sekundární a terciální prevence

spočívá hlavně v poradenství, léčení, sociální práci a sociální péči. Tyto aktivity spadají do působnosti ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí. (Heller, 1996)

3.5 Závěr

V této kapitole jsem se snažil popsat jaké závažné následky může mít pro společnost, ale i pro mladého člověka pití alkoholických nápojů. Každá země, včetně ČR, si v rámci vyváženého přístupu hledá vlastní profil a rovnováhu mezi represí a prevencí. Také proto tato kapitola popisuje základní zákonné normy platné v ČR, které mají zamezit pití alkoholických nápojů mládeží a další způsoby prevence.

Pro potřeby zjištění skutečného rozsahu pití alkoholu u adolescentní mládeže v ČR a míře její tolerance k alkoholu, jsem použil studii ESPAD 03, která se tomuto problému věnuje dlouhodobě a jejíž výsledky lze považovat za reprezentativní na národní úrovni pro mládež.

4. EVROPSKÁ ŠKOLNÍ STUDIE O ALKOHOLU A JINÝCH DROGÁCH

V devadesátých letech bylo v ČR provedeno několik reprezentativních šetření zaměřených na zjištění rozsahu kouření, pití alkoholu a užívání drog u adolescentní mládeže. Zvláštní místo mezi těmito studiemi zaujímá mezinárodní projekt Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách - ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Drugs). Význam tohoto projektu mimo jiné spočívá ve vysoké míře srovnatelných výsledků, jíž bylo dosaženo důslednou aplikací jednotné výzkumné metodologie ve všech participujících zemích.

4.1 Hlavní cíle projektu

Hlavní cíle projektu lze shrnout v těchto bodech:

1. získat spolehlivé informace o rozsahu užívání návykových látek mezi českou mládeží
2. sledovat trendy, k nimž došlo od roku 1995
3. analyzovat základní kontextové vztahy u vybraných indikátorů návykového chování
4. konfrontovat situaci v ČR se situací v Evropě

4.2 Informace o metodě výzkumu

Studie ESPAD byla realizována pod záštitou Rady Evropy poprvé v roce 1995 ve 26 evropských zemích jako školní dotazníkové šetření. Druhá vlna výzkumu proběhla v roce 1999 a zúčastnilo se jí již 30 zemí. Zatím poslední nábor dat proběhl v roce 2003 (ESPAD 03). Podmínkou účasti bylo přijetí jednotné metodiky, která zahrnovala jak dotazníkový formulář, tak principy konstrukce výběrového souboru a způsobu náboru dat. Cílem bylo, aby mezinárodní projekt, koordinovaný Švédskou radou pro informace

o alkoholu a drogách (CAN), přinesl srovnatelná data o užívání návykových látek mezi mládeží v Evropě.

Datové soubory byly pořízeny metodou vícestupňového náhodného výběru středních škol. Těžiště výzkumu se týkalo populace ve věku 16 let (tj. pro ČR a většinu evropských zemí věk nižší než legální hlediska dostupnosti tabáku a alkoholu).

4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Konstrukce výběrového vzorku vycházela z několika zdrojů. Základní populační soubor byl definován jako soubor všech studentů středních škol v ČR v denním studiu.

Konkrétní školy a třídy byly vybírány do výzkumu náhodně. Jako výběrová metoda byl zvolen vícestupňový stratifikovaný náhodný výběr. Znamená to, že v každém z krajů České republiky byly náhodně vybrány školy a třídy z gymnázií, středních odborných škol ukončených maturitou a středních odborných škol. Tabulka 3 shrnuje informaci o počtu škol a počtu tříd, v nichž se výzkum realizoval.

Tabulka 3 - Charakteristika vzorku dle počtu škol a tříd, resp. počtu studentů v těchto třídách

Typ školy	Počet škol	Počet tříd	Celkový počet studentů
Gymnázia	45	45	1303
Střední odborné školy	72	72	2037
Střední odborná učiliště	63	63	1708
Celkem	180	180	5048

(ESPAD 03)

4.4 Výsledky výzkumu

Časté pití alkoholických nápojů udávají více chlapci, přičemž nejvíce preferovaným nápojem je u nich pivo. U dívek není preference nápoje tak výrazná jako u chlapců. V roce 1995 byly dokonce destiláty u dívek nejčastěji konzumovaným druhem alkoholu, postupně však narůstala obliba piva. Ve srovnání s rokem 1995 je v roce 1999 více častých konzumentů alkoholických nápojů u obou pohlaví a u všech druhů nápojů. Mezi rokem 1999 a 2003 není již nárůst tak výrazný. U dívek je relativní nárůst vyšší než u chlapců a pokud jde o druh nápoje, největší nárůst je u piva.

Za indikátory již zcela nepochybně zdravotně rizikových forem konzumu alkoholu, popřípadě již forem problémového pití, lze považovat výskyt časté alkoholové intoxikace (opilost udávaná častěji než 3x v měsíci) a výskyt častého pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě (konzumace ekvivalentu 100 a více ml čistého lihu 3x, anebo častěji v měsíci).

Výsledky naznačují, že zdravotně nežádoucí formy pití jsou velmi rozšířené u chlapců a stávají se stále běžnějšími u dívek. Výskyt v tomto smyslu definovaného rizikového pití lze v roce 2003 odhadnout na 17 až 23 % populace chlapců a 8 až 13 % populace dívek ve věku 16 let. Rozdíly mezi rokem 1999 a 2003 nebyly významné a pouze u dívek byl zjištěn mírný nárůst (viz tabulka A). Mírný pokles byl zaznamenán v pravidelném pití alkoholických nápojů u 16 letých středoškoláků (viz tabulka B). Výzkum dále ukázal, že alkohol je dostupný pro 95 % středoškoláků (viz tabulka C). Nejzarážející výsledky jsou uvedeny v tabulce D - Věk prvního užití drogy, kdy takřka 30 % chlapců a 33 % dívek uvádí, že ve svých 15 letech již byly poprvé opilí.

Tolerance k užívání návykových látek je uvedena v tabulce E. V případě pití alkoholických nápojů je obecně vysoká tolerance k občasnému vypití jedné nebo dvou sklenek nápoje (odsuzuje pouze 2,1 % dotázaných). Pití jedné nebo dvou sklenek několikrát do týdně odsuzuje 22 % dotázaných, rozdíly mezi chlapci a děvčaty jsou

zřetelné (18,5 % oproti 25,1 %). Nejvíce se odsuzuje častá intoxikace alkoholem (opití se jednou do týdne) 48,6 % dotázaných, 42,7 % chlapců a 53,6 % děvčat.

Výše už byla zmíněna obecně vysoká tolerance vůči pití alkoholu v celé oblasti střední Evropy. Vysoká míra dostupnosti alkoholu, zjištěná při výzkumu, je v souladu s tímto poznatkem. Více než 90 % dotázaných při výzkumu uvedlo, že sehnat si pivo nebo víno je pro ně „celkem snadné“ nebo „velmi snadné“. U destilátů uvedlo snadnou dostupnost 83,8 % dotázaných. Rozdíly mezi chlapci a dívkami byly velmi malé (viz tabulka G).

4.5 Závěr

Výsledky provedeného výzkumu jsou určeny nejen pro odborníky, ale i pro laiky. Vzhledem k rozsahu celého výzkumného projektu bylo nutné vybrat pouze ty části, které mají vztah k této bakalářské práci.

V každém případě je zřejmé, že pokud jde o rizikové formy návykového chování mezi dospívajícími, došlo od druhé poloviny 90 let k výraznému posunu nežádoucím směrem. V tomto kontextu je zcela jistě nezbytné kriticky zhodnotit efektivitu současných aktivit v oblasti primární prevence, vytyčit priority pro další období a zajistit, aby prostředky ze státního rozpočtu byly věnovány na programy, které jsou prokazatelně efektivní.

ZÁVĚR

T. G. Masaryk napsal „Budoucnost patří střízlivým“. Měl na mysli nejen jednotlivce, ale i celé národy. Jeho slova se do značné míry naplňují. Bohaté a silné země jako USA, Japonsko, nebo Skandinávské státy mají všechny nižší spotřebu alkoholu na jednoho obyvatele než Česká republika.

V této práci je soustředěno mnoho údajů o negativních stránkách alkoholu. Zdaleka nebylo možno vyčerpat celou složitou úlohu, kterou alkohol sehrává. Nejjednodušší a dokonce účinný boj proti škodlivosti alkoholu je – nepít alkohol vůbec. Ideální je být úplným abstinentem.

Alkohol působí nejzlobněji v dětství a dospívání a proto je nutné důrazně snižovat jeho dostupnost. Je nutné zvýšit sankce těm, kteří prodávají alkohol nezletilých. Spolu se zvýšením sankcí je však také nutné dodržování zákazu prodeje intenzivně kontrolovat. Zde se nabízí řešení v zavedení licencí na prodej alkoholu.

Důležitým způsobem prevence je i snižování poptávky po alkoholu. Je nutné ukázat mladým lidem, jak se lze dobře bavit, odpočívat a uvolnit se bez chemikálií. Dále se domnívám, že je nutné úplně zakázat reklamu na alkohol a výrazně zvýšit daňové zatížení u alkoholických nápojů, včetně vína.

Cílem této práce bylo zjistit, zda je alkohol u středoškolské mládeže skutečně tolerovanou drogou a kolik procent mládeže pije často alkoholické nápoje.

Na základě výsledků provedeného výzkumu ESPAD 03 jsem si ověřil, že alkohol je skutečně u téměř 51 % středoškolské mládeže tolerovanou drogou, a že časté pití nadměrných dávek alkoholu přiznává v ČR 23,1 % chlapců a 12,6 % dívek. Zarážející je také to, že téměř 82 % středoškoláků nemá problémy s obstaráním alkoholických nápojů, což ukazuje na špatnou činnost kontrolních orgánů.

Alkohol a problémy s ním spojené existovaly již ve starověku a existují dodnes, i když v současnosti s mnohem negativnějšími dopady. Dělal bych si velké iluze, kdybych tvrdil, že se tento společenský problém podaří v budoucnu zcela vymýtit. Naopak neustále se rozevírající nůžky mezi vrstvou bohatých a vrstvou chudých, mohou způsobit, že lidé, kteří se ocitnou v dlouhodobě trvajících sociálních problémech propadnou alkoholu, rozvrátí se další rodiny a alkohol si vyžádá další daně na lidských životech.

Nedomnívám se, že tato práce může zásadně ovlivnit alkoholismus, ale každý krok, který přispěje k poznání problémů, které alkohol přináší, může snad napomoci ke snížení jeho spotřeby.

RESUMÉ

Tato práce se zabývá alkoholem, jako evropsky tolerovanou drogou u středoškolské mládeže.

V první kapitole jsou definovány základní pojmy z oblasti toxikomanie. Druhá kapitola popisuje vznik a vývoj závislosti na alkoholu. Třetí kapitola pojednává o tom, jaké závažné následky může mít pro společnost, ale i pro mladého člověka pití alkoholických nápojů. Dále tato kapitola popisuje některé typy prevence. Čtvrtá kapitola analyzuje výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách ESPAD 03. Tento výzkum probíhá v ČR od roku 1995.

Smyslem této práce bylo zjistit zda je mládež tolerantní vůči požívání alkoholických nápojů. Na základě provedeného výzkumu lze říci, že se tato tolerance skutečně prokázala.

Základním vodítkem pro tuto práci se pro mne staly publikace „Drogy a drogové závislosti“ a „Alkohol, drogy a vaše děti“.

Nedomnívám se, že tato práce může zásadně ovlivnit alkoholismus, ale každý krok, který přispěje k poznání problémů, které alkohol přináší, může snad napomoci ke snížení jeho spotřeby.

Anotace (CZ)

Tématem této bakalářské práce je „Alkohol jako evropsky tolerovaná droga u středoškolské mládeže“.

Tato práce pojednává o vzniku a vývoji závislosti na alkoholu obecně. Dále se zabývá příčinami vzniku závislosti na alkoholu u středoškolské mládeže a základními způsoby prevence. Pro zjištění skutečného stavu jsou v práci použity výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách ESPAD.

Klíčová slova

Alkoholismus – intoxikace – alkoholismus mládeže – prevence – ESPAD 03

Anotace (AN)

The major subject of this bachelor project is „Alcohol as european tolerated drug at young high-school students“.

This project generally deals about the rise and development of alcohol dependency. It further discusses all purposes and basic ways of prevention. European school survey, dealing about alcohol as well as other drugs (ESPAD), serves as a current evidence of this situation.

Key word

Alcoholism – intoxication – alcoholism youth – prevention – ESPAD 03

LITERATURA A PRAMENY

A. Prameny

1. Zákon č. 37/1989 Sb. - Zákon o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi
2. Zákon č. 200/1990 Sb. - Zákon o přestupcích
3. Zákon č. 140/1961 Sb. – Trestní zákon

B. Literatura

1. Csémy, L., Sovinová, H., Sadílek, P., Lejčková, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*. Česká republika, 2003. Nepublikovaná výzkumná zpráva. Psychiatrické centrum Praha.
2. Gohlert, Ch., Kuhn, F. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2002.
3. Heller, J., Pecinovská, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996.
4. Hosek, J. *Sám proti alkoholu*. Praha: Grada, 1998.
5. Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003.
6. Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003.
7. Kohoutek, R. *Vývojová psychologie – učební texty*. Brno: IMS, 2003.
8. Kvapilík, J., Svobodová, A. *Člověk a alkohol*. Praha: Avicenum, 1985.
9. Kraus, B. *Sociální pedagogika – Sylabus*. Brno: IMS, 2004.
10. Marhounová, J., Nešpor, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha: Empatie, 1995.
11. Mečír, J. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. Praha: Avicenum, 1990.
12. MKN-10 (ICD). *Mezinárodní klasifikace nemocí*. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických případů a diagnostická vodítka (Překlad z anglického originálu). Zprávy č. 102. Psychiatrické centrum Praha, 1992.
13. Nešpor, K., Csémy, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Sportpropag, 1995.
14. Nešpor, K. *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha: Sportpropag, 1995.
15. Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000.

16. Nešpor, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001.
17. Nešpor, K. a kol. *Příručka pro život ve 21. století*. verze z 16.4.2003.
18. Pokorný, V., Telcová, J., Tomko, A. *Prevence sociálně patologických jevů*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r. s., 2003.
19. Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999.
20. Skála, J. ...*až na dno!?*. Praha: Tiskařské závody n.p., 1988.
21. Skála, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987.
22. Zimulová, M. *Úvod do psychiatrie*. Brno: IMS, 2002.

C. Internet

1. web.quick.cz/drogyamy
2. www.emcdda.eu.int
3. www.drogovaporadna.cz
4. www.drogy-info.cz
5. www.muweb.atlas.cz/veda/nespor/index.html
6. www.plbohnice.cz/nespor
7. www.sweb.cz/aacesko

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Tabulka A – ESPAD 03 - Pití nadměrných dávek alkoholu a opakovaná opilost u 16 letých středoškoláků v letech 1995 až 2003

Tabulka B – ESPAD 03 - Pravidelné pití alkoholických nápojů u 16 letých středoškoláků v letech 1995 až 2003

Tabulka C – ESPAD 03 - Dostupnost drog

Příloha č. 2

Tabulka D – ESPAD 03 - Věk prvního užití – podle pohlaví

Tabulka E – ESPAD 03 - Odsuzování užívání drog

Příloha č. 3

Tabulka F – ESPAD 03 - Výskyt užití v posledních 12 měsících pro všechny studenty

Tabulka G – ESPAD 03 - Dostupnost drog

Příloha č. 4

Graf 1 – Užívání drog v ČR – ESPAD 95/99/03

Graf 2 – Dostupnost drog – ESPAD 95/99/03

Příloha č. 5

Graf 3 – Subjektivní hodnocení rizikovosti návykového chování – ESPAD 95/99/03

Graf 4 – Tolerance vůči užívání návykových látek – ESPAD 95/99/03

Příloha č. 1

Tabulka A – ESPAD 03 - Pití nadměrných dávek alkoholu a opakovaná opilost u 16 letých středoškoláků v letech 1995 až 2003 (Uváděné hodnoty jsou v %)

Alkohol za posledních 30 dnů	Chlapci			Dívky			Studenti celkem		
	1995	1999	2003	1995	1999	2003	1995	1999	2003
Časté pití nadměrných dávek alkoholu (3x ⁺)	19,9	24,0	23,1	6,6	10,4	12,6	13,9	16,8	17,5
Opilost 3x ⁺	14,3	18,5	17,2	5,5	8,2	10,3	10,3	13,1	13,5

⁺ znamená „a častěji“

Tabulka B – ESPAD 03 - Pravidelné pití alkoholických nápojů u 16 letých středoškoláků v letech 1995 až 2003 (Uváděné hodnoty jsou v %)

Alkohol za posledních 30 dnů	Chlapci			Dívky			Studenti celkem		
	1995	1999	2003	1995	1999	2003	1995	1999	2003
Pivo 6x ⁺	26,7	37,4	33,6	6,9	12,1	14,4	17,8	24,1	23,1
Víno 6x ⁺	5,8	6,3	7,8	3,7	7,5	9,4	4,8	7,0	8,7
Destiláty 6x ⁺	13,0	15,5	14,0	9,7	10,1	11,4	11,5	12,7	12,6

⁺ znamená „a častěji“

Tabulka C – ESPAD 03 -Dostupnost drog

Hodnoty vyjadřují % podle odpovědí “velmi snadné” nebo “celkem snadné” sehnat drogu

	Chlapci	Dívky	Studenti celkem
Cigarety	96,4	96,7	96,6
Alkohol			
Pivo	96,1	96,4	96,3
Víno	94,5	95,0	94,7
Destiláty	84,8	83,0	83,8
Jiné drogy			
Marihuana nebo hašiš	60,0	55,8	57,8
Amfetaminy	12,7	12,7	12,7
LSD nebo jiný halucinogen	16,5	17,8	17,2
Extáze	29,4	33,7	31,7
Halucinogenní houby	30,7	25,9	28,1
Léky na uklidnění nebo sedativa	26,8	34,2	30,8

Příloha č. 2

Tabulka D – ESPAD 03 - Věk prvního užití – podle pohlaví

Hodnoty vyjadřují procenta

	Chlapci				Dívky			
Věk	13	14	15	16	13	14	15	16
Cigarety								
První cigareta	15,4	13,5	8,7	2,1	16,2	14,4	10,6	1,5
Kouří denně	6,4	8,7	11,3	3,9	6,5	11,8	12,0	2,2
Alkohol								
Pivo (nejméně 1 sklenice)	17,1	16,3	10,3	1,7	15,3	16,9	12,5	1,4
Víno (nejméně 1 sklenice)	18,8	17,6	11,0	1,6	21,0	23,1	14,1	1,5
Destiláty (nejméně 1 sklenice)	16,1	22,2	20,2	3,3	15,9	28,1	23,4	4,0
Opilost	12,7	22,2	30,1	6,7	10,8	20,0	33,3	4,5
Jiné drogy								
Marihuana nebo hašiš	4,3	11,8	21,3	7,1	4,7	10,2	18,8	2,6
LSD nebo jiný halucinogen	0,5	0,9	2,7	1,5	0,2	1,6	2,6	0,7
Crack	0	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,6	0,1
Extáze	0,2	1,2	4,3	2,3	0,5	1,8	4,3	1,5
Halucinogenní houby	0,5	1,9	5,3	1,7	0,4	2,3	2,9	0,9
Alkohol spolu s pilulkami	0,4	2,4	3,9	0,8	1,5	4,5	8,9	1,1

Tabulka E – ESPAD 03 - Odsuzování užívání drog

Hodnoty vyjadřují procenta podle odpovědí "odsuzují" nebo "silně odsuzují" užívání různých drog

	Chlapci	Dívky	Studenti celkem
Cigarety			
Příležitostné kouření cigaret	13,3	7,3	10,0
Kouření 10 nebo více cigaret denně	46,9	44,8	45,8
Alkohol			
Vypítí 1 či 2 sklenek nějakého alkoholu několikrát za rok	2,5	1,7	2,1
Pití 1 či 2 sklenic alkoholu několikrát do týdne	18,5	25,1	22,0
Opití se 1x týdně	42,7	53,8	48,6

Příloha č. 3

Tabulka F – ESPAD 03 - Výskyt užití v posledních 12 měsících pro všechny studenty
Hodnoty vyjadřují procenta

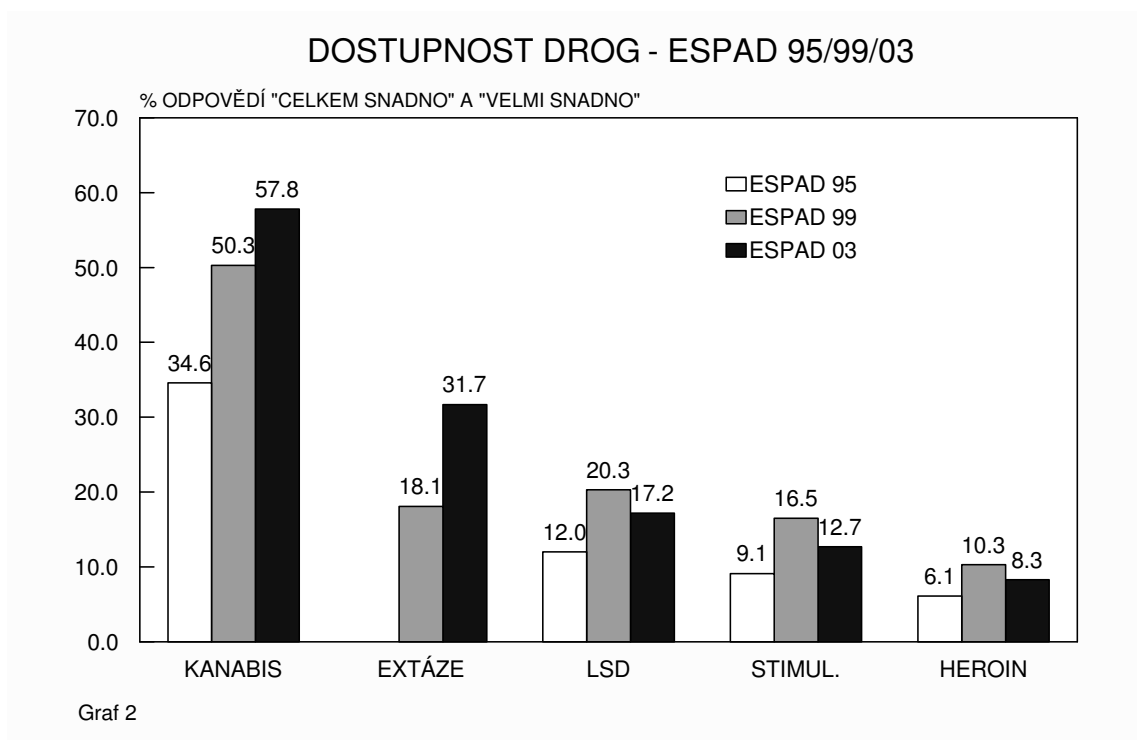
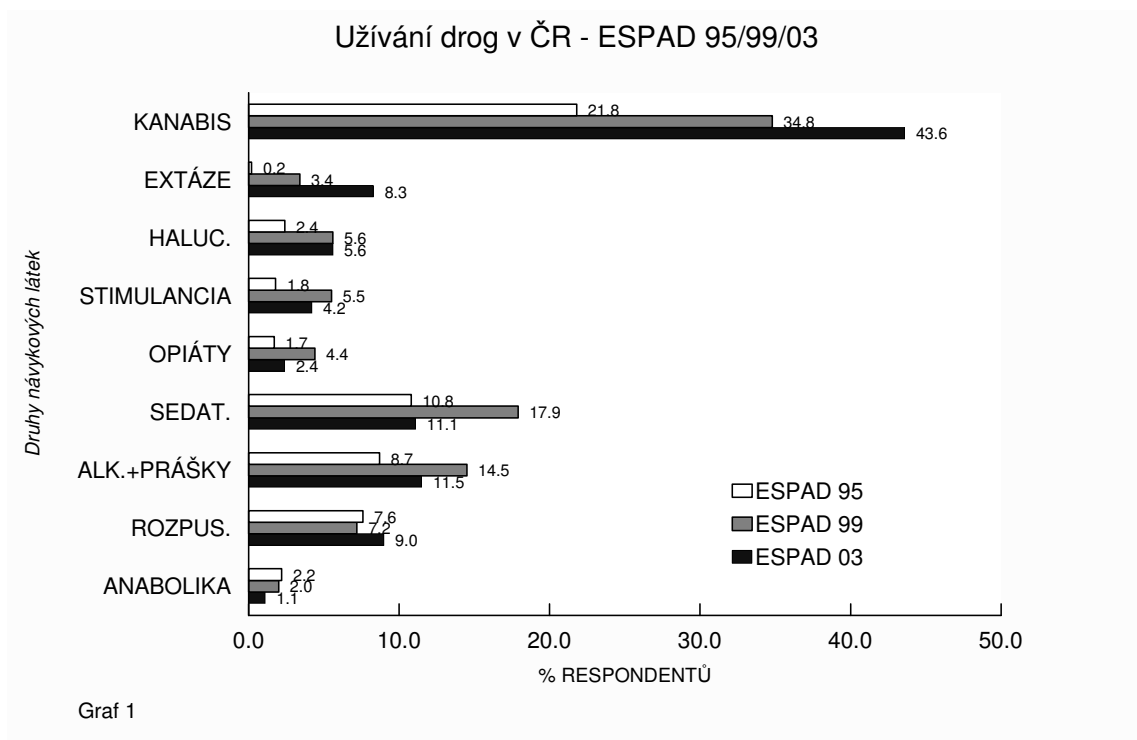
	Počet užití v posledních 12 měsících						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+
Alkohol							
Jakékoliv alkoholické nápoje	5,1	13,0	15,1	14,2	18,1	14,1	20,4
Opilost	32,3	27,7	14,8	9,5	7,8	4,1	3,7

Tabulka G – ESPAD 03 - Dostupnost drog

Hodnoty vyjadřují procenta podle odpovědí “velmi snadné” nebo “celkem snadné” sehnat drogu

	Chlapci	Dívky	Studenti celkem
Cigarety	96,4	96,7	96,6
Alkohol			
Pivo	96,1	96,4	96,3
Víno	94,5	95,0	94,7
Destiláty	84,8	83,0	83,8
Jiné drogy			
Marihuana nebo hašiš	60,0	55,8	57,8
Amfetaminy	12,7	12,7	12,7
LSD nebo jiný halucinogen	16,5	17,8	17,2
Crack	7,8	7,5	7,6
Kokain	7,0	7,7	7,4
Extáze	29,4	33,7	31,7
Heroin	8,1	8,5	8,3
Halucinogenní houby	30,7	25,9	28,1
Léky na uklidnění nebo sedativa	26,8	34,2	30,8
Těkavé látky	53,5	41,7	47,1
Anabolické steroidy	18,6	11,5	14,8

Příloha č. 4



Příloha č. 5

