

# **Dôsledky užívania drog v podmienkach Európskej únie**

Peter Čisárik

UPJŠ Košice, Fakulta verejnej správy, Katedra ekonomických vied

Katarína Rajňáková

UPJŠ Košice, Fakulta verejnej správy, Katedra sociálnych vied

---

## **Abstrakt**

Príspevok je orientovaný na analýzu problematiky drog a ich sociálno-právno-ekonomické dopady v podmienkach Európskej únie, s vymedzením štatistických zistení ich rozsahu a užívania v daných podmienkach. Analýza je orientovaná smerom od teoretickej všeobecnej konceptualizácie problematiky týkajúcej sa drog, ich užívania a drogovej závislosti, cez bližšie vymedzenie tejto problematiky s konkrétnou orientáciou na jednotlivé typy a druhy drog, až po samotnú analýzu politických (napr. v podobe monitoringu, vzniku organizácií,...) právnych (v podobe legislatívnych dokumentov) a ekonomických (napr. v pohľade verejných výdavkov na daný problém) dopadov spojených s užívaním drog.

---

**Kľúčové slová:** droga, drogová závislosť, typy drog, verejné výdavky, užívanie drog

## **Úvod**

Moderná doba predstavuje pre mnohých dobu plnú vyspelej technológie, rýchleho spôsobu života, stresujúcich životných situácií, ale aj neschopnosťou zvládať problémy súvi-

siace s 21. storočím. Mnohokrát je život ovplyvnený a poznačený látkami a doplnkami, ktorými sa snažia niektorí riešiť aktuálne problémy. Nie každá pomoc je však pre človeka prospešná. Veľmi rozšíreným trendom pre riešenie problémov typických nielen pre dnešné storočie, je užívanie drog. Na tento problém je možné nazerať z mnohých hľadísk. Ide tu nielen o problém fyzický a psychický. Užívanie drog je širokým sociálnym problémom s vážnymi ekonomickými a politickými dopadmi, ktoré je veľaokrát nutné riešiť v právnej rovine. Tento článok sa orientuje práve na deskripciu takýchto sociálno-právno-ekonomických dopadov ich užívania, avšak pozornosť je venovaná aj ich základnému vplyvu na fyzickú a psychickú stránku človeka. Štatistické ukazovatele sú predkladané s ohľadom na vymedzený priestor Európskej únie.

## 1. Všeobecná konceptualizácia problematiky drog a ich užívania

Základná orientácia problematiky sa nesie v duchu analýzy v dnešnej modernej dobe rozšíreného problému drog, ktorý sa týka širokej skupiny verejnosti. Droga je „akákoľvek látka, ktorá po vstupe do živého organizmu je schopná pozmeniť jednu alebo viac jeho funkcií, pôsobí priamo alebo nepriamo na centrálny nervový systém a môže mať priznané postavenie lieku“ (Novomeský, 1995, s. 12). Je to návyková látka, ktorá sa radí do skupiny psychoaktívnych látok. Ide o „prírodné alebo syntetické látky, ktoré spôsobujú prechodné, subjektívne príjemné zmeny v prežívaní života a ktoré sú schopné vyvolať závislosť“ (Kolibáš – Novotný, 2007, s. 6). Práve subjektívne pozitívne vnímanie života začína byť podkladovou zložkou pre vznik závislosti. Drogová závislosť je choroba a je typická naliehavou potrebou po drogových účinkoch, ktorú sa chorý snaží uspokojiť a to aj napriek tomu, že si tým spôsobí fyzickú či inú psychickú ujmu (Hajný, 2001). I napriek tomu, že drogová závislosť je považovaná za chorobu, je veľmi ťažké spoznať, či v danom prípade o závislosť ide, alebo nie. Hajný (2001) uvádza tri znaky, ktoré naznačujú drogovú závislosť:

1. *pravidelné užívanie* – nezáleží na periodicite pravidelnosti, dôležité je, že človek sa snaží dostať k droge pravidelne. Najvyšším stupňom pravidelnosti je každodenná snaha o uspokojenie vzniknutej potreby,
2. *pokusy, sľuby a predsavzatia o ukončenie užívania drog* – k tomuto znaku vedú spravidla až problémy v rodine, finančné, pracovné, fyzické či iné psychické problémy, ktoré človeka doženú k predsavzatiu ukončiť užívanie drog,
3. *neschopnosť prestať užívať drogu a to aj napriek explicitným negatívnym dôsledkom* – psycho-fyzická naviazanosť na užívanie drog je veľaokrát silnejšia ako negatívne dôsledky, ktoré z užívania drog vyplynú.

Konkrétne formy drogovej závislosti načrtáva obr. č. 1. Novomeský (1995)<sup>1</sup> na druhej strane rozlišuje niekoľko typov drogových závislostí, a to drogová závislosť:

- *Opiátového typu* – zdrojom tejto drogy je mak siaty, ktorého stuhnutá šťava sa nazýva ópium. Variantom oproti ópiu sú najmä surové ópium, gáli (typické pre Indiu – ópiová guľôčka, ktorá sa vkladá pod jazyk a zapija sa čajom), čandu (orientálna droga), morfin, heroín a syntetické ópium (Krajská pedagogicko-psychologická poradňa Banská Bystrica, 1998).
- *Na liečivách s centrálne tlmivým účinkom* – zdrojom tejto drogy sú farmaceutickým priemyslom vyrábané látky. Alternatívou môžu byť najmä Barbitál, Rohypnol, Diazepam, Alnagon, Dinyl, Spasmoveralgin (Krajská pedagogicko-psychologická poradňa Banská Bystrica, 1998).
- *Kokaínového typu* – zdrojom tejto drogy je kokaínovník, rastúci najmä v Brazílii, v povodí rieky Amazonka. Alternatívnou drogou typickou pre túto závislosť je najmä crack (Krajská pedagogicko-psychologická poradňa Banská Bystrica, 1998).
- *Kanabisového typu* – zdrojom tejto drogy je konope siate, ktoré sa vyskytuje najmä v Indii a na Srí Lanke. Alternatívnou drogou sú hašiš a marihuana (Krajská pedagogicko-psychologická poradňa Banská Bystrica, 1998).
- *Amfetamínového typu* - zdrojom tejto závislosti sú látky vyrábané chemickou syntézou. Alternatívnymi drogami typickými pre tento typ závislosti sú látky nazývané psychostimulanty, kde patrí napr. Benzedrin, Elastonon, droga Pervitin, droga Ecstasy, Dexfenmetrazin a pod. (Krajská pedagogicko-psychologická poradňa Banská Bystrica, 1998).
- *Kathového typu* – takáto závislosť je typická pre africké krajiny (Krajská pedagogicko-psychologická poradňa Banská Bystrica, 1998).
- *Halucinogénového typu* – zdrojom tejto drogy môžu byť látky prírodného, ale aj umelého pôvodu. Najznámejším zdrojom tejto drogy je kaktus Peyotl, z ktorého sa vyrába droga meskalín, ale aj stredoamerické huby psilocybe, z ktorých sa vyrába droga psilocybín, ako aj huba lysohlávka, ktorá rastie aj v strednej Európe. Zdrojom tejto závislosti sú aj rastliny z čeľade ľuľkovitých. Táto závislosť vzniká aj pri užívaní drogy LSD (Krajská pedagogicko-psychologická poradňa Banská Bystrica, 1998).
- *Solvenciového typu* – zdrojom tejto drogy sú najmä čistiace prostriedky, farby, laky riedidlá, rozpúšťadlá, lepidlá a podobne. Tieto látky sú

---

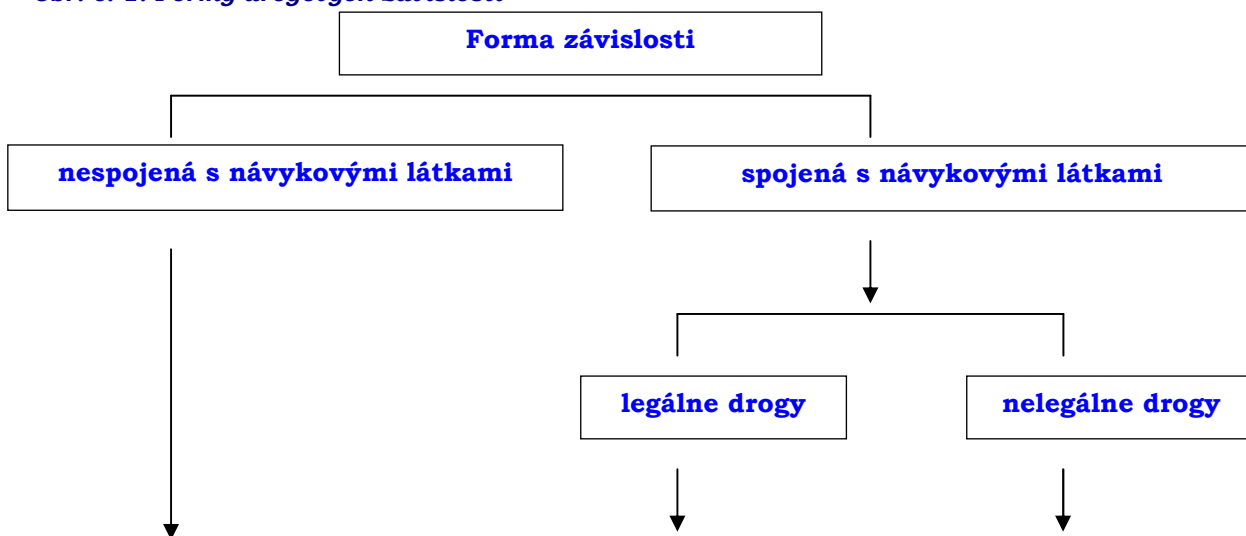
<sup>1</sup> Pre detailnejšie vymedzenie jednotlivých závislostí a históriu ich vzniku pozri napr. Novomeský, 1995.

zároveň aj drogovými alternatívami (Krajská pedagogicko-psychologická poradňa Banská Bystrica, 1998).

Okrem týchto závislostí existujú aj ďalšie typy drogových závislostí (Projekt drogy, [13.6.2009]), ide najmä o drogovú závislosť:

- *Alkoholo-barbiturátového typu* – zdrojom môže byť najmä káva, ktorá najviac pôsobí na tých užívateľov, ktorí žujú korene. Nielenže má za následok lepší apetít, pocit zdravia, odstránenie únavy, ale jej užívanie v tejto forme má za následok sluchové a vizuálne halucinácie a vysoké dávky sa podobajú otrave alkoholom (Barbiturátovo-alkoholový typ závislosti [13.7.2009]).
- *Tabakového typu* – pri tejto závislosti ide o užívanie tabakových výrobkov. Najnebezpečnejšie a najtoxickéjšie zložky tabakového dymu sú nikotín, oxid uhoľnatý, amonium, nitrogen oxid, hydrogen kyanid, hydrogen sulfid, akrolein, kadmium a ďalšie kovy, ako napríklad olovo. Nikotín, Co a Pb sú aj známe fetálne neurotoxíny (Kliment, 2007).
- *Kofeínového typu* – táto závislosť vzniká najmä pri užívaní kávy a čaju. Tento typ, rovnako ako tabakový typ, patria k tolerovaným a legalizovaným závislostiam (Kliment, 2007).

**Obr. č. 1: Formy drogových závislostí**



závislosť od hazardných hier, gamblérstvo	kofeín	hašiš
závislosť od práce, workoholizmus	nikotín	kokaín
chorobná pažravosť	alkohol	heroín
závislosť od sledovania masmédií	lieky	LSD
iné druhy závislosti		Amfetamín

Zdroj: Twinning drogy, [10.6.2009].

Všetky psychoaktívne látky sa triedia na rôzne typy a skupiny podľa vybraných kritérií. Tieto kritériá sú základom pre vytvorenie právnych noriem, ktoré si každá spoločnosť vytvára pre prevenciu užívania týchto látok, ale aj pre následné riešenie vzniknutých drogových závislostí či nepriaznivých následkov ich užívania. Niektoré štáty tak majú užívanie drog absolútne zakázané a psychoaktívne látky sa tak stávajú nelegálnymi v danom štáte. Existujú však aj štáty, ktoré disponujú legálnymi drogami a tak je ich výroba, distribúcia a užívanie zákonom povolené a nesankcionované. Každopádne samotné užívanie drogových látok môže mať rôzne formy. Kolibáš, Novotný (2007) rozlišujú šesť foriem užívania psychoaktívnych látok:

1. *experimentálne užívanie* - takéto užívanie je spojené so snahou navodiť stav prostredníctvom psychoaktívnych látok a očakávaním následkov tohto stavu, zväčša spojeného s príjemným prežívaním. Ide tu o snahu získať novú skúsenosť, o tendenciu nájsť nové zážitky, prioritu hľadať okamžité uspokojenie potreby v podobe okamžitého účinku drogy,
2. *rekreačné užívanie* - ide o užívanie obvyklé, spravidla pri spoločenských akciách a udalostiach. Cieľom je dosiahnuť príjemné účinky, ktoré sú s drogou spojené,
3. *pravidelné užívanie* - pravidelnosť užívania je definovaná týždennou periodicitou, tzn. užívateľ sa snaží drogu užiť aspoň raz týždenne (Atha - Blanchard, In: Kolibáš, Novotný, 2007),
4. *symptomatické užívanie* - ide o užívanie psychoaktívnych látok na zmiernenie fyzických či psychických symptómov či ťažkostí, napr. užitie alkoholu na zmiernenie hnevu,
5. *škodlivé užívanie a abúzus* - ide o také užívanie psychoaktívnych látok, ktoré je spojené s právnymi a medziľudskými problémami, dochádza k absencii plnenia povinností, poškodzuje zdravie konzumenta. V tomto zmysle už ide o diagnostickú jednotku v užívaní drog.
6. *kompulzívne užívanie* - užívanie sa neviaže na spoločenské udalosti, ale k užívaniu dochádza aj vtedy, keď je ich užitie v rozpore so spoločenskými normami, dokonca aj v čase, keď je samotné užívanie psychoaktívnej látky pre konzumenta nebezpečné. Pre túto formu je už typická drogová závislosť.

So samotným pojmom droga a drogová závislosť súvisí aj pojem *toxikománia*, ktorá znamená „stav periodicky sa opakujúcej alebo chronickej intoxikácie jedinca, pričom je tento stav vyvolávaný opakovaným užitím drogy prírodnej alebo syntetickej a škodí jedincovi samému i celej spoločnosti“ (Novomeský, 1995, s. 13). Jej základnými znakmi sú neodolateľná túžba, potreba či nutkanie pokračovať v užívaní drogy, túžba získať ju akýmikoľvek prostriedkami, tendencia zvyšovať dávku a psychická a niekedy i fyzická závislosť na účinkoch

drogy (Riziká zneužívania návykových látok, [10.6.2009]). Toxikománia vystupuje ako starší názov drogovej závislosti rovnako, ako pojem narkománia, nakoľko sa nejedná iba o užívanie narkotických drog, teda o užívanie opioidov a rovnako sa nejedná iba o užívanie toxínov. V zmysle drogovej závislosti ide o užívanie látok s psychotropnými účinkami (Kolibáš, Novotný, 2007).

V súčasnej dobe existuje široké spektrum rôznych užívaných drog. Tabuľka č. 1 udáva stručný prehľad drog, ich fyzické symptómy, činnosti vypovedajúce o užívaní drogy a hroziacich nebezpečenstvách.

**Tabuľka č. 1: Stručný prehľad o najčastejšie užívaných drogách.**

<b>Užívaná droga</b>	<b>Fyzické symptómy</b>	<b>Čo treba hľadať</b>	<b>Nebezpečenstvá</b>
<b>Alkohol, pivo, likéry, víno</b>	Spomalené reakčné časy, ospalosť, zajakavá reč, zmeny osobnosti.	Ukrývanie fliaš, ochabnutý výraz tváre, pomalé pohyby, nedostatok koordinácie, strata pamäti.	Veľké riziko nehodovosti, veľké množstvo zranení iných ľudí, zdravotné problémy (s vredmi, tlakom krvi).
<b>Vdychovanie (gleja a pod.) niekedy aj „fetovanie“</b>	Násilnosti, opitý výraz, zasnený alebo prázdny výzor.	Tuby a škrvny (od gleja a pod.), papierové vrecúška alebo vreckovky.	Poškodenie pľúc (mozgu), pečene, smrť zadusením.
<b>Heroín, junk (slangový výraz pre heroín), morfin, kodeín</b>	Otupenosť, ospalosť, stopy po ihlách, vodnaté oči, stopy krvi na rukáve košele, tečúci nos.	Ihla alebo podkožná striekačka, baličky vaty, povrázok, špagát, remeň, ohorené fľašové uzávery, alebo lyžice, sklenené ampulky.	Smrť z predávkovania, mentálna retardácia, deštrukcia mozgu a pečene – návykové.
<b>Lieky proti kašľu obsahujúce kodeín a ópium</b>	Opitý výraz, nedostatok koordinácie, zmätenosť, nadmerné svrbenie.	Prázdna fľaša od lieku proti kašľu.	Spôsobuje návyk.
<b>Marihuana, „pot“ (hrnček), tráva, dym, „boom“</b>	Nespavosť, roztržité myslenie, rozšírené očné zrenice, nedostatok koordinácie, túžba po sladkostiach, zvýšená chuť, mierne halucinácie.	Červené opuchy pod očami, silný zápach spálených listov, malé semienka vo vreckách, cigaretové papieriky, sfarbené prsty.	Anémia, novorodenecké defekty, nutkanie po silnejších neurotikách. Súčasný lekársky nález: marihuana poškodzuje rôzne orgány 1 marihuanová cigareta (point) = 1 balíček cigariet.
<b>LSD, DMT, opája (trias), záznamník (blotter-piják), anjelský prach, zelené vločky,</b>	Veľké halucinácie, pocity odpútanosti, nesúvislá reč, chladné ruky a chodidlá, zvracanie, smiech	Zafarbené kocky cukru, silný zápach tela, malé tuby kvapalných kapslí a piluliek, malé štvorce papiera s označením „Petržlen“ vo vrecúšku s	Samovražedné tendencie, nevypočítateľné správanie. Chronické užívanie spôsobuje poškodenie mozgu.

<b>PCP, TIC, K.W., zabijácka burina</b>	a krik, psychotické správanie, halucinácie a stav opitosti.	metanolových zápachom, hocijaký farebný prášok v malých plastických vreckách.	Novorodenecké defekty, pravdepodobnosť náhodnej smrti.
<b>Povzbudzujúce pilulky, amfetamíny, blúznivec, rýchlik, kryštálový metadón, tvrdiak</b>	Agresívne správanie, chichúňanie, bláznivosť, rýchla reč, zmätené myslenie, absencia chuti, obrovská únava, suché ústa, trasľavosť.	Poháre piluliek rôznych farieb, zapaľovanie cigarety jednu od druhej, hocijaký hnedý či biely prášok v malých plastických vrecúškach.	Smrť z predávkovania, halucinácie, obrovská strata hmotnosti, poškodenie mozgu, deštrukcia vitálnych orgánov – návykové.
<b>Hlúpe guľôčky, tmiče, barbituráty 714 A „ludes“, červené, T</b>	Ospalosť, omámenosť, ohlúpnutie, zajakavá reč, opilecký výraz, zvracanie.	Pilulky rôznych farieb, veľkosti a tvarov, na tabletku vyznačené 714.	Smrť z predávkovania, strata zmyslov a návyk. Nikdy nemixovať s alkoholom.
<b>Koka, vločky, toot (kotnúťik), kokain</b>	Stúpanie tlaku krvi, bezbolestný pocit, pocit nadradenosti, "nepokaziteľná" nálada, hyperaktivita, skrývaná únava.	Biely kryštalický prášok v malých plastických vrecúškach alebo tenkej fólii, červená hlienová membrána na nose.	Srdcový infarkt, vysoký tlak krvi, náhodné podpálenie seba alebo iné zranenie.
<b>Crack (tiež krak)</b>	Krátke obdobia eufórie vystriedané depresiou, hyperaktivita v ranom štádiu, letargia v neskoršom štádiu pri neužívaní.	Malé kúsky ako kamienky, niekedy v sklenených ampulkách alebo plastických baličkoch, malé svetielkujúce predmety, sviečky, žiletky.	Depresia, náhla smrť na srdcový infarkt alebo záchvat, neprestajné problémy s dutinami, paranoja, samovražda.

Zdroj: Nelegálne drogy, základné informácie, [10.6.2009].

## 2. Dopady užívania drog na úrovni Európskej únie v kontexte štatistických zistení

Presný počet ľudí závislých od psychoaktívnych látok nie je známy. Celosvetový počet závislých najmä od nikotínu a alkoholu sa v roku 1997 odhadoval na viac ako 50 mil. V rokoch 2000 a 2001 odhadoval Úrad OSN pre drogy a kriminalitu 200 mil. užívateľov ilegálnych látok, čo je až 3,4% z celkovej svetovej populácie. Z toho najviac bolo užívateľov marihuany – až 162 mil. a opioidov – skoro 15 mil. (Kolibáš – Novotný, 2007).

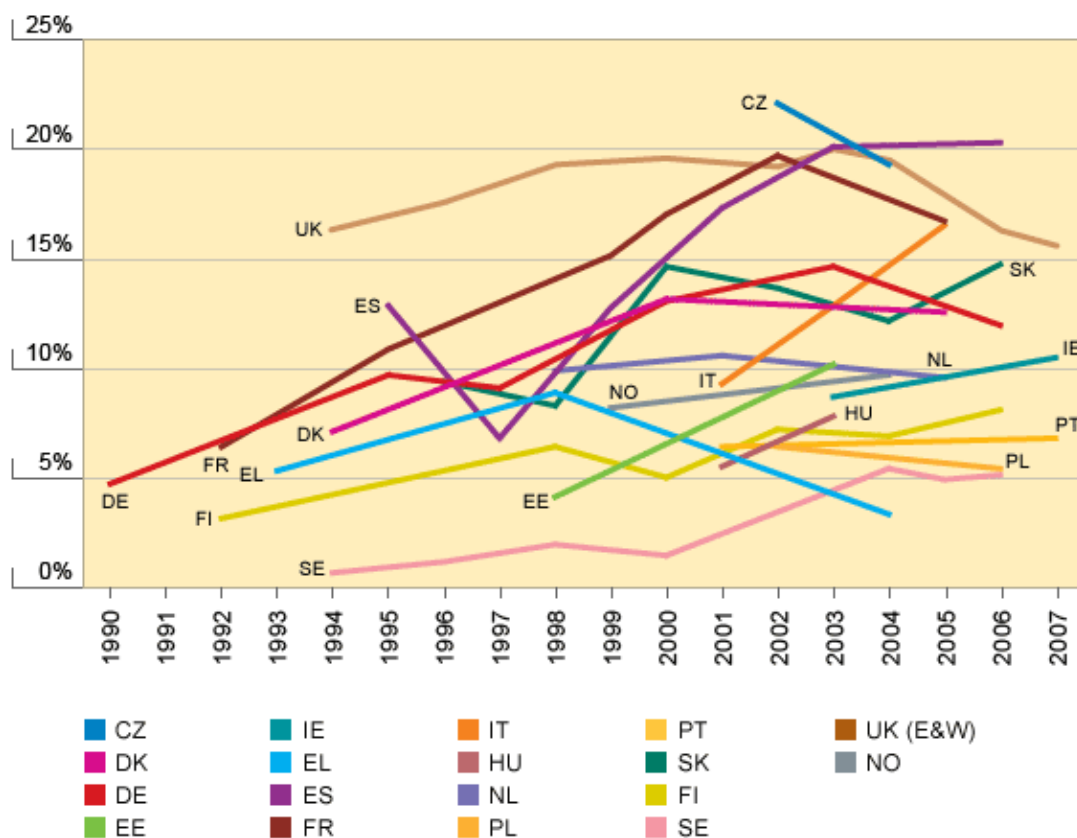
Z komplexných súborov údajov a informácií o metodológii sú k dispozícii o dospelých populáciách (15 až 64 rokov) tieto najnovšie dostupné údaje z výročnej správy Stav drogovej problematiky v Európe (2008):

## Kanabis

Na začiatku 90-tych rokov 20. storočia vyčnievalo iba niekoľko krajín s vysokou prevenciou kanabisu. Situácia sa odvtedy aj v Európe výrazne zmenila. Za posledných niekoľko rokov povedomie verejnosti vzrástlo o dôsledkoch dlhodobého a rozšíreného užívania tejto drogy z hľadiska verejného zdravia.

Odhaduje sa, že táto rastlina sa pestuje až v 172 krajinách sveta. Produkcia v roku 2006 dosiahla 41 600 t, z čoho viac ako polovicu tvoril americký kontinent (Severná a Južná Amerika) a takmer štvrtinu Afrika (UNODC, 2008).

**Obr. č. 2: Trendy v prevalencii užívania kanabisu medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov).**



Zdroj: Národné správy siete Reitox (2007).

Viac ako 70 mil. Európanov užilo aspoň raz kanabis, čo je viac než pätina všetkých 15 až 64-ročných. Prehľad užívania medzi mladými ľuďmi vo veku 15 až 34 rokov, znázorňuje obr. č. 2. Medzi krajiny s najvyšším počtom konzumentov možno zaradiť Španielsko,



Českú republiku, Taliansko, Francúzsko a Spojené kráľovstvo, za ktorými sa umiestnilo Slovensko. Na opačnom konci sa umiestnilo Portugalsko, Poľsko, Švédsko a Grécko s najnižšou prevalenciou. Údaje z prieskumov medzi populáciou naznačujú, že túto drogu užilo aspoň raz 31% mladých dospelých Európanov (15 – 34 rokov), pričom 13% v roku 2007. Užívanie kanabisu je vyššie u mužov ako u žien. Predajné ceny trávového kanabisu aj kanabisovej živice sa pohybujú od 2 do 14 EUR za gram, vo väčšine európskych krajín je to v rozsahu 4 až 10 EUR za oba produkty (EMCDDA, 2008).

Konzumenti kanabisu sa zväčša liečia v ambulantných centrách, ale v niektorých krajinách (Írsko, Slovensko, Fínsko, Švédsko) až tretina klientov vyhľadáva liečbu v hospitalizačných zariadeniach. Osoby vyhľadávajúce liečbu v ambulantných prostrediach z primárneho dôvodu užívania kanabisu uvádzajú aj užívanie inej drogy ako sekundárnej látky: 21 % alkohol, 12 % amfetamíny a extáza a 10 % kokain. Po alkohole (34 %) je kanabis (21 %) uvádzaný ako druhá najčastejšia sekundárna látka (EMCDDA, 2008).

Celosvetovo po kanabise k najbežnejším konzumovaným nezákonným drogám patria amfetamíny a extáza, ktoré si teraz viac priblížime.

### **Amfetamíny, extáza, LSD**

Hlavnými zástupcami skupiny amfetamínov sú dve úzko súvisiace syntetické látky amfetamín a metamfetamín, patriace do skupiny fenetylamínu. Syntetické látky, ktoré sú chemicky príbuzné amfetamínom, ale ktoré sa líšia svojimi účinkami sa označujú ako extáza. Odhady spotreby najznámejšej halucinogénnej drogy, LSD (dietylamidu kyseliny lysergovej), sú nízke a už dlhší čas v Európe stabilné.

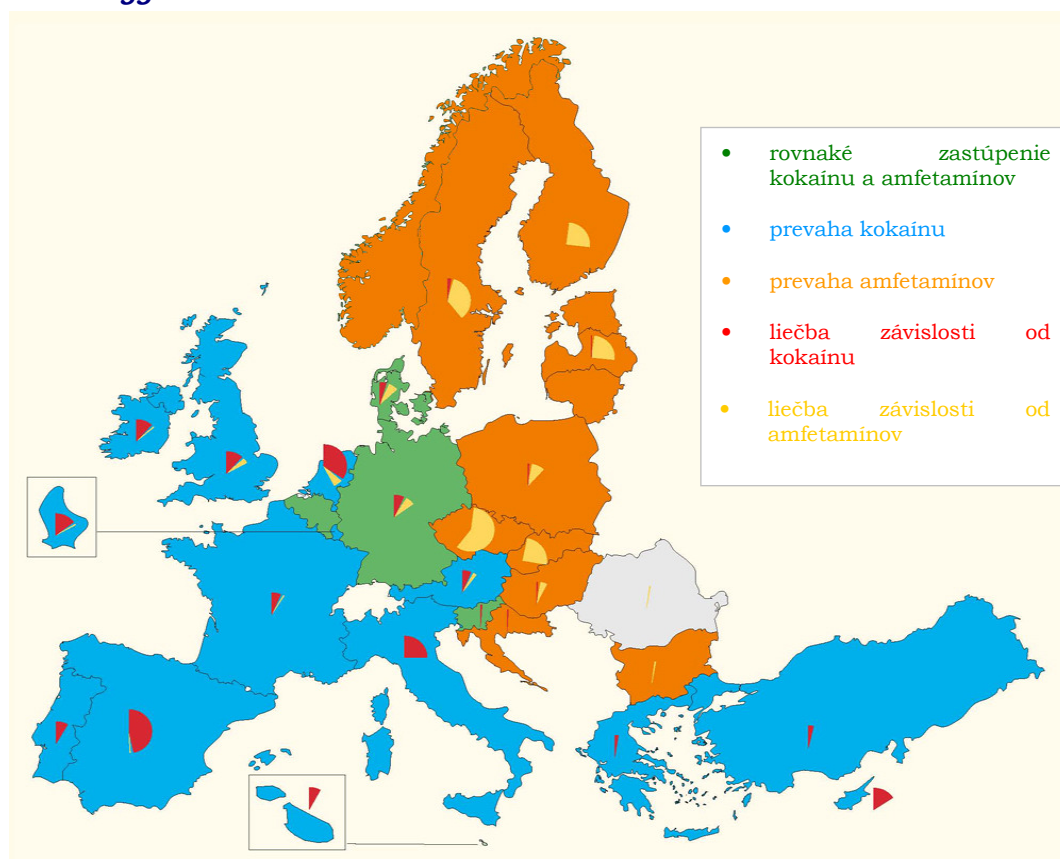
Odhadovaná celosvetová produkcia amfetamínov v roku 2006 bola 126 t, z čoho 79% všetkých laboratórií je sústredených v Európe, hoci sa ich produkcia rozširuje aj do Severnej Ameriky a juhovýchodnej Ázie. Čo sa týka celosvetovej výroby metamfetamínu sústredenej predovšetkým v Severnej Amerike ako aj východnej a juhovýchodnej Ázie, tak tá v roku 2006 dosiahla 266 t, čo je viac než akákoľvek iná nezákonná syntetická droga. Pre zaujímavosť dopĺňujeme, že jej nezákonná produkcia sa v Európe obmedzuje prevažne na Českú republiku (v roku 2006 zistených 400 malých kuchynských laboratórií), Slovensko a v menšej miere aj na Litvu. V roku 2006 dosiahla celosvetová produkcie extázy objem 102 t. Výroba pre miestnu spotrebu je bežnejšia v Severnej Amerike, východnej a juhovýchodnej Ázii. V Európe medzi hlavných producentov môžeme zaradiť Holandsko, Belgicko, v menšej miere Poľsko a Spojené kráľovstvo. V posledných rokoch došlo k oživeniu obchodovania aj s LSD, čomu nasvedčuje aj rastúci počet a množstvo zachytení (UNODC, 2008).

Bežná maloobchodná cena amfetamínu sa v roku 2006 pohybovala na úrovni 10 až 15 EUR za gram. Od začiatku 90. rokov 20. stor., kedy bola extáza v Európe prvýkrát dostupná, výrazne zlacnela. Aj napriek tomu, že existujú správy o tabletkách za cenu 1 EUR, vo väčšine krajín sa kalkulovalo s 3 až 9 EUR. Od začiatku nového tisícročia sa vo

väčšine európskych krajín pohybovali maloobchodné ceny LSD v rozpätí od 5 do 11 EUR za jednotku (EMCDDA, 2008).

Európsky trh so stimulantmi zachytáva obr. č. 3, ktorý poukazuje na kokaínové a amfetamínové krajiny. Prehľad, ktorý vznikne skombinovaním údajov z prieskumov medzi všeobecnou populáciou a hláseniami o zachytení naznačuje, že krajiny severnej a strednej Európy majú tendenciu patriť do „amfetamínovej skupiny“, zatiaľ čo v krajinách na západe a juhu Európy do značnej miery má prevahu kokaín.

**Obr. č. 3: Európsky trh so stimulantmi: relatívna prevalencia kokaínu alebo amfetamínov pri zachyteniach a v prieskumoch medzi populáciou a podiel liečiacich sa užívateľov drog, ktorí uvádzajú tieto látky ako primárne drogy.<sup>2</sup>**



Zdroj: EMCDDA 2008 [14.6.2009].

<sup>2</sup> Farba pozadia označuje relatívnu dominanciu kokaínov alebo amfetamínov podľa prieskumov medzi všeobecnou populáciou (prevalencie užívania v roku 2007 medzi populáciou vo veku 15 – 34 rokov) a údajov zo zachytení. Kruhovú grafy predstavujú podiely všetkých žiadostí o protidrogovú liečbu, ktoré tvorili tieto dve drogy – sú zobrazené len segmenty predstavujúce kokaín a amfetamíny. Pre Taliansko, Holandsko a Poľsko, kde údaje o zachyteniach nie sú k dispozícii, sa použili len údaje z prieskumov medzi populáciou. Pre Chorvátsko sa použili len údaje o zachyteniach. Pre Nórsko a Belgicko neboli k dispozícii údaje o liečbe. Dostupné údaje pre Rumunsko neumožnili vyvodit' závery pre krajinu ako celok. V českej republike a na Slovensku sú metamfetamíny najčastejšie používanými amfetamínmi.

Približne 11 mil. Európanov vyskúšalo amfetamíny, celoživotná prevalencia užívania tejto drogy medzi mladými dospelými (15 až 34 rokov) sa v jednotlivých krajinách líši, od 0,2 % do 16,5 %, pričom európsky priemer je približne 5 %. Griffiths a kol. (2008) uvádza, že užívanie metamfetamínov v Európe je obmedzené, zatiaľ čo v iných častiach sveta vzrástlo. Z historického hľadiska sa užívanie tejto drogy v Európe sústredilo na Českú republiku (v roku 2006 sa odhadovalo približne 17 500 až 22 500 užívateľov, čo je takmer dvojnásobok odhadovaného množstva problémových užívateľov opiátov) a na Slovensko (kde je 6 200 až 15 500 užívateľov, čo je takmer o 20 % menej ako odhadované množstvo problémových užívateľov opiátov). Odhaduje sa, že 9,5 mil. dospelých Európanov vo veku 15 až 64 rokov vyskúšalo extázu, pričom vo väčšine krajín sa vykazuje celoživotná prevalencia v rozsahu 1,3 až 3,1 %. Spotreba extázy bola bežnejšia medzi mladými vo veku 15 až 34 rokov, v Európe ju vyskúšalo 7,5 mil. ľudí. Celoživotná prevalencia užívania LSD medzi dospelou populáciou (15 až 64 rokov) sa pohybuje od 0 do 5,4 % (EMCDDA, 2008).

Konzumenti amfetamínov (pomer medzi mužmi a ženami je 2:1, celkový podiel žien medzi užívateľmi amfetamínov je väčší než medzi užívateľmi iných drog), nastupujúci na liečbu majú v priemere 29 rokov. Až v 25 % všetkých žiadostí o liečbu drogovej závislosti na Slovensku sa uvádza metamfetamín ako primárna droga najčastejšie uvádzaná užívateľmi žiadajúcimi o liečbu prvýkrát (50 % uvádzalo injekčné užívanie drogy), zatiaľ čo v Českej republike je to až 59 % všetkých žiadostí (80 % uvádzalo injekčné užívanie drogy). Vo Francúzsku, Taliansku, Maďarsku, Spojenom kráľovstve a Turecku sa uvádza viac než 100 klientov extázy nastupujúcich na liečbu, čo predstavuje 0,5 % až 4 % všetkých konzumentov danej drogy v týchto krajinách. Užívatelia najmladšej skupiny (24 až 25 rokov) nastupujúci na liečbu vykazujú aj konzumáciu iných látok, vrátane kanabisu, kokaínu, alkoholu a amfetamínov (EMCDDA, 2008).

V Európe môže byť vzhľadom na absolútne číslo užívanie kokaínu vyššie, bližšie charakterizované v nasledujúcej časti, ale geografická koncentrácia kokaínu v niekoľkých krajinách znamená, že pre väčšiu časť Európskej únie zostávajú niektoré formy synteticky vyrábaných drog druhou najbežnejšou užívanou nezákonnou látkou.

### **Kokaín<sup>3</sup> a crack<sup>4</sup>**

Kokaín je po kanabise druhou najčastejšie užívanou nezákonnou drogou v Európe. Prejavuje sa to aj v celkovej produkcii tejto drogy, ktorá v roku 2007 dosiahla objem 994 t

---

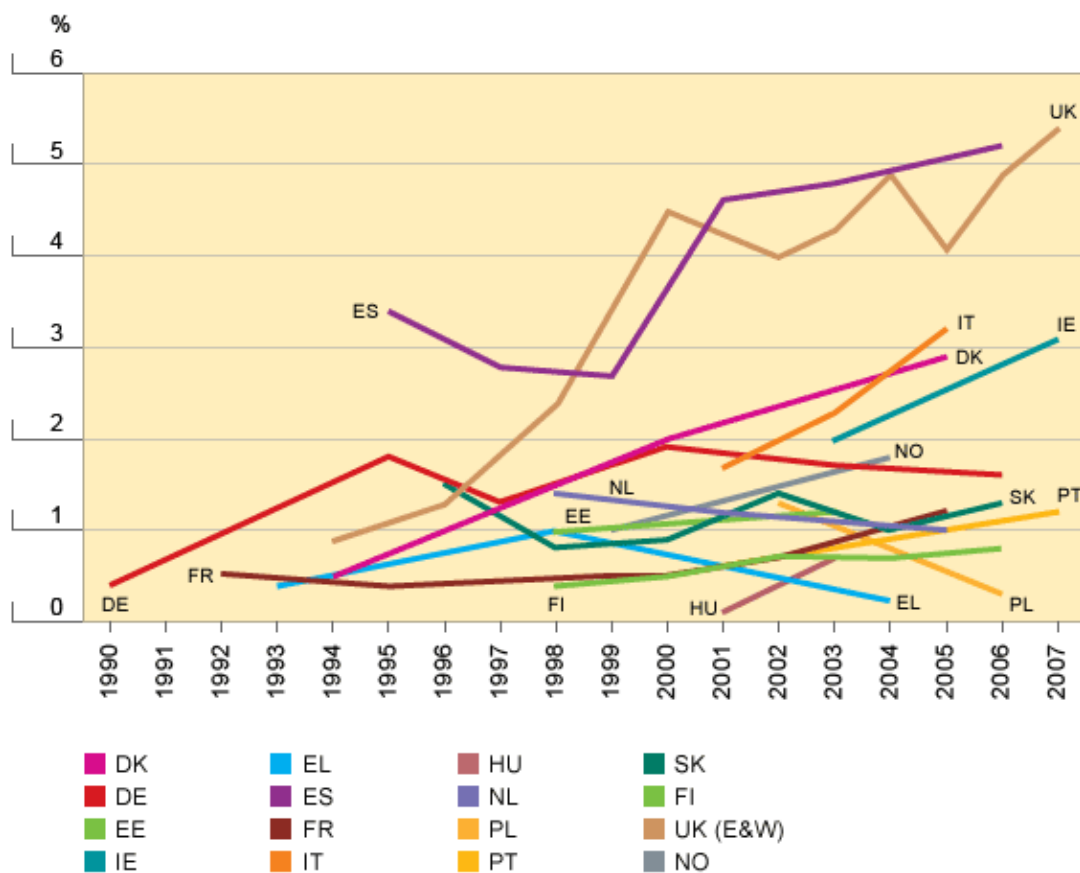
<sup>3</sup> Kokaín je práškovitá, biela, kryštalická hmota, ide o alkaloid juhoamerického kra koka rozšíreného v niekoľkých krajinách andského regiónu (Kalina, 2003).

<sup>4</sup> Crack, slangový názov hydrochloridu kokaínu, je najnebezpečnejšou formou kokaínu. Vyrába sa tak, že sa kokaín rozrába s jedlou sódou alebo prevareným práškom do pečiva a vodou. Tak vznikajú veľké kusky kryštálov, ktoré sa fajčia. Telo túto drogu absorbuje rýchlejšie ako kokaín, už prvá dávka vedie k závislosti. Pocit eufórie účinkuje len niekoľko minút po vyfajčení, potom sa objavujú abstinénne príznaky, pri ktorých fajčiari nepredstaviteľne trpia a veľakrát túžia už len po smrti. Z tohto dôvodu má veľa závislých samovražedné úmysly (Kalina, 2003).

čistého hydrochloridu kokainu, z čoho pripadlo na Kolumbiu 61 %, Peru 29 % a na Bolíviu 10 %. Podľa prieskumov sa odhaduje, že ho užilo približne 12 mil. Európanov aspoň raz za život, čo je priemerne 3,6 % dospelých vo veku 15 až 64 rokov. V posledných rokoch bol zaznamenaný zvýšený dopyt po kokaine v Európe predovšetkým medzi mladými ľuďmi. Vo veku 15 až 34 rokov ho aspoň raz za život užilo 7,5 mil. ľudí, priemerne 5,4 %. Jeho konzumácia je obzvlášť vysoká medzi mladými mužmi v Španielsku, Dánsku, Írsku, Taliansku a Spojenom kráľovstve, u ktorých sa celoživotná prevalencia pohybuje v rozsahu 4 až 7 %. Pomer prevalencie mužov k ženám je takmer 4:1 (UNODC, 2008).

Ako znázorňuje obr. č. 4, užívanie kokainu sa sústreďuje v niektorých krajinách, predovšetkým v Španielsku, Spojenom kráľovstve, v menšom rozsahu v Taliansku, Dánsku a Írsku, pričom vo väčšine ostatných európskych krajín je jeho užívanie relatívne nízke. V krajinách, v ktorých prevládajú na trhu stimulačných drog amfetamíny, je užívanie kokainu nízke a naopak. V roku 2006 sa maloobchodná cena kokainu pohybovala v rozpätí 50 až 75 EUR za gram vo väčšine európskych krajín (EMCDDA, 2008).

**Obr. č. 4: Trendy v prevalencii užívania kokainu medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov).**



Zdroj: Národné správy siete Reitox (2007).

Kokaín je spojený s určitým životným štýlom. Približne 13 % ľudí vo veku 16 až 29 rokov, ktorí často navštevujú krčmy alebo bary, uviedlo užitie kokaínu. Na základe štúdie vykonanej v roku 2006 v 9 európskych mestách (Atény, Berlín, Brno, Palma, Lisabon, Liverpool, Ľubľana, Benátky, Viedeň), ktorej sa zúčastnilo 1 383 mladých respondentov vo veku 15 až 30 rokov pravidelne navštevujúcich nočné podniky, možno vyvodiť záver, že 29 % respondentov užilo túto drogu aspoň raz za život a takmer 4% niekedy užívalo kokaín minimálne raz týždenne (Európska komisia, 2007).

Z hľadiska spôsobu podávania drogy sú u kokaínových klientov rozdiely v rámci jednotlivých krajín: celkovo približne polovica (55 %) ju šnupe, takmer tretina (32 %) ju fajčí a oveľa menší podiel (9 %) si ju vpichuje. Rozlišujeme 2 hlavné skupiny užívateľov kokaínu. V 1. skupine sú ľudia sociálne integrovanejší, so stabilným bývaním a zamestnaním, ktorí šnupujú túto drogu. V 2. skupine sú marginalizovanejší ľudia, ktorí kokaín fajčia alebo si ho vpichujú, popr. užívajú crack alebo kombináciu kokaínu a heroínu. Klienti podstupujúci ambulantnú liečbu závislosti od kokaínu majú priemerný vek 31 rokov, čím tvoria tretiu najstaršiu skupinu liečených pacientov, po užívateľoch opiátov a konzumentoch hypnotík a sedatív. V roku 2006 uvádzalo predovšetkým práškový kokaín, ako hlavný dôvod nastúpenia na protidrogovú liečbu približne 16 % všetkých liečených osôb v Európe, čo predstavuje približne 61 000 hlásených prípadov v 24 krajinách. Medzi jednotlivými krajinami existujú značné rozdiely, pričom užívatelia kokaínu tvoria vysoký podiel liečených pacientov len v Španielsku (47 %), Holandsku (35 %) a Taliansku (25 %). V 10 krajinách Európy tvorí kokaín 5 až 10 % všetkých dopytov po liečbe a v ďalších 12 krajinách je to menej ako 5 %. Crackoví konzumenti žijú vo väčších mestách, sú väčšinou nezamestnaní a majú zlé životné podmienky. V roku 2006 nastúpilo na protidrogovú liečbu približne 8 000 užívateľov cracku (2 % všetkých klientov liečby) v 20 európskych krajinách, pričom väčšina z nich pochádzala zo Spojeného kráľovstva (EMCDDA, 2008).

Poslednú veľkú skupinu drog nám predstavujú opiáty, popísané v nasledujúcej časti.

## Opiáty

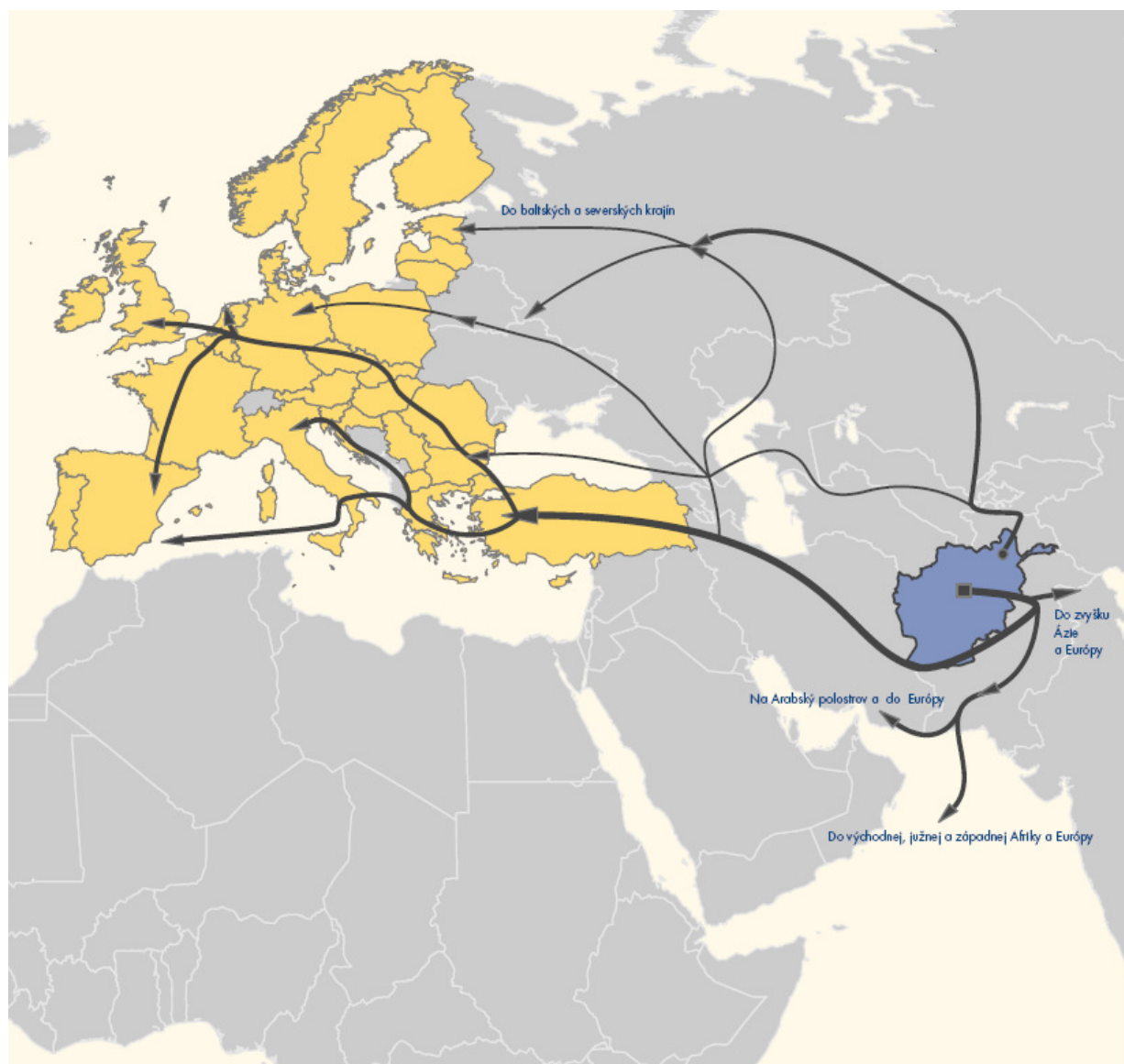
Odhadovaná celosvetová produkcia ópia<sup>5</sup> v roku 2007 vzrástla na 8 870 t. Medzi svetových lídrov v dodávke tejto drogy patria Afganistan s 8 200 t, Mjanmarsko a Mexiko. Na európskom trhu s nezákonnými drogami sa ponúkajú 2 formy dovážaného heroínu: bežne dostupný hnedý heroín najmä z Afganistanu a čoraz zriedkavejší biely heroín vo forme soli obvykle pochádzajúci z juhovýchodnej Ázie. Niektoré opiátové drogy sa získavajú aj v rámci domácej výroby z maku siateho (EMCDDA, 2008).

---

<sup>5</sup> Ópium pochádza z gréckeho slova opion – maková šťava alebo opos – rastlinná šťava, získava sa z maku siateho. Najdôležitejším prírodným alkaloidom ópia je morfin, ktorý sa distribuuje v prášku alebo roztoku. Jeho spracovaním vzniká polosyntetický preparát diacetylmorfin, známy skôr pod názvom heroín (Kalina, 2003).

Ako znázorňuje obr. č. 5, heroín vstupuje do Európy dvomi hlavnými obchodnými cestami: historicky významnou balkánskou cestou (po tranzite cez Pakistan, Irán a Turecko), a v súčasnosti stále viac preferovanou severnou cestou (cez strednú Áziu a Ruskú federáciu). Druhotnými distribučnými cestami pre heroín z juhozápadnej Ázie pre trh Európy a Severnej Ameriky sú Pakistan, Bangladéš, krajiny Stredného východu a Afrika. Dôležité európske distribučné centrálna miesta sa pripisujú Holandsku, v menšej miere Belgicku (UNODC, 2008).

**Obr. č. 5: Obchodné trasy heroínu z Afganistanu do Európy.**



Zdroj: EMCDDA, 2008.

Na základe dostupných informácií sa odvodzuje, že v roku 2006 bolo v EÚ a Nórsku približne 1,5 mil. problémových užívateľov opiátov. Priemerná prevalencia problémového užívania opiátov je štyri až päť prípadov na 1000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Maloobchodná cena hnedého heroínu sa v roku 2006 pohybovala od 14,5 EUR za gram v Turecku do 110 EUR za gram vo Švédsku. Väčšina európskych krajín uvádza bežné ceny 30 až 45 EUR za gram. Cena bieleho heroínu sa uvádza iba v niekoľkých európskych krajinách v rozsahu od 27 do 110 EUR za gram (EMCDDA, 2008).

**Tabuľka č. 2: Krátky prehľad minimálneho veku pre predaj alkoholu, tabaku a liekov vo vybraných európskych štátoch.**

<b>Štát</b>	<b>Nápoje s nízkym obsahom alkoholu (napr. pivo a víno)</b>	<b>Nápoje s vysokým obsahom alkoholu (napr. destiláty, liehoviny)</b>	<b>Tabak</b>	<b>Medikamenty (napr. sedatíva, prášky na spanie atď.)</b>
<i>Belgicko</i>	16	18	minimálna veková hranica nie je stanovená	na predpis
<i>Francúzsko</i>	18	18	minimálna veková hranica nie je stanovená	na predpis
<i>Nemecko</i>				
Sársko	16	18	16	na predpis
Sasko-Anhaltsko	16	18	16	neuvedené
<i>Maďarsko</i>	18	18	18	na predpis
<i>Luxembursko</i>	16	16	minimálna veková hranice nie je stanovená	na predpis
<i>Holandsko</i>	16	18	16	na predpis
<i>Spojené kráľovstvo</i>	16	18	16	na predpis

Zdroj: Právne aspekty užívania drog, [10.6.2009].

Klienti nastupujúci na ambulatnú liečbu z dôvodu prvotného užívania opiátov, konzumujú aj iné drogy, a to kokain (25 %), iné opiáty (23 %) a kanabis (18 %). Z celkového počtu 387 000 žiadostí o liečbu uvádzaných v roku 2006 (dostupné údaje z 24 krajín) bol heroín zaznamenaný ako hlavná droga asi v 47 % prípadov. Vo väčšine krajín sa počet žiadostí o liečbu týkajúcich sa užívania opiátov pohybuje na úrovni 50 až 80 %. Opiáty nie sú iba najčastejšie zaznamenanou prvotnou drogou medzi užívateľmi nastupujúcimi na liečbu, ale najmä medzi tými, ktorí už liečbu podstupujú opakovane (EMCDDA, 2008).

V tejto časti sme priblížili jednotlivé druhy drog, doplnili o náležité štatistiky produkcie, spotreby a liečby užívateľov.

Závislosť na drogách je celospoločenským a sociálnym problémom, ktorého riešenie sa hľadá prostredníctvom politických a právnych nástrojov v zmysle regulácie užívania drog a následných sankcií za porušenie zákonom danej regulácie či zákazu. Jedným z takýchto nástrojov je určenie hranice minimálneho veku pre nákup nápojov s určitou výškou alkoholu, tabaku a iných medikamentov. Tab. č. 2 udáva prehľad minimálneho veku potrebného pre predaj jednotlivých návykových látok vo vybraných krajinách. Z tabuľky vyplýva, že vo väčšine európskych krajín (z pohľadu vybraných krajín) je vek pre nákup nápoja s nízkym obsahom alkoholu 16-ty rok veku života. Pre nákup nápoja s vysokým obsahom alkoholu sa vo väčšine krajín vyžaduje 18-ty rok veku života, s výnimkou Luxemburska, kde aj v tomto prípade sa vyžaduje aspoň 16-ty rok veku života. Pre nákup tabaku platí, že vo väčšine krajín nie je určená veková hranica, pre nákup medikamentov je nevyhnutný vo väčšine prípadov lekársky predpis, ktorý zaručí vydanie medikamentov bez ohľadu na vek.

Porušenie právnych zákazových a regulujúcich noriem týkajúcich sa držby a užívania drog má za následok nástup sankcií, ktoré sa menia v závislosti od krajiny, počtu štatisticky zistených drogových závislostí v nej i od jej legislatívy. Tab. č. 3 predstavuje postihy za držbu drog od najtvrdších sankcií až po tie jemnejšie, s ohľadom na krajiny, ktoré dané sankcie využívajú.

**Tabuľka č. 3: Najpravdepodobnejšie výsledky právneho postihu za držbu drog pre vlastnú potrebu.<sup>6</sup>**

<b>Najpravdepodobnejší výsledok stíhania</b>	<b>Krajiny</b>
<i>Stíhanie a odsúdenie s uväznením, pokutami alebo terapeutickými opatreniami</i>	<b>Nórsko, Švédsko, Fínsko, Francúzsko, Grécko</b>
<i>Oslobodenie alebo odklon vedúci k zníženiu trestu</i>	<b>Spojené kráľovstvo, Írsko</b>
<i>Odpustenie alebo odklon k alternatívnym spôsobom výkonu trestu</i>	<b>Holandsko, Belgicko, Nemecko, Dánsko, Rakúsko</b>
<i>Administratívne postihy (napr. pokuta) alebo terapeutické opatrenia (dekriminalizácia podľa zákona)</i>	<b>Luxembursko (iba konope), Taliansko, Španielsko, Portugalsko</b>

Zdroj: Drugs in focus, [10.6.2009].

Drogová závislosť a rastúci trend v užívaní drog viedol napr. aj k vzniku Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA), ktoré v roku 1996 koordinovalo celoeurópsky prehľad problematiky užívania syntetických drog. Tento prehľad

<sup>6</sup> Tabuľka udáva držbu malého množstva drog bez toho, aby ich držbou bol spáchaný závažnejší trestný čin vyplývajúci napr. zo zámeru ich ďalšieho predaja a podobne.



pozostával z dvoch štúdií, vykonaných Národným centrom pre závislosti v Londýne a Centrom pre HIV/AIDS a výskum drog v Edinburgu. Táto štúdia sa volala „Užívanie amfetamínov, extázy a LSD v Európskej únii: Prehľad dát o spôsoboch konzumácie a súčasná epidemiologická literatúra“ (Griffiths a kol. 1997, s. 10)<sup>7</sup>.

Pre hodnotenie národných protidrogových stratégií a akčných plánov jednotlivých členských krajín EÚ je potrebné určiť najlepšie postupy. Zdôraznilo sa to na konferencii, ktorú zorganizovalo portugalské predsedníctvo EÚ v septembri 2007. Centrum EMCDDA malo vypracovať aj projekt, ktorý má za cieľ určiť, rozvíjať a testovať metódy na kvantifikáciu verejných výdavkov súvisiacich s drogami.

Ako uvádza výročná správa Stav drogovej problematiky v Európe (2007), celkové verejné výdavky európskych krajín súvisiace s drogami sa v roku 2005 pohybovali medzi 13 a 36 mld. EUR. Nový odhad verejných výdavkov súvisiacich s drogami v Európe je 34 mld. EUR, čo sa rovná 0,3 % súhrnnému hrubému domácomu produktu všetkých členských štátov EÚ. To znamená, že štátne výdavky na protidrogovú problematiku stoja priemerného občana EÚ 60 EUR ročne.

Za rok 2006 poskytli podrobné informácie o verejných výdavkoch súvisiacich s bojom proti drogám 4 členské krajiny EÚ: Česká republika, Írsko, Poľsko, Portugalsko. Tab. č. 4, informuje o rozdelení výdavkov súvisiacich s drogami medzi centrálnu vládu a regionálne a miestne správy poskytli 2 zo 4 krajín, čo umožnilo porovnanie úlohy, ktorú zohrávajú jednotlivé sektory vlády. Ako vidíme podstatná väčšina uvádzaných verejných výdavkov súvisiacich s drogami je vyhradená činnostiam financovaným centrálnou vládou.

**Tabuľka č.4: Verejné výdavky označené ako súvisiace s drogami<sup>8</sup> podľa vybraných členských štátov EÚ**

Krajina	Označené výdavky uvádzané verejným sektorom (EUR)				Spolu ako podiel celkových ver. výdavkov <sup>9</sup> (%)
	Centrálné	Regionálne	Miestne	Spolu	
<b>Česká republika</b>	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
<b>Írsko</b>	214 687 000	-	-	214 687 000	0,39
<b>Poľsko</b>	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
<b>Portugalsko</b>	75 195 175	-	-	75 195 175	0,11

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitax a Aurostat [14.6.2009].

<sup>7</sup> Pre znenie správy a jej výsledky viď napr. GRIFFITHS, P. a kol. 1997.

<sup>8</sup> Verejné výdavky, ktoré sú v oficiálnych účtovných dokladoch výslovne označené ako súvisiace s drogami.

<sup>9</sup> Celkové všeobecné vládne výdavky za rok.

Hoci sa v Európe poskytovanie protidrogovej liečby rozrastá, medzi krajinami pretrvávajú veľké rozdiely predovšetkým v dostupnosti starostlivosti a miere, do akej sa služby zaoberajú rôznymi druhmi problémov s drogami. Široké sociálne dopady ich užívania sa odrážajú v živote jednotlivcov, v strate zamestnania či rodiny. Ak takýmto jednotlivcom nepomôže rodina, na rade je štát. Zvyšujú sa tak jeho výdavky na zdravotnú starostlivosť pre týchto jednotlivcov za predpokladu, že sa tejto zdravotnej starostlivosti podrobia a budú sa liečiť. V opačnom prípade sa sociálne, ale aj ekonomické dopady spôsobené užívaním drog budú naďalej prehľbovať.

## **Záver**

Užívanie drog je celosvetovým problémom. Ich výroba, predaj, distribúcia a užívanie majú zreteľný psychický a fyzický dopad a ich samotná existencia sa odráža aj v politickej, právnej a ekonomickej oblasti. Analýza psychických a fyzických dôsledkov ich užívania sa prejavuje skôr v individuálnej rovine. Článok je zameraný najmä na politické, právne a ekonomické dôsledky. Politické dopady existencie drog (od ich výroby až po užívanie) sú zjavné v existencii združení, orgánov, organizácií a inštitúcií, ktoré svoj vznik odvodzujú od existencie drog a následne sa svojou činnosťou snažia o akúsi nápravu stavu, ktorý bol vplyvom existencie drog zmenený, prevažne v negatívnom zmysle. Právne dopady ich existencie sú zreteľné v legislatívnej a normatívnej rovine, ktoré sú v jednotlivých krajinách rôzne a postih za užívanie drog sa líši od legislatívy v danej krajine prijatej. Ekonomický dôsledok je viditeľný okrem iného aj vo verejnom sektore v štatistickom ukazovateli vynaložené verejné výdavky na činnosti súvisiace s drogami.

Tento problém je vážny a téma natoľko široká, že je nevyhnutné postihnúť všetky sféry spoločenského života a navodiť vzájomnú participáciu. Iba participáciou všetkých sfér národného hospodárstva v rámci danej krajiny a zároveň participáciou a kooperáciou všetkých krajín je možné dosiahnuť výsledok zníženia negatívnych dopadov drog na život v spoločnosti.

## **Literatúra:**

1. EURÓPSKA KOMISIA. (2007): Friendship, fun and risk behaviours innightlife recreational contexts in Europe, Generálne riaditeľstvo pre zdravie a ochranu spotrebiteľa.
2. EURÓPSKE MONITOROVACIE CENTRUM PRE DROGY A DROGOVÚ ZÁVISLOSŤ. (2007): Stav drogovej problematiky v Európe. Výročná správa 2007. Lisabon: EMCDDA.
3. EURÓPSKE MONITOROVACIE CENTRUM PRE DROGY A DROGOVÚ ZÁVISLOSŤ. (2008): Stav drogovej problematiky v Európe. Výročná správa 2008. Lisabon: EMCDDA.

4. GRIFFITHS, P. a kol. (1997): Nové trendy pri syntetických drogách v Európskej únii: Epidemiológia a spôsoby redukcie dopytu. Lisabon: EMCDDA.
5. GRIFFITHS, P. a kol. (2008): Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe. In: *Drug and Alcohol Review*.
6. HAJNÝ, M. (2001): O rodičích, dětech a drogách. Praha: Grada Publishing.
7. KALINA, K. (2003): Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup. Praha: ÚV ČR.
8. KLIMENT, M. (2007): Rizikové správanie rodičov počas tehotenstva a po narodení dieťaťa. *Via Practica*, 2007, č. 7-8, s. 360 – 362. Dostupné na [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2501](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2501).
9. KRAJSKÁ PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ PORADŇA BANSKÁ BYSTRICA, (1998): Nelegálne drogy – základné informácie. Dostupné na <http://kpppbbs.svsbb.sk/material/metmat/pdf/drogy.pdf>.
10. NOVOMESKÝ, F. (1995): Drogy. História – medicína – právo. Martin: Advent Orion, spol. s r. o.
11. UNODC. (2008): 2008 World drugreport. Viedeň: Úrad OSN pre drogy a kriminalitu.
12. Twinning drogy, <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=336>, [10.6.2009].
13. Riziká zneužívania návykových látok, [www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/rizika.htm](http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/rizika.htm), [10.6.2009].
14. Nelegálne drogy, základné informácie, <http://kpppbbs.svsbb.sk/material/metmat/doc/drogy.doc>, [10.6.2009].
15. Právne aspekty užívania drog, [www.odrogach.cz/upl/texty/100103s\\_PravniAspekty.doc](http://www.odrogach.cz/upl/texty/100103s_PravniAspekty.doc) [10.6.2009].
16. Drugs in focus, [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_33491\\_EN\\_Dif05en.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33491_EN_Dif05en.pdf) [10.6.2009].
17. Projekt drogy, <http://www.szs.edu.sk/projects/bdvs2001/cacova/postrach.htm> [13.6.2009].
18. Národné kontaktné miesta siete Reitax a Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/> [14.6.2009].
19. Barbiturátovo-alkoholový typ závislosti, <http://www.prevenicia.deti.szm.sk/batz.htm#zac>, [13.7.2009].

---

## **The Political and Economical Impacts of Usage of Drugs in Conditions of European Union**

### **Abstract**

The paper is oriented to analyses of problematic of drugs and their social-legal-economic impacts in specification of European Union, with the statistics determination of their extension and their usage in these impacts. Analyses are oriented from the theoretic generic conceptualization of the drugs, of the usage of drugs problematic and the drug dependency, over the further determination of this problematic with concrete orientation to particular types and kinds of drugs, to the analyses of political (i.e. like monitoring, creation of organizations,...), legal (like legislative documents) and economic (i.e. in the sight of the public costs to this problem) impact joined with the usage of the drugs.

---

**Key words:** drug, drug dependency, types of drugs, public costs, the usage of drugs