

# Drogy a drogové závislosti **1**

## mezioborový přístup

Kamil Kalina a kolektiv

### **Vedoucí národního týmu projektu/**

Mgr. Josef Radimecký  
ředitel sekretariátu Rady vlády pro koordinaci  
protidrogové politiky

### **Národní tým projektu/**

MUDr. Petra Exnerová  
Mgr. Dana Syslová  
Mgr. Aleš Kuda  
Mgr. Jiří Richter

### **Expertní skupina projektu/**

MUDr. Pavel Bém  
Mgr. Dušan Dvořák  
MUDr. Petra Exnerová  
PhDr. Magdalena Frouzová  
MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.  
Mgr. Aleš Kuda  
MUDr. Stanislav Kudrle  
PhDr. Michal Miovský, Ph.D.  
MUDr. Karel Nešpor, CSc.  
MUDr. Petr Popov  
Mgr. Josef Radimecký  
Mgr. Jindřich Vobořil

### **Konsultant/**

Drs. Wim Buisman

### **Koordinátor a vedoucí autorského kolektivu publikace/**

MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

### **Autorský kolektiv publikace/**

MUDr. David Adameček  
PhDr. Ivana Bartošíková  
MUDr. David Bayer  
MUDr. Pavel Bém

## Projekt DDRSTP II – CR

PhDr. Jiří Broža  
PhDr. Dana Dobiášová  
MUDr. Jiří Dvořáček  
Mgr. Dušan Dvořák  
PharmDr. Magdaléna Fišerová CSc.  
Mgr. Petr Flaks  
PhDr. Magdalena Frouzová  
PhDr. Martin Hajný, Ph.D.  
MUDr. Karel Hampl, CSc.  
PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.  
MUDr. Jiřina Hobstová, CSc.  
Mgr. Petr Hrdina  
Mgr. Marek Jargus  
MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.  
Mgr. Blanka Korčíšová  
PhDr. Taťána Kostroňová  
MUDr. Eva Králíková, CSc.  
Mgr. Aleš Kuda  
MUDr. Stanislav Kudrle  
PhDr. Jiří Libra  
MUDr. Jakub Minařík  
PhDr. Michal Miovský, Ph.D.  
Mgr. Pavlína Müllerová  
PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D.  
MUDr. Karel Nešpor, CSc.  
Mgr. Dagmar Nováková  
MUDr. Petr Popov  
PhDr. Ilona Preslová  
Mgr. Josef Radimecký  
PaedDr. Václav Schmidt  
PhDr. Lenka Skácelová  
Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc.  
PhDr. Ivan Skalík, Ph.D.  
JUDr. Alexander Sotolář  
PaedDr. Martina Richterová–Těminová  
Mgr. Barbora Trapková  
Mgr. Jindřich Vobořil  
MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

### Editoři/

MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.  
Mgr. Josef Radimecký

### Ediční spolupráce/

MUDr. Pavel Bém (část 1 a 9)  
PhDr. Dana Dobiášová (část 5)  
MUDr. Jiří Dvořáček (část 5)  
PhDr. Magdalena Frouzová (část 9)  
MUDr. Stanislav Kudrle (část 2)  
PhDr. Michal Miovský, Ph.D. (část 6)  
MUDr. Karel Nešpor, CSc. (část 4)  
MUDr. Petr Popov (část 3)  
PaedDr. Martina Richterová–Těminová (část 7)  
PhDr. Lenka Skácelová (část 10)  
Mgr. Dagmar Nováková (část 10)

### Dále spolupracovali/

Mgr. Pavla Dolanská  
PaedDr. Michael Chytrý  
Mgr. Ondřej Počarovský  
Marta Procházková

### Recenzenti/

PhDr. Ladislav Csémy (část 1 a 10)  
MUDr. Pavla Hellerová, Mgr. Jiří Heller  
(část 2, 4, 5, 6, 7)  
MUDr. Jiří Presl (část 3, 8, 9)

<b>ZKRATKY</b>	<b>8</b>
<b>PŘEDMLUVA EDITORŮ: Josef Radimecký, Kamil Kalina</b>	<b>10</b>
<b>1. NÁVYKOVÉ LÁTKY: PROBLEMY A PŘÍSTUPY</b>	<b>14</b>
1/1 Kamil Kalina: Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy	15
1/2 Josef Radimecký: Přehled drogové problematiky v České republice v r. 2001	25
1/3 Pavel Bém, Kamil Kalina, Josef Radimecký: Vývoj drogové scény a protidrogové politiky v České republice	33
1/4 Tomáš Zábranský: Drogová epidemiologie	41
1/5 Alexander Sotolář: Úmluvy OSN a zahraniční legislativa o omamných a psychotropních látkách	54
1/6 Alexander Sotolář: Legislativa České republiky o omamných a psychotropních látkách se zvláštním zřetelem na trestněprávní aspekty	59
1/7 Tomáš Zábranský: Ekonomické aspekty užívání drog; ekonomická analýza jako podklad pro rozhodnutí o neúčinnější dostupné intervenci	68
1/8 Kamil Kalina: Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelů drog	78
1/9 Stanislav Kudrle: Historie užívání a zneužívání psychotropních látek	83
<b>2. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL</b>	<b>90</b>
2/1 Stanislav Kudrle: Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti	91
2/2 Magdaléna Fišerová: Neurobiologie závislosti	96
2/3 Stanislav Kudrle: Psychopatologie závislosti a codependence	107
2/4 Magdaléna Fišerová: Odvykací syndrom a craving – neurobiologické aspekty	114
2/5 Karel Nešpor: Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální aspekty	119
2/6 Magdalena Frouzová: Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti	124
2/7 Stanislav Kudrle: Trauma a závislost	130
2/8 Martin Hajný: Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti	135
2/9 Martin Hajný: Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti	140
2/10 Stanislav Kudrle: Bio-psycho-socio-spirituální model jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci	145
<b>3. ROZDĚLENÍ A ÚČINKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK</b>	<b>150</b>
3/1 Petr Popov: Alkohol	151
3/2 Jakub Minařík: Opioidy a opiáty	159
3/3 Jakub Minařík: Stimulancia	164
3/4 Michal Miovský: Halucinogenní drogy	169
3/5 Michal Miovský: Konopné drogy	174
3/6 David Bayer: Analgetika, sedativa a trankvilizéry	180
3/7 Karel Hampl: Léky vyvolávající závislost	187
3/8 Karel Hampl: Těživé látky	193
3/9 Jakub Minařík, Tomáš Páleníček: MDMA a jiné drogy „technoscény“	200
3/10 Eva Králíková: Tabák a závislost na tabáku	205

<b>4. ZÁKLADY DIAGNOSTIKY A ZHODNOCENÍ KLIENTA, PSYCHOLOGICKÉ A SOMATICKÉ KOMPLIKACE</b>	<b>212</b>
4/1 Karel Nešpor: Úvod do problému diagnostiky a „matchingu“	213
4/2 Karel Nešpor: Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami	217
4/3 Jakub Minařík, Jiřina Hobstová: Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení	223
4/4 Jiřina Hobstová, Jakub Minařík: Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS	229
4/5 Karel Nešpor: Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“	233
4/6 Taťána Kostroňová: Psychologická diagnostika	238
4/7 Karel Nešpor: Toxikologické vyšetření – laboratorní a screeningové testy	243
4/8 Karel Nešpor: Diagnostický rozhovor a posilování motivace	249
4/9 Kamil Kalina: Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí	254
<b>5. VČASNÉ A KRIZOVÉ INTERVENCE, PORADENSTVÍ, ZVLÁDÁNÍ SOMATICKÝCH KOMPLIKACÍ</b>	<b>262</b>
5/1 Petr Hrdina: Harm reduction – snižování poškození drogami	263
5/2 Jiří Broža: Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci)	269
5/3 Jiří Libra: Krizová intervence	276
5/4 Dana Dobiášová, Jiří Broža: Motivační trénink	283
5/5 Jiří Dvořáček: Předlékařská a lékařská první pomoc při akutní intoxikaci – obecné otázky	290
5/6 Jiří Dvořáček: Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek	297
5/7 Jiří Dvořáček: Detoxifikace	304
LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU	310
KLÍČOVÁ SLOVA S ODKAZY NA KAPITOLY	314

# ZKRATKY

**AIDS** / syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immuno-Deficiency Syndrome)

**AT** / alkohol a (jiné) toxikomanie

**CNS** / centrální nervový systém

**DSM-IV** / 4. revize diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (Diagnostic and Statistical Manual, 4th revision, American Psychiatric Association, 1994)

**EMCDDA** / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti v Lisabonu

**ICD-10** / 10. revize diagnostického a statistického manuálu WHO (International Classification of Diseases – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 10th revision, WHO, 1992)

**HIV** / virus přenášející AIDS (Human Immunodeficiency Virus)

**MKN-10** / 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí – česká verze ICD 10 (část týkající se psychických poruch vydalo Psychiatrické centrum Praha, 1992)

**MPK** / Meziresortní protidrogová komise Úřadu vlády ČR, nyní Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

**MPSV** / Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

**MŠMT** / Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR

**MZ** / Ministerstvo zdravotnictví ČR

**NIDA** / National Institute of Drug Abuse (USA)

**TK** / terapeutická komunita

**UNDCP** / United Nation Drug Control Programme, složka OSN se sídlem ve Vídni

**WHO** / Světová zdravotnická organizace

# PŘEDMLUVA EDITORŮ

**Mgr. Josef Radimecký**

vedoucí národního týmu projektu DDRSTP II-CR  
ředitel sekretariátu Rady vlády pro koordinaci  
protidrogové politiky

**MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.**

koordinátor publikace  
vedoucí kolektivu autorů

Tato rozsáhlá mezioborová studijní monografie je druhá ze dvou publikací, které vděčí za svůj vznik mezinárodnímu programu Rady Evropy „Vzdělávání pracovníků v oblasti snižování poptávky po drogách č. 2“ (Drug Demand Reduction Staff Training Programme – DDRSTP II). Národní tým a skupina spolupracujících odborníků zvolily jako ústřední téma českého projektu (DDRSTP II–CR) vytvoření základních materiálů pro mezioborové vzdělávání.

Zdálo se nám nezbytné zahrnout do těchto materiálů slovníkovou publikaci, která by se pokusila sjednotit terminologii v různorodé odborné komunitě a nabídla odpovídající rozsah pojmových výkladů pracovníkům odlišných profesí a s odlišným vzděláním, kteří u nás v oblasti snižování poptávky po drogách působí nebo se jí nepřímo zabývají. S tímto záměrem vznikla první publikace projektu DDRSTP II–CR – *Glosář*<sup>1</sup>, kterou jsme vydali v posledních dnech roku 2001 a která se od té doby stala takřka nepostradatelnou příručkou, jak o tom svědčí i množství odkazů a citací v této další publikaci, kterou nyní čtenářům předkládáme.

Podobně jako v případě *Glosáře*, byl vznik této publikace doprovázen řadou úvah. Bylo zjevné, že pro mezioborové odborné vzdělávání zde chybí nejen výkladový slovník pojmů, ale i publikace učebnicového typu, která by shrnula soudobé poznatky z oblasti drog a drogových závislostí v širokém odborném záběru pro širokou cílovou skupinu. Toto prázdné místo nezaplňily ani kvalitní publikace, které se v posledních letech objevily<sup>2</sup>. Řada zemí střední a východní Evropy si vypořádává překlady renomovaných zahraničních publikací tohoto typu, rada projektu DDRSTP II–CR však dala přednost národnímu autorskému potenciálu. Stejně jako u *Glosáře* jsme předpokládali, že pro českou odbornou komunitu bude přijatelnější dílo vycházející z jejího středu než překlad zahraniční publikace, a že se najde profesionální tým, který bude schopen toto dílo vytvořit. Při koncepčních přípravách na podzim r. 2000 jsme dali tomuto dílu pracovní název *Textbook* – během více než dvou let práce se toto neoficiální pojmenování stalo známým v odborné veřejnosti a přidržíme se ho i my v této předmluvě.

Základním posláním *Textbooku* bylo sloužit jako studijní pomůcka pro začínající odborníky, například pro posluchače kursů na bakalářské úrovni. Brzy jsme si však ujasnili, že naše záměry jdou a musí jít výš a dál,

jak to odpovídá současným potřebám vzdělávání. *Textbook* by měl být nejen sdělný a srozumitelný pro ty, kteří se s rozsáhlou a rozmanitou problematikou drog a drogových závislostí seznamují, ale měl by přinášet užitečnou inovaci poznatků zkušeným odborníkům a pomáhat profesionálům s různým vzděláním překlenovat hranice mezi jednotlivými odbornostmi a přístupy v oblasti snižování poptávky po drogách (primární, sekundární a terciární prevence) i za jejími hranicemi, v oblasti protidrogové politiky obecně. Mezioborové znalosti, komunikace a porozumění je vždy nakonec ve prospěch klienta či pacienta, a tento prospěch je také naším konečným cílem.

*Textbook* obsahuje 93 kapitol, rozdělených do deseti částí, a podílelo se na něm 43 autorů. Jak jsme již uvedli, byla jeho koncepce – včetně základního rozvrhu částí, kapitol, stanovení odpovědností, návrhu sestavy autorského týmu a zadání pro autory – vytvořena na podzim roku 2000. Výsledná podoba se od původních představ příliš neodlišuje, aspoň co se týče struktury a obsahu. Sestava autorského týmu se však během dvou let změnila z jedné třetiny a některé významné osobnosti v něm bohužel zastoupeny nejsou. Přesto se podařilo dostat původnímu záměru, aby autorský tým byl dostatečně reprezentativní (i ve smyslu regionálního zastoupení), erudovaný, multidisciplinární a také multigenerační.

V tomto smyslu může být *Textbook* aspoň do jisté míry zrcadlem stavu naší odborné komunity. Kromě jiného ukazuje, že střední generace, která část své odborné dráhy prožila (nebo ji aspoň začínala) v podmínkách mezinárodní izolace, nedostatku odborné literatury a minimálních publikačních možností, představuje i dnes mimořádný zdroj praktických zkušeností a tvořivých myšlenek. Na druhé straně lze zaznamenat dynamický nástup mladé generace, která plně využívá soudobých možností a jejíž příslušníci se v relativně nízkém věku stávají kompetentními profesionály. Uvedení mladých autorů na publikační scénu je nepochybně jedním z přínosů *Textbooku*. Mezigenerační soutěž přináší nové podněty; zároveň je jasné i bez rozpletení odborných anamnéz, vlivů a následovnictví, že zde v tom nejlepším existuje i mezigenerační kontinuita.

*Textbook* je více než pouze sborník statí. Při tak velkém rozsahu díla a počtu autorů je však pochopitelně pro-

<sup>1</sup> K. Kalina a kol.: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001.

<sup>2</sup> Například F. Rotgers a kol.: *Léčba drogových závislostí*, Grada Publishing, Praha, 1999; K. Nešpor: *Návykové chování a závislost*. Portál, Praha 2000; K. Kalina: *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí*, Inverze/SANANIM, Praha, 2000 (tyto tři publikace patří vedle *Glosáře* k nejcitovanějším pracím v této publikaci).

blémem vnitřní jednoty, soudržnosti a nepřekrývání obsahu jednotlivých kapitol. Některá témata se vícekrát opakují, obvykle však z různých pohledů a v rámci autor-ské logiky příslušné kapitoly. Nahrává tomu i průniková koncepce jednotlivých částí, například témata části 6, která pojednává o metodách léčby a rehabilitace, se nutně objevují v jiném kontextu v části 8, která představuje jednotlivé typy zařízení a programů. V průřezu různých kapitol se také leckdy setkáváme s jakýmsi „panelem“ názorů k určitým tématům a problémům, jako je např. motivace k léčbě, úloha ex-userů v pracovních týmech, význam peer programů či otázky kodependence. I když tyto průniky a vnitřní diskuse často nespĺňují požadavek „učebnicové jednoznačnosti“, nebylo naším zá-měrem tento zajímavý rozměr publikace eliminovat.

V celé publikaci jsme usilovali o jednotnou terminologii (pokud možno podle Glosáře) a rovněž o jednotnou a srozumitelnou formu literárních odkazů.

Pracovní verze jednotlivých kapitol a částí Textbooku procházely několika koly vnitřních recenzí. Posuzovali je autoři jiných kapitol a především členové autorského týmu určené jako „garanti“ jednotlivých částí (uvedeno jako ediční spolupráce). Publikace jako celek byla předložena vedoucímu a členům národního týmu a odborné skupiny projektu DDRSTP II-CR, kteří měli jak vůči Glosáři, tak vůči Textbooku postavení ediční rady. Závěrečného posuzování se zhostili čtyři vnější recenzenti; i když se vyjadřovali jen k některým částem publikace, měli příležitost seznámit se s celkem. Osou celého procesu pak byla průběžná práce vedoucího autorského týmu s autory, posuzovateli i dalšími odbornými osobami včetně zahraničního konsultanta. Přes tento zevrubně pojetý zpětnovazební proces se v publikaci jistě najde řada nedostatků a na samém konci zůstává, jako vždy, pocit, že by se všechno ještě mělo přepracovat. Ale jednou je nutné dílo uzavřít a poděkovat všem, kteří se na něm v jakékoliv roli podíleli, i těm, kteří je v pracovních i osobních vztazích přitom podporovali.

Děkujeme jim a přejeme čtenářům, aby se jim Textbook stal přínosným a podnětným průvodcem na jejich odborné dráze.

## Summary

### Drugs and Drug Addiction – The Interdisciplinary Approach Foreword of Editors (English Summary)

This extended interdisciplinary textbook is a second one of two publications that originated in the Czech Republic under the „Drug Demand Reduction Staff Training Programme II (DDRSTP II) of the Group Pompidou-Council of Europe. The central objective set up in the Czech project (DDRSTP II-CR) was to prepare a national curriculum for interdisciplinary training.

There was also decided to put on the first place an elementary publication of a Glossary or Lexicon type, which would unify the terminology used in the wide professional community, linked to drug demand reduction. With this aim, the first publication of the project DDRSTP II-CR, Interdisciplinary Glossary of Terms from the Field of Drugs and Drug Addictions, had been elaborated, and published at the very fall of the year of 2001. In a short time, the Glossary became a useful aid in everyday professional work, which may be proved by many quotation in this textbook following it after a year.

Similarly to the case of the Glossary, the national team and the core expert group rejected the simplest solution – to translate a foreign or international publication of this type. Regarding the multi-disciplinary definition of the target group of the textbook and its acceptability for the Czech professionals, the way opted for was to write an original Czech publication. The DDRSTP II-CR project leaders were convinced that the professional community in the CR would be able to generate a broad and competent team of authors to meet this ambitious task.

The textbook, published after more than two years of intensive work, includes 93 chapters, divided into 10 parts and written by 43 authors. The structure and content, designed and approved by the national team and the core expert group of the project DDRSTP II-CR late in 2000, has been kept almost completely. The proposed authors have been partly changed but the final author team is sufficiently representative (also in the sense of regional representation), competent, multi-disciplinary and multi-generational, which was the original intention.

Working versions of individual chapters and parts, as well as the publication as a whole, were reviewed in several rounds: by another authors, by the members of the author team appointed for reviewing individual parts, by the head and members of the DDRSTP II-CR project team, and finally by four external experts. Continual work of the head of the author team with authors, reviewers and with other persons in charge of various aspects of the publication was an axis of the whole process.

Many thanks to all that participated in the work on this publication which we hope to become a reliable and useful guide for students and other readers in their professional careers.

Editors:

**Mgr. Josef Radimecký**

DDRSTP II-CR National Team Leader

Executive Director, National Drug Commission

**MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.**

Publication Co-ordinator

Head of the Author Team



# NÁVYKOVÉ LÁTKY PROBLÉMY A PŘÍSTUPY

1/1 Kamil Kalina: Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy

1/2 Josef Radimecký: Přehled drogové problematiky v České republice v r. 2001

1/3 Pavel Bém, Kamil Kalina, Josef Radimecký: Vývoj drogové scény a protidrogové politiky v České republice

1/4 Tomáš Zábranský: Drogová epidemiologie

1/5 Alexander Sotolář: Úmluvy OSN a zahraniční legislativa o omamných a psychotropních látkách

1/6 Alexander Sotolář: Legislativa České republiky o omamných a psychotropních látkách se zvláštním zřetelem na trestněprávní aspekty

1/7 Tomáš Zábranský: Ekonomické aspekty užívání drog; ekonomická analýza jako podklad pro rozhodnutí o nejúčinnější dostupné intervenci

1/8 Kamil Kalina: Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelů drog

1/9 Stanislav Kudrle: Historie užívání a zneužívání psychotropních látek

**Klíčová slova:** harm reduction – prevence – represe – snižování nabídky – snižování poptávky – vyvážený přístup

## 1. Drogy jako globální problém

V novodobé historii šíření a zneužívání drog<sup>1</sup>, tj. v 19. a 20. století, se rozlišují tři období.

1) Asi do r. 1960 se drogy pokládaly za *odborný problém*, kterým se zabývala poměrně úzká skupina vysoce kvalifikovaných specialistů – kriminalistů na straně potírání trestné činnosti, lékařů-psychiatrů na straně léčby závislostí.

2) V letech 1960 – 1990 se drogy stávají zejména ve vyspělých zemích *problémem společenským*, který se dotýká mnoha sociálních vrstev a skupin, a stejně tak mnoha profesí. V tomto období dochází v USA a v západní Evropě k enormnímu nárůstu užívání drog s vážnými zdravotními a sociálními důsledky, což kvalitativně změnilo koncepce a přístupy drogových politik.

3) Od r. 1990 již mezinárodní společenství (v Globálním akčním plánu VS OSN z r. 1991) charakterizuje problém drog jako *problém globální*.

Jiné problémy tohoto typu („problémy v globální vesnici“) jsou například migrace, životní prostředí, infekční nemoci, informace či přelévání kapitálu.

„Globální problém“ má tyto charakteristiky:

- ovlivňuje prakticky všechny země světa,
- každá země v něm má svou úlohu – u drog se rozlišují země producentské, transitní a spotřebitelské (od poloviny 90. let se ČR stala v tomto globálním smyslu z transitní země zemí spotřebitelskou, i když transit přes naše území pochopitelně stále probíhá a nevymizela ani místní produkce<sup>2</sup>),

- takřka nikdo nezůstává stranou – každá rodina a každý jednotlivec ve své roli osobní, pracovní či sociální přichází s problémem drog do styku minimálně jako s konkrétním rizikem,

- globální problém nelze řešit na jednom místě a jedním přístupem, vyžaduje mezioborovou, meziresortní, mezisektorovou a mezinárodní spolupráci<sup>3</sup>.

Globalizace drogového problému souvisí zejména s vytvořením světového nezákonného trhu s drogami, který (včetně prekurzorů a pomocných látek) je mezi světovými nezákonnými trhy první co do rozsahu a druhý co do finančního obrátu<sup>4</sup>.

Globalizace drogového trhu přináší epidemický charakter zdravotních a sociálních důsledků zneužívání drog. Tyto důsledky jsou ovšem co do rozsahu (celkový počet postižených, zdravotních komplikací a úmrtí) méně katastrofální než u legálních drog – alkoholu nebo tabáku. K přímým důsledkům zneužívání však navíc přistupuje riziko šíření závažných infekčních nemocí (AIDS, hepatitis B a C) a kriminalizace uživatelské populace (v souvislosti s nezákonným trhem), což jsou fenomény, které se u alkoholu a tabáku neobjevují. Sociální akceptace zneužívání nezákonných drog je tak daleko nižší než u legálních návykových látek.

Kromě negativních jevů spojených s užíváním drog, tj. drogových či k drogám vztahovaných problémů ve vlastním slova smyslu<sup>5</sup> přináší světový trh s drogami ještě další nebezpečí:

- produkce drog se stala běžnou, výhodnou a preferovanou obživou obyvatel (např. pěstování koky v Latinské Americe a opiového máku v Asii) a zábranou

<sup>1</sup> „Drogy“ v této kapitole jsou především drogy nezákonné, kontrolované úmluvami OSN jako „nepovolené omamné a psychotropní látky“ (illicit narcotic and psychotropic substances) – viz Sotolář, kapitola 1/6, Mezinárodní legislativa, úmluvy OSN. „Povoleným drogám“ – tj. alkoholu, tabáku a těkavým látkám, je v této publikaci rovněž věnována pozornost a většina soudobých přístupů řadících se do „snižování poptávky po drogách“ (viz dále) bere v úvahu povolené i nepovolené drogy.

<sup>2</sup> Domácí produkce si podržuje význam u pervitinu a marihuany – viz příslušné kapitoly části 3 (3/3 a 3/5).

<sup>3</sup> Pojmy z terminologie OSN a WHO. „Sektorem“ se míní zejména sektor veřejný (státní + obecní), sektor soukromý-podnikatelský a sektor nestátních neziskových organizací.

<sup>4</sup> K nejvýznamnějším artiklům nezákonných trhů současnosti patří: (1) zbraně, zbrojí a obranné systémy, strategické zbrojní technologie a komponenty, (2) drogy a prekurzory, (3) strategické finanční, obchodní a technologické informace, (4) živí lidé, např. děti na adopci, ženy na prostituci, nositelé strategických vědomostí, (5) mrtvá lidská těla nebo jejich části s použitím pro transplantace, kosmetiku a pod., (6) exotická zvířata nebo jejich části.

<sup>5</sup> Jako „drogové problémy“ nebo „problémy vztahované k drogám“ (drug problems, drug-related problems) se v mezinárodní terminologii označuje primární i sekundární poškození a negativní jevy (individuální i sociální) spojené s užíváním legálních i nelegálních drog. Například jde o vznik závislosti, úmrtnost a poškození zdraví, přenos infekčního onemocnění prostřednictvím sdílení injekčního náčiní, autonehody, zranění všeho druhu, kriminální chování, prostituce, rozpad rodiny a další.

zdravého ekonomického, politického a sociálního rozvoje v těchto oblastech,

– zisky z nezákonného trhu s drogami pronikají do legální ekonomiky („praní špinavých peněz“) a umožňují získat hospodářský a nakonec i politický vliv („mafianizace kapitálu“, „mafianizace politiky“),

– různé separatistické nebo teroristické organizace využívají nezákonného obchodu s drogami pro financování svých vojenskopolitických činností<sup>6</sup>.

## 2. Strana nabídky a strana poptávky

Nezákonný trh s drogami má, jako každý trh, svou stranu nabídky a stranu poptávky. Podle toho se rozlišují hlavní strategické přístupy drogové politiky, označované jako „snižování nabídky drog“ a „snižování poptávky po drogách“ (viz Obr. 1).

Je ale zjevné, že strana nabídky a strana poptávky jsou, jako na každém trhu, vázány jedna na druhou. Strana nabídky odpovídá na potřeby uživatelů, v nemalé míře však tyto potřeby sama stimuluje. Strana poptávky využívá nabídky trhu k uspokojení svých potřeb, zároveň však (z kulturních a sociálních důvodů) své potřeby zvyšuje a rozšiřuje, čímž napomáhá dodavatelům k větším ziskům. Je tedy chybnou strategií hledat v globálním a multikauzálním drogovém fenoménu jedinou příčinu na též či oné straně a snažit se jí eliminovat.

### *Snižování nabídky (supply reduction)*

Tento pojem je užíván pro širokou škálu aktivit vytvořených pro zastavení či omezení výroby a distribuce kontrolovaných drog<sup>7</sup>. Nelegální výroba drog je postihována přímo. Činnost utajovaných nelegálních laboratorů je rovněž omezována prostřednictvím kontroly prekurzorů a pomocných látek, zatímco distribuci snižují zásahy policie a celních úřadů, v některých zemích i vojenské operace. Snižování poptávky je často synonymem pro činnost policie a celních úřadů, produkce drog může být ovšem omezena také omezením poptávky nebo prostřednictvím plánů alternativního rozvoje producentů oblastí, známých z rozvojových zemí Jižní Ameriky a Asie.

Ačkoliv *represe* je často pokládána za ústřední pojem, můžeme základní opatření ke snižování nabídky přehledně rozdělit takto:

1) *administrativní kontrola* – zabráňuje úniku legálních drog používaných v medicíně jako léčiva či ve výzkumu, prekurzorů a pomocných látek na nezákonný trh,

2) *zákonná represe* (law enforcement) – snaží se eliminovat trestnou činnost v produkci, transitu a obchodu,

3) *eradikace zemědělské produkce* – znamená nejen přímé vymýcení pěstitelských kultur opiového máku, koky a cannabisu, ale kompletní rekonstrukci venkovských producentů oblastí: zavádění alternativních plodin a alternativních zdrojů obživy, budování zavlažovacích systémů, škol, služeb i nových sídel. Jde obvykle o mezinárodní projekty v agendě orgánů OSN (UNDCP, WHO).

Aktéry snižování nabídky jsou v našich podmínkách především orgány státní správy: jednak kontrolní a správní úřady (v ČR např. Inspektorát omamných a psychotropních látek na MZ, aplikující administrativně-kontrolní část úmluv OSN<sup>8</sup>), jednak policie, celní služba, justice a vězeňství. Cílovými skupinami jsou osoby, které neoprávněně, tj. mimo zákonný rámec daný u nás zákonem o návykových látkách (zákon č.167/1998 Sb.), s kontrolovanými látkami zacházejí a dopouštějí se tak trestných činů. Zde je nezbytné rozlišovat členy nezákonných organizovaných skupin (často s mezinárodním charakterem) a uživatele dostávající se do konfliktu se zákonem<sup>9</sup>. Drobní dealery<sup>10</sup> na nejnižších etážích nezákonného obchodu jsou často na pomezí obou skupin.

### *Snižování poptávky (demand reduction)*

Mezinárodní i národní dokumenty drogové (protidrogové) politiky užívají tento termín v souvislosti s cílem snížit vyhledávání a konzumaci drog na straně zákazníka nezákonného trhu – především zákazníka potenciálního, ale též již existujícího konzumenta. Strategie snižování poptávky působí jinak (zásadně nerepresiv-

<sup>6</sup> Jedinou výjimkou zřejmě byla IRA, což způsobilo její akceptování v USA.

<sup>7</sup> Kontrolované látky (controlled substances): termín zahrnující psychoaktivní substance a jejich prekurzory, jejichž dostupnost je zakázána podle mezinárodních úmluv kontroly drog nebo limitována pro použití lékařských a farmaceutických postupů. Na obou těchto úrovních, státní i mezinárodní, jsou kontrolované látky a prekurzory obvykle klasifikovány podle vlivu/účinku do tabulek, reflektují rozdílné stupně omezení a dostupnosti. Viz též Sotolář, kapitola 1/6, Mezinárodní legislativa, úmluvy OSN.

<sup>8</sup> Viz též Sotolář: kapitola 1/6, Mezinárodní legislativa, úmluvy OSN; kapitola 1/7, Legislativa ČR.

<sup>9</sup> Viz Sotolář, kapitola 1/7, Legislativa ČR.

<sup>10</sup> Dealer, dealing: Prodejce (prodávání) drog, nejčastěji označuje konečné články nezákonného obchodu s drogami. Dealer na drogové scéně může být profesionál nebo poloprofesionál, který provádí distribuci drog jako výdělečnou činnost, většinou se ale mezi dealerem-profesionálem a spotřebitelem nachází ještě několik dealerů z řad uživatelů drog, kteří si tímto způsobem opatřují drogy pro vlastní potřebu. Podíl pro vlastní potřebu jim zůstává poté, co množství drogy „naředí“ různými přísadami, od zcela neškodných (a obvykle neúčinných) jako je např. glukosa až po vysoce nebezpečné (jed na krysy). Mnoho uživatelů drog neidentifikuje své blízké známé, kteří jim drogy přímo prodávají, jako dealery. Ve stálé skupině uživatelů, jimž drogy opatřuje, zaujímá dealer často vysokou pozici a může pak být klíčovou osobou pro skupinové normy a rizikost užívání celé skupiny, což lze za určitých okolností pozitivně využít v programech Harm Reduction.

ním směrem) než strategie snižování nabídky drog, ale oba přístupy se mohou účinně doplňovat.

Strategie a programy snižování poptávky především usilují o snížení zájmu o užívání drog. Poptávka může být snižována prostřednictvím preventivních a edukačních programů, které mají odvracet uživatele nebo potenciální uživatele od experimentování s ilegálními drogami a/nebo od jejich následného užívání. Do okruhu snižování poptávky patří též poradenské a léčebné programy směřované k dosažení a udržení abstinence, snižování frekvence užívání nebo dávek drogy, dále programy nabízející vzdělávání nebo léčbu jako alternativu potrestání, a v neposlední řadě sociální opatření ke zmírnění faktorů přispívajících k užívání drog jako je nezaměstnanost, bezdomovectví a záškoláctví.

Zastřešujícím pojmem pro opatření snižující poptávku po drogách je *prevence*, kterou podle WHO rozděluje takto:

1) *primární prevence* – předcházení užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo aspoň odložení kontaktu s drogou do vyšších věkových kategorií,

2) *sekundární prevence* – předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ní stali závislými. Obvykle používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčbu,

3) *terciární prevence* – předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Řadíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik u neabstinujících klientů.

Aktéry snižování poptávky jsou především poradenské, výchovné, zdravotní a sociální služby, často poskytované nestátními neziskovými organizacemi. *Cílové skupiny* můžeme charakterizovat takto:

*Obecná populace*: představuje důležitou cílovou skupinu zejména v primární prevenci.

*Rizikové skupiny*: označení určité skupiny (podle věku, profese, zájmů atd.), která je negativním sociálním nebo zdravotním jevem ohrožena více než zbytek populace. V souvislosti s užíváním drog můžeme celou věkovou kategorii od 13. do 18. let považovat za rizikovou. Dále existují skupinová rizika profesní, sociální či etnická. Rizikové skupiny jsou cílovými skupinami ve specifické primární prevenci<sup>11</sup>.

*Rizikovní jednotlivci*: individuální riziko zvyšují zejména psychické problémy a poruchy, poruchy učení a chování, genetické predispozice, dysfunkční primární rodina. Rovněž děti, sourozence a partnery uživatelů lze pokládat za osoby se zvýšeným rizikem.

*Experimentátoři*: nepřesné, ale i v odborné mluvě používané označení pro osobu, která drogy takzvané „zkouší“: občasné a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí mít přítom problémy v jiných oblastech.

*Příležitostní a rekreační uživatelé*: u této cílové skupiny se užívání drog již stalo součástí životního stylu, ale není častější než jednou za týden a jeho důsledkem není (nebo dosud není) vznik závislosti a dalších problémů<sup>12</sup>. Typické je zejména u marihuany, LSD či extáze na tzv. parties.

*Pravidelní uživatelé*: pravidelnost (tj. užívání častější než 1x týdně) obvykle implikuje již nejen životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. Můžeme hovořit o „škodlivém užívání“ podle MKN-10<sup>13</sup>.

*Problémoví uživatelé*: podle EMCDDA je problémové užívání definováno jako intravenózní užívání drog (IUD) a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „problémové užívání“ se nezahrnuje užívání extáze a kognopí<sup>14</sup>.

*Závislí*: uživatelé splňující diagnostická kritéria syndromu závislosti<sup>15</sup> – často, ale ne vždy jde zároveň o „problémové uživatele“. Pojem „toxikoman“ dnes již z odborné terminologie mizí<sup>16</sup>.

<sup>11</sup> Viz část 10 této publikace.

<sup>12</sup> Pojmu „příležitostné užívání“ se dává přednost před spíše populárním pojmem „rekreační užívání“, který vyvolává dojem, že každé takové užívání je užíváním pro zábavu, a nebere v potaz např. snahu zvládat negativní emoční stavy nebo jiné motivy.

<sup>13</sup> Viz Nešpor, kapitola 4/2, Diagnostika a diagnostická kritéria.

<sup>14</sup> Viz Zábranský, kapitola 1/4, Drogová epidemiologie.

<sup>15</sup> Viz Nešpor, kapitola 4/2, Diagnostika a diagnostická kritéria.

<sup>16</sup> **Toxikomanie (addiction)** je jedním z nejstarších a obvykle užívaných termínů k popisu a vysvětlení fenoménu dlouhodobého zneužívání drog. Je definován jako opakované užívání psychoaktivní látky nebo látek v míře, kdy je uživatel (toxikoman) periodicky nebo chronicky intoxikovaný, má nutkání k užití dané psychoaktivní látky, činí mu velké problémy úmyslně zastavit nebo změnit její užívání a má tendenci získat danou psychoaktivní látku téměř každým způsobem. Již v roce 1960 WHO doporučila, aby termín „toxikomanie“ (addiction) byl opuštěn ve prospěch termínu „závislost“ (dependence), která může existovat v rozmanitých stupních. Toxikomanie (addiction) není diagnostický termín v MKN-10, ale je stále široce používaný profesionály a obecně veřejností. Termín „toxikoman“ může mít dnes i bulvárně žurnalistický či hanlivý příděch.

*Rodiny a partneři uživatelů:* dnes již nezanedbatelná cílová skupina ve většině intervencí zejména v sekundární a terciární prevenci.

U řady přístupů ke snižování poptávky není rozhodující, zda jde o nelegální nebo legální drogy.

V oblasti snižování poptávky existuje řada terminologických problémů a nepřesných rozhraní. Některé přístupy používané v primární prevenci (viz část 10) přecházejí od práce se skupinou k práci s jednotlivcem a tím vlastně by měly patřit do prevence sekundární, která se již zabývá pouze a jediné konkrétním individuem. Rovněž rozhraní mezi sekundární a terciární prevencí není vždy pojímáno zcela jednotně. Dokumenty OSN v poslední době zahrnují do sekundární prevence včasné intervence, edukaci a poradenství u osob, kteří se již v kontaktu s drogou ocitli (experimentátoři, rekreační a mírně až středně problémoví uživatelé), zatímco do terciární prevence léčení, rehabilitaci či resocializaci a doléčování závislých a těžce problémových uživatelů. V terminologii WHO, která se netýká jen problémů způsobených drogami, ale všech zdravotních poruch, je sekundární prevence komplexem psychologických a zdravotnických služeb, které vedou k včasnému zjištění, zahájení léčby a rychlé údravě, zatímco terciární prevence zahrnuje spíše služby sociálně rehabilitační a sociální, které řeší důsledky proběhlé nebo chronické zdravotní poruchy. Zde se přidružujeme pojmům WHO.

Dalším nejen terminologickým, ale i koncepčním problémem je strategie snižování škod – harm reduction (HR) v užším slova smyslu (viz dále). HR na jedné straně předchází vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog, čímž jasně splňuje charakteristiky terciární prevence dle WHO a tudíž patří k opatřením snižujícím poptávku – na druhé straně explicitním cílem HR není snižovat poptávku, ale snižovat rizika. Úspěch snižování poptávky je obvykle měřen snižováním prevalence užívání, což je indikátor, který v případě HR nelze použít. HR lze tedy pokládat za třetí strategii, „třetí pilíř“ drogové politiky – duální model „snižování nabídky – snižování poptávky“ se tedy mění na model triadický (viz Obr. 2).

### **Vyvážený přístup**

Světovou strategii boje proti drogám určují především úmluvy OSN (Úmluva o omamných látkách, Úmluva o psychotropních látkách, Jednotná úmluva o omamných a psychotropních látkách) a jejich dodatkové protokoly<sup>17</sup>. Tato strategie se vyvíjela jako značně nevyvážená ve smyslu pozornosti straně nabídky a straně poptávky. Úmluvy OSN sice od samého počátku obsahují ustanovení, která zavazují signatářské státy zabývat se prevencí užívání drog a léčením a sociální reha-

bitací uživatelů, hlavní těžiště Úmluv OSN je však v potlačování nezákonného trhu s drogami. Pro překonání této nerovnováhy stanovil Globální akční plán VS OSN z r. 1991 jako ústřední pojem a cíl „vyvážený přístup“ (balanced approach), který má znamenat vyváženost mezi represí a prevencí a podporuje opatření jak na straně nabídky drog, tak na straně poptávky po nich.

Vyvážený přístup ovšem neznamená rozdělení finančních prostředků v poměru 1:1, protože represe a další opatření na straně nabídky jsou vždy nákladnější<sup>18</sup>. Příkladem může být program OSN na vymýcení pěstování koky a opia z konce 90. let, v němž se předpokládají výdaje na represí a prevenci v poměru 10:1 (OSN,1998). I když Globální akční plán VS OSN není mezinárodně-právním dokumentem v pravém slova smyslu (má nižší právní sílu než Úmluvy), je morálním závazkem členských zemí OSN a vnesl do světové protidrogové politiky příznivější aspekty ve smyslu větší pozornosti prevenci a potřebám uživatelů i rizikové populace.

### **Profily drogové politiky v rámci vyváženého přístupu**

Každá země (včetně ČR) si však v rámci vyváženého přístupu hledá vlastní profil a rovnováhu mezi represí a prevencí. Podle Cohena (1997) se do těchto profilů promítají základní modely protidrogové politiky:

1) *Model „prohibice a represe“* – cíl a snaha je soustředěna na potlačení užívání všech nelegálních drog s heslem „společnost bez drog“. Jako ukazatel úspěšnosti tohoto modelu používají jeho zastánci jednak kriminepidemiologické údaje (množství zabavených nelegálních drog, počet usvědčených a odsouzených pachatelů), jednak počet osob, které ve svém životě přišly třeba jen jedenkrát do kontaktu s ilegální drogou (celoživotní prevalence). Zjišťování této proměnné je ovšem velice složitou záležitostí, protože v modelu „prohibice a represe“ je výrazná tendence kontakt s drogou skrývat. Nejen prvokonsumenti, ale i problémoví uživatelé a závislí unikají evidenci a vzniká „skrytá populace“, jejíž zdravotní a sociální problémy jsou mimo dosah pomáhající intervence<sup>19</sup>.

2) *Model minimalizace škod* – důraz není kladen na diskriminaci, postih a penalizaci uživatelů, ale na předcházení škodám a na omezení obchodu s drogami. Měřítkem úspěšnosti je snižování počtu uživatelů drog,

<sup>17</sup> Viz Sotolář, kapitola 1/6, Mezinárodní legislativa, úmluvy OSN.

<sup>18</sup> Viz výsledky studie PAD v ČR, Záborský, kapitola 1/7.

<sup>19</sup> Viz Záborský, kapitola 1/4, Drogová epidemiologie.

u kterých dochází k závažným zdravotním, psychickým či sociálně ekonomickým škodám. Snížení drogové prevalence je zde chápáno pouze jako prostředek ke snížení škod a uznává se, že zneužívání drog existuje od nepaměti a bude zde existovat i v budoucnu. Tento model z pochopitelných důvodů odlišuje „měkké“ a „tvrdé“ drogy s ohledem na míru zdravotní a sociální škodlivosti.

**3) Model ochrany veřejného zdraví** – klade si za cíl omezení zdravotně škodlivých jevů v populaci. „Public health“ model se soustřeďuje obecně na prevenci šíření uživatelského chování (primární prevence), jeho součástí je však rovněž prevence šíření nákazy HIV/AIDS a hepatitid B a C. Jde o specifickou podobu „minimalizace škod“.

**4) Model kulturní integrace** – v tomto modelu je snahou omezit užívání jak ilegálních, tak legálních drog a podřídít užívání ilegálních drog běžným regulačním mechanismům, které byly společností vytvořeny ke kontrole „přijatelného“ chování, například u konzumace alkoholu nebo tabáku. Jde do jisté míry o „normalizaci drogového fenoménu“, což znamená, že problémy, ke kterým dochází ve spojení se zneužíváním nezákonných drog, nejsou považovány za mimořádné a z principu odlišné od problémů s legálními návykovými látkami a jinými zdravotně a sociálně patologickými fenomény. K zvládnání následků, jako např. závislost, zdravotní komplikace užívání, sociální dezintegrace, postižení rodiny, bezdomovectví atd. jsou přijímána obdobná systémová opatření jako u jiných problémů.

### **Kontroverzní témata „vyváženého přístupu“**

Problémy profilace v rámci „vyváženého přístupu“ můžeme ilustrovat na několika kontroverzních tématech, o nichž se vede diskuse v jednotlivých zemích i v mezinárodním odborném tisku.

**1) Likvidace otevřené drogové scény:** místní policejní útvary mají pod tlakem veřejného mínění tendenci vyčistit veřejná prostranství od uživatelů a drobných dealerů. To se nikdy nezdaří úplně: drogová scéna se přesune jinam, nebo, v horším případě, do bytů a domů. Tím ztíží její přehlednost pro policii vyšších etází a dosažitelnost pro terénní program zdravotní a sociální pomoci. Specialisté pro boj s organizovaným zločinem, lékaři a pracovníci kontaktních center a terénních

programů, ale také majitelé domů proto nepatří, každý z vlastních důvodů, k příznivcům strategie „čistých ulic“.

**2) Postih za držení drogy pro vlastní potřebu:** toto opatření může být problematické, jak vyplynulo i z diskusí v r. 1997 – 98 na domácí půdě. Zesílená tendence k tomuto postihu může odvést uživatele od vyhledávání odborné pomoci a „skrýt“ obtížně dosažitelnou drogovou populaci ještě více než pouhé „čištění ulic“. Tím se snižuje šance na včasnou a dobrovolnou (a tudíž efektivní) léčbu a zvyšuje riziko šíření infekce HIV a hepatitid. Z lékařského hlediska jde kromě toho o zcela absurdní postih v případě závislých osob. Ani bezpečnostní důvody nejsou příliš přesvědčivé. Jde však o přístup obvyklý vůči všem černým trhům, kdy trestnímu stíhání je vystaven i konečný odběratel a uživatel nezákonného zboží, jednak jako finanční příspěvatelem organizovaného zločinu, jednak jako držitel artiklu, na nějž nemá povolení. Většina členských zemí EU (13 z 15) pokládá držení drogy pro vlastní potřebu za nezákonné, ale příslušná legislativní ustanovení jsou vždy doplněna průhlednými policejními směrnicemi, preventivním zaměřením orgánů zákonné represe a možností upustit od stíhání při motivaci k léčbě<sup>20</sup>.

**3) Přístupy „harm reduction“ (HR)** v užším slova smyslu – zaměřují se na uživatele, kteří drogy berou a nehodlají přestat. Jim vycházejí vstříc programy výměny jehel a stříkaček, distribuce kondomů, zdravotní a sociální pomoc a poradenství, a v neposlední řadě dostupnost náhradní či původní drogy pod lékařským dohledem. Tato opatření mají za cíl stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatele a zabránit často smrtelným rizikům nebo kriminalizaci. Zastánci HR dokládají, že toto „nezavírání očí“ před realitou užívání drog umožňuje zachránit mnoho životů a průběžně pracovat na motivaci k abstinenci léčbě. Pro model „společnosti bez drog“ je však přijatelná jen taková prevence, která učí „říkat drogám ne,“ a pokud jim již někdo řekl „ano,“ musí být společností donucen k okamžitému léčení orientovanému výhradně na abstinenci. Odpůrci HR proto prohlašují, že přístup snižování škod ve skutečnosti sám škody působí („harm reduction is harm production“). Argumentuje se, že HR je uznáním drog, přitakáním drogám a otevíráním dveří pro jejich legalizaci<sup>21</sup>.

Ústředním problémem při „profilaci“ drogové politiky je tedy to, zda a do jaké míry se opatření na straně nabídky (potírání nezákonného trhu) a opatření na straně

<sup>20</sup> Viz též Sotolář, kapitola 1/7, Legislativa ČR. Ze studie PAD (Zábranský a kol., 2001) lze vyčíst, že zavedení trestného činu „držení drogy pro vlastní potřebu“ do českého právního řádu nespĺnilo ani očekávání navrhovatelů, ani obavy odpůrců.

<sup>21</sup> Z hlediska lékařské etiky může být nepoužití propracovaných a prokazatelně účinných přístupů HR kladenou na rovněž neposkytnutí první pomoci nebo zanedbání povinné péče.

poptávky (primární, sekundární a terciární prevence) navzájem podporují a jsou vzájemně přínosná. Ukazuje se, že model „prohibice a represe“ sám o sobě neřeší šíření užívání drog v populaci a problémy uživatelů<sup>22</sup>. Ostatní modely jsou spíše příznivé pro definování a pro účinné řešení reálných a závažných problémů na straně poptávky, z jistého pohledu však mohou změkčovat postih nezákonného jednání a zvyšovat jeho sociální přijatelnost.

### **Represe a legalizace**

„Vyvážený přístup“ se širokou škálou odstínů, jak ji představuje „společnost bez drog“, minimalizace poškození drogami, kulturní integrace a ochrana veřejného zdraví představuje hlavní proud ve většině zemí. OSN jako celek a jeho zvláštní orgány pro boj s drogami (UNDCP), USA a skandinávské země tradičně akcentují model „společnosti bez drog“. Ostatní modely jsou akceptovány a rozvíjeny spíše ve vyspělých zemích Evropy. Rovněž politika EU a evropské úřadovny WHO je vůči nim otevřenější. Všude však existují i extrémy.

Zastánci „společnosti bez drog“ často opomíjejí prevenci vůbec a sázejí výhradně na represí, čímž se již dostávají mimo rámec „vyváženého přístupu“. Výrazný represivní akcent vidíme u politických sil spíše na okraji pravice, jako je tzv. náboženská pravice nebo nacionální pravice. U náboženské pravice (religious right) převažují morální a hodnotové argumenty, nacionální pravice staví spíše na rasových a xenofobních předsudcích (šíření drog je záležitostí „barevných“, nežádoucích cizinců, přistěhovalců apod.). Oba postoje lze registrovat i u nás. Represivní přístup je také častý u ambiciózních příslušníků policie a justice.

Na druhém extrému, ale rovněž již za hranicí vyváženého přístupu, se ocitají zastánci legalizace. Jejich požadavkem je buď legalizace částečná, týkající se pouze produktů cannabisu (marihuana, hašiš), nebo úplná, včetně uvolnění trhu s heroinem a kokainem. Legalizaci prosazuje zejména radikální evropská levice a podporují ji i jiné evropské levicové politické síly zastoupené v Evropském parlamentu, ale bez přímého vlivu na exekutivu EU a členských států. Ze zcela jiných důvodů má idea legalizace pozitivní ohlas u neoliberalních ekonomů (k nim patří např. Milton Friedman). Rovněž část policistů a pracovníků justice, frustrovaných desetiletími nepřilíh úspěšného boje proti černému trhu s drogami, vidí v legalizaci východisko pro budoucnost. Ve prospěch legalizace se argumentuje

lidskými právy a ekonomickými svobodami, její zastánci rovněž kritizují obrovský objem finančních prostředků, vynakládaných na represí bez viditelného efektu, a poukazují na to, že zákazy samy produkují černý trh (zkušenost s prohibicí alkoholu v USA před II. světovou válkou).

### **Selektivní přístupy**

Podstatou selektivních přístupů je netrestnost podávání určité drogy za určitých kontrolovaných podmínek. Nejde tedy o legalizaci, ale o výběrovou dekriminální, založenou na modelech snižování škod, ochrany veřejného zdraví a kulturní integrace. Uvádíme zde několik nejznámějších příkladů.

1) *Licencovaný prodej cannabisových produktů*: omezené uvolnění prodeje marihuany a hašiše ve zvláštních licencovaných provozovnách je známé z některých holandských, německých a švýcarských měst. Zastánci zmíněného přístupu upozorňují na to, že volnější dostupnost cannabisových produktů ani nezvyšila jejich spotřebu, ani neměla vliv na vyšší užívání „tvrdých“ drog. Došlo zjevně k oddělení dvou trhů a dvou uživatelských subkultur, což je trend, který je zjevný v západní Evropě a zaznamenatelný i u nás. Odpůrci napadají zejména průnik tvrdých drog do coffee shopů a podněcování „drogové turistiky“ mládeže z okolních států.

2) *Lékařské podávání heroínu závislým*: možnost předepsat heroín pacientovi, který je na něm závislý, nebo podávání heroínu závislým osobám pod lékařským dozorem je značně omezena, přitom sleduje stejný cíl jako metadonová substituce, tj. snížení trestné činnosti, prevenci infekcí a ochranu uživatele před předávkováním a dalšími zdravotními riziky znečištěné drogy nebo zboží s nejistým obsahem účinné látky. Z čistě odborného hlediska lze metadon pokládat za nebezpečnější drogu než heroín, jde však spíše o překonání společenských a politických bariér proti podávání původní drogy místo její náhražky.

3) *Podávání drog v lékařských indikacích při léčbě různých tělesných a duševních chorob*: co se týče léčebného využití drog, poukazuje se např. na přínos používání halucinogenních drog jako pomocného prostředku při hlubinné psychoterapii, v terapii umírajících i v léčbě závislých na heroínu a kokainu. Další drogou se slibným uplatněním v medicíně je marihuana, jejíž příznivé účinky se prokázaly při léčbě AIDS, tlumení bolesti u konečných stavů zhoubných nádorů i při léčení roztroušené sklerózy<sup>23</sup>.

4) *Kulturně-antropologický přístup*: k selektivním přístupům patří i tzv. kulturně-antropologický přístup, někdy označovaný jako šamanský. Jeho zastánci s odvoláním na rituály přírodních národů nebo praktiky mimoevropských kultur oceňují přínos některých

<sup>22</sup> Např. v USA, které mají k tomuto modelu nejbližší a praktikují jej řadu desetiletí. Porovnání rozsáhlých studií v populaci 15 – 16 letých v USA (MTF) a v Evropě (ESPAD) ukázalo, že užití nelegálních drog v této skupině je v USA častější než v Evropě.

<sup>23</sup> Viz též Kudrle, kapitola 1/9, a Miovský, příslušné kapitoly o halucinogenních a kanabisových drogách v části 3.

drog k rozvoji osobnosti (zejména ve smyslu duchovního růstu). Jedná se o halucinogenní drogy v širším smyslu, včetně marihuany. Významnými autory tohoto směru byli Aldous Huxley, Carlos Castaneda a částečně i Timothy Leary. Zastánci tohoto přístupu odsuzují běžný konsum těchto drog bez duchovního cíle a osobního vedení, a jsou zapřísažnými nepřáteli užívání heroinu, kokainu a jiných masově konzumovaných tvrdých drog, které jsou pro rozvoj osobnosti zcela nepřínosné. Příznivci tohoto přístupu nepožadují legalizaci, i když jsou z toho často obviňováni, a v situaci zákazů spíše vyhledávají málo rozšířené přírodní drogy (peyotl, psilocybin), které nejsou na seznamu zakázaných omamných a psychotropních látek. Kulturně-antropologický přístup však dokáže i důrazně upozorňovat na ty rozměry drogového fenoménu, které často unikají pozornosti, jako je touha po transcendentálním zážitku a její potlačování v rodině a ve společnosti tohoto věku<sup>24</sup>.

### **Strategie pro 21. století**

Mimořádné zasedání Valného shromáždění OSN se v červnu 1998 zabývalo celosvětovou drogovou problematikou a protidrogovými strategiemi pro 21. století. Nepřineslo žádný zásadní převrat: neslo se ve znamení „boje proti drogám“ a „společnosti bez drog“ s důrazem na následující priority:

- potlačování nezákonného trhu se stimulačními látkami amfetaminového typu
- zvýšení kontroly prekurzorů a pomocných látek
- posílení mezinárodní spolupráce v oblasti postihování podloudného obchodu, vyšetřování a soudnictví
- zvýšený boj proti praní špinavých peněz
- vyměnění pěstování koky a opia

Zasedání se konalo k 10. výročí podepsání Jednotné úmluvy o omamných a psychotropních látkách. Do programu se však nedostalo *vyhodnocení efektivity* boje proti drogám v rámci této úmluvy, ač požadavek na zařazení tohoto bodu podpořila řada významných osobností včetně několika nositelů Nobelovy ceny. VS OSN však přijalo důležitou *Deklaraci o základních principech snižování poptávky po ilegálních drogách*, v níž upozorňuje signatářské státy Úmluvy na potřebu dodržovat také závazky na straně prevence, léčení a rehabilitace. Některé formulace tohoto dokumentu představují opatrné uznání přístupu harm reduction. Deklarace také konstatuje, že „u zadržených pro zneužívání drog by měla být integrace do společnosti pomocí vzdělávacích, léčebných a rehabilitačních služeb buď alternativním nebo doprovodným řešením trestu“ (OSN, 1998).

Jednoznačnější vzhledem k harm reduction a celkově pružnější je drogová politika Evropské unie, kde se do-

gová problematika od počátku devadesátých let dostala do popředí politických agend jak jednotlivých členských zemí, tak Evropské unie jako celku.

Za nejlepší strategii směřující k řešení budoucích problémů v oblasti zneužívání ilegálních drog EU neustále považuje *komplexní a vyvážený přístup* – tedy přístup vycházející ze široké celospolečenské, meziresortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce, postavený na rovnováze snižování nabídky (zákonné represe) a snižování poptávky po ilegálních drogách (prevence, léčby včetně harm reduction a resocializace). V „integrovaném a vyváženém“ přístupu EU k boji proti zneužívání drog se omezení poptávky a nabídky jeví jako vzájemně se povzbuzující prvky. Akční program EU na období 2000 – 2004 dále rozvádí evropský pohled na vyvážený přístup a definuje čtyři „pilíře“ evropské strategie: 1) represí, 2) prevenci – ve smyslu primární prevence, 3) léčbu a resocializaci, 4) harm reduction (viz Obr. 3). Uvádí, že pouze takovým přístupem je možné pokrýt oblasti prevence zneužívání drog, počínaje omezením od experimentování s drogami až po omezení negativních zdravotních a sociálních důsledků zneužívání drog.

Akční program EU dále konstatuje, že rizika zdravotního poškození nejsou omezena pouze na zakázané drogy. Větší pozornost by proto měla být věnována jevu *kouření tabákových výrobků a požívání alkoholických nápojů* v raném věku, stejně jako prvním experimentům se zakázanými drogami. Preventivní strategie uplatňované na užívání tabáku a alkoholu by měly mít pozitivní dopad i v oblasti zneužívání ilegálních drog.

Akční plán EU boje proti drogám 2000 – 2004 přikládá nejvyšší prioritu aktivitám v oblasti prevence, zdraví, vzdělávání, výzkumu a boje proti sociálnímu osamocení. Před EU byly postaveny základní cíle, jejichž plnění by mělo být vyhodnoceno prostřednictvím daných a srovnatelných metod výzkumu, sběru a vyhodnocování dat. Je zdůrazněna potřeba průběžného vyhodnocování získaných zkušeností a identifikace osvědčených postupů.

Drogy jako globální problém s námi přešly práh 21. století. Je zjevné, že tento fenomén nezmizí zavíráním očí, zbožným přáním ani politickou vůlí. Je třeba se s ním naučit žít, sledovat jej a dělat, co je možné a efektivní. Spíše pragmatický a nedoktrinářský přístup EU, založený více na odborných přístupech než na politických

<sup>24</sup> Viz též Kudrle, kapitoly 1/9, 2/1 a 2/10.

postojích (a zahrnující i vyhodnocení a ověření, které politiky skutečně fungují), je rámcem, v němž se v budoucnu bude pohybovat i Česká republika.

## **Summary** Introduction to Drug Policy: Essential Principles, Terms, Strategies and Problems

The chapter introduces the drugs and drug-related problems as one of the "global problems" besides migration, pollution and infectious diseases. The supply side and the demand side of the drug problem are defined together with the respective strategies of repression or prevention. The UN term of a "balanced approach" to repression and prevention is analysed, as almost each country including the CR tries to find its own balance within this main stream. Further, four models of drug policy are explained: 1) prohibition/repression ("society without drugs"), 2) harm minimisation, 3) public health approach, 4) the model of cultural integration and normalisation. Attention is also paid to legalisation and selective decriminalisation, the later including e.g. the medical use of cannabis product and LSD. The last part of the chapter presents an overview of conclusions of UN Assembly General in 1998 on drug policy, and of the EU drug strategy.

**Key words:** balanced approach – harm reduction – demand reduction – drug policy – prevention – repression – supply reduction

Obr. 1 : Opatření na straně nabídky a straně poptávky

<b>Strana nabídky</b>	<b>DROGY</b>	<b>Strana poptávky</b>
administrativní a kontrolní opatření		<b>Primární prevence</b>
zákonná represe (policie, celníci, justice, vězeňství)		Sekundární prevence (poradenství a léčení)
Vymýcení produkce a rekonstrukce pěstivelských oblastí		Sociální rehabilitace Harm Reduction

Obr. 2 : Trojstranný model strategií



Obr. 3: Čtyři základní strategie drogové politiky (dle EU)

Represe a kontrola	Primární prevence	Léčba a sociální rehabilitace
	<b>DROGY</b>	
	Harm Reduction	

## Literatura

- Cohen P.: Drug Policy Profiles. Amsterdam University Press, Amsterdam, 1997
- European Commission: Action Plan of European Union – Fight Against Drugs 2000 – 2004. EU – DG Enlargement, Brussels, 1999.
- Kalina D.: Drogy jako politický problém. Diplomová práce. FSV UK, Praha, 1999
- Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. Edice Filia, svazek 2. FILIA, Praha, 1996 (2. vyd. Institut Filia, Praha, 1999)
- Kalina K.: Drogová politika ve světě. In: Bém P., Kalina K. (eds.): Studijní skripta distančního vzdělávání protidrogových koordinátorů. Úřad vlády ČR, Praha, 1998
- Kalina K.: Přístupy k drogám ve světě a v ČR. In: Sotolář A. a kol.: Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Příručky Ministerstva spravedlnosti ČR, svazek 64. Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců, Praha, 2001
- Labrouse A.: Drogy, peníze a zbraně. Themis, Praha, 1998
- MPK: Koncepce a program protidrogové politiky vlády ČR na období 1993 – 1996. Úřad vlády ČR, Praha, 1993
- MPK: Koncepce a program protidrogové politiky vlády ČR na období 1998 – 2000. Úřad vlády ČR, Praha, 1998
- MPK: Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 – 2004. Úřad vlády ČR, Praha, 2000
- Nožina M.: Svět drog v Čechách. KLP – Koniasch Latin Press & Livingstone, Praha & Orlík nad Vltavou, 1997
- Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Edice Filia, svazek 5. Institut Filia, Praha, 2000
- OSN: Svět proti drogám. Dokumenty mimořádného zasedání VS OSN. Informační středisko OSN, Praha, 1998
- Zábranský T., Langer I., Gronský L., Mravčík V.: Racionální protidrogová politika. Votobia, Olomouc, 1997
- Zábranský T., Mravčík V., Gajdošíková H., Miovský M.: PAD: projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR. Souhrnná závěrečná zpráva. ResAd a Scan, Praha / Tišnov, 2001

### MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., MSc.

Narodil se r. 1945 v Praze. Vystudoval medicínu a psychologii na Universitě Karlově v Praze, absolvoval řadu postgraduálních specializací, výcviků (v psychoterapii – SUR a individuální psychoanalyticky orientovaná psychoterapie, v rodinné terapii, v supervizi – certifikát EAS) a zahraničních studijních pobytů. V letech 1970 – 1990 se jako psychiatr a psychoterapeut zabýval především léčbou psychóz a poruch osobnosti a zaváděl v této oblasti nové metody i formy péče (denní stacionář, terapeutická komunita). V období 1990 – 1997 zastával různé veřejné funkce (poslanec FS, náměstek ministra zdravotnictví, výkonný místopředseda vládní protidrogové komise), v mezidobí působil na Londýnské universitě. Patřil ke spoluvůrcům zdravotnické reformy a protidrogové politiky ČR. Počátkem roku 1998

se vrátil k odborné práci a od té doby působí v o. s. SANANIM (léčba a resocializace drogově závislých), nyní jako ředitel pro zdravotní péči a vzdělávání. Je činný rovněž jako pedagog (IPVZ, FHS UK), supervizor, vedoucí psychoterapeutického výcviku v SUR, vědecký pracovník a konzultant v domácích i mezinárodních programech (OECD, WHO, Rada Evropy, EU-PHARE). Publikoval asi 120 odborných článků a statí doma i v zahraničí, vydal několik samostatných odborných publikací a účastnil se jako spoluautor řady dalších. Za publikaci „Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí“ získal v r. 2001 Skálovu cenu.

*Kontakt: SANANIM, Janovského 26, 170 00 Praha 7.*

*E-mail: kalina@sananim.cz*

**Klíčová slova:** PAD – protidrogová politika ČR – primární prevence – služby – statistika 2001 – trestná činnost

### Úvod

Užívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života nejenom uživatelů drog a jejich blízkých, ale v důsledku negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadů, které s užíváním drog souvisejí, ohrožuje i zdravý vývoj celé společnosti. Užívání drog představuje závažné riziko: změny základních životních hodnot, oslabování vůle, narušování mezilidských vztahů a rozklad rodin, ohrožení pořádku ve městech, veřejného zdraví a bezpečnosti, nárůst společenských nákladů obecně.

Pro realizaci racionální a pragmatické protidrogové politiky je nesmírně důležitý společenský konsensus a vědecký přístup stejně jako odpovídající znalost rozsahu užívání drog ve společnosti a dalších souvislostí. Důkladné zmapování a popis situace a praktická aplikace nejnovějších vědeckých poznatků do praxe dává protidrogové politice odborný základ.

Rok 2001 byl z pohledu realizace české protidrogové politiky významným předělem. Poprvé od roku 1993, kdy vznikla Meziresortní protidrogová komise jako poradní orgán vlády ČR, se podařilo vědecky zmapovat, popsat a analyzovat situaci v užívání nezákonných drog i realizovaná protidrogová opatření v celé šíři. Mezníkem, který do budoucna ovlivní rozsah a postupy při monitorování a hodnocení protidrogových opatření i v dalších evropských zemích, je „Analýza dopadů nové drogové legislativy“ (PAD), jež probíhala v letech 1999 až 2001.

Pro objektivní a komplexní zhodnocení dopadů, jež způsobilo zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu, bylo třeba popsat situaci v dílčích oblastech a porovnat jejich vývoj mezi lety 1998 a 2000 (rok před a rok po zavedení novelizace tzv. „drogové legislativy“). Tak bylo poprvé v ČR sledováno pět klíčových indikátorů<sup>1</sup>:

- 1) průzkumy užívání nelegálních drog v obecné populaci
- 2) odhady prevalence (počtu) problémových uživatelů drog
- 3) zájem o léčbu v souvislosti s užíváním drog (treatment demand)

4) úmrtí v souvislosti s užíváním drog a mortalita uživatelů drog

5) infekční nemoci se vztahem k užívání drog

Sledování těchto indikátorů vyžaduje po členských i kandidátských zemích EU Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti – EMCDDA. V ČR se navíc podařilo vyčíslit i *společenské náklady* na zneužívání nelegálních drog. Jde o indikátor, který v dalších letech hodlá EMCDDA sledovat v členských evropských zemích za využití metodologie použité v PAD. Tento krok je dalším oceněním české protidrogové politiky na mezinárodním poli.

### Trendy a rozsah užívání drog v ČR v roce 2001

#### Obecné trendy

Rok 2001 – podobně jako dva předešlé roky – charakterizuje především:

– Další vzestup experimentální a rekreační konzumace konopných látek mezi mládeží a mladými dospělými, *analogický vývoji v EU*.

– Vzestup v pravidelném užívání konopných látek v populaci (a to především mezi mládeží a mladými dospělými, kteří ve stále vzrůstající míře považují konopné psychotropní látky za jakousi „generační obdobu alkoholu“), *analogický vývoji v EU*.

– Další šíření heroínu mimo primárně zasažené oblasti (Praha, Severní Čechy) do větších měst napříč republikou a také do „venkovských oblastí“, *jež je v zásadě v protikladu k vývoji v EU*; „heroinová situace“ je nicméně v ČR oproti EU ještě stále výrazně příznivější, jedná se tedy spíše o „přibližování“ k okolní situaci.

– Zmenšování relativně uzavřené pervitinové scény, skládající se z malých skupinek, seskupených kolem „vaříče“.

– Nahrazování této nespojitě pervitinové scény klasickou sítí organizovaného (především ruskojazyčného) zločinu, který ve vzrůstající míře získává kontrolu nad výrobní a prodejní částí tržní pyramidy a úspěšně hledá pro tuto drogu trhy v zahraničí; to představuje – stejně jako celý český fenomén pervitinu – *unikátní vývoj*, paradoxně „podporovaný“ narůstajícím policejním tlakem na samozásobitelské skupiny, jejichž uprázdňené místo zabírají dealeri vysoce organizovaných skupin; místo

<sup>1</sup> Definice klíčových indikátorů viz Zábranský, kapitola I/4, Drogová epidemiologie.

řady vzájemně nepropojených „minitrhů“ tedy v ČR stále rychleji vzniká velký, organizovaný pervitinový trh, který strukturou i zákonitostmi plně přebírá mechanismy trhu heroinového a ve vzrůstající míře se s ním propojuje.

– Narůstající komercializace a „standardizace“ původně subkulturní taneční scény, od počátku spjaté s rekreačním užíváním tzv. „tanečních drog“ (extáze, halucinogeny); nárůst popularity a komercializace<sup>2</sup> tohoto způsobu trávení volného času mladými lidmi představuje *celosvětový fenomén*.

### Lidé

– V České republice alespoň jednou vyzkoušelo nelegální drogu cca 1 150 000 osob, tj. 16 % obyvatel ve věku 15 – 64 let.

– Alespoň jednou za rok nelegální drogu užije asi 570 000 osob; v obou případech se jedná především o marihuanu a hašiš.

– Do kategorie problémových uživatelů drog – tedy těch, kteří zatěžují společnost náklady – spadá v ČR cca 15 000 osob užívajících dlouhodobě a/nebo injekčně heroin a asi 22 500 osob užívajících stejným způsobem pervitin (tj. cca 37 500 osob)<sup>3</sup>.

– V roce 2001 se v souvislosti s nelegálními drogami léčilo cca 12 000 osob, z toho cca 8 000 problémových uživatelů (léčilo se tedy cca 21 % problémových uživatelů).

– Služeb nízkoprahových center využívalo 17 000, tj. cca 40 % problémových uživatelů drog.

– Poprvé léčbu vyhledalo 4 233 osob; jejich průměrný věk byl 21,6 roku.

– Policie ČR obdržela 804 oznámení o přestupku držení drog v malém množství a ve správním řízení jich prodala 401.

– Policie ČR stíhala za „drogové trestné činy“ 1 952 pachatelů, z toho 139 dětí a 221 mladistvých; pro prosté držení drogy pro vlastní potřebu bylo stíháno 166 osob.

– Státní zastupitelství vznesla obžalobu proti 2 160 pachatelům drogové trestné činnosti; za prosté držení drogy pro vlastní potřebu pak proti 215 z nich.

– Soudy v roce 2001 za drogové trestné činy pravomocně odsoudily 1 094 pachatelů.

– Ve věznicích ČR si k 31.12. 2001 trest pro drogové trestné činy odpykávalo 652 pachatelů.

– Na předávkování nelegálními drogami a zneužíváními těkavými látkami zemřelo v roce 2001 v ČR 84 osob; dalších 83 osob zemřelo na předávkování léky, často v kombinaci s alkoholem.

### Náklady

– V České republice se každoročně spotřebují nelegální drogy v hodnotě 15 000 000 000 (15 miliard) Kč, měřeno podle jejich ceny na černém trhu; skutečných peněz je ale vynaloženo podstatně méně – značné množství drog spotřebovávají sami výrobci (to platí zejména pro konopné drogy a v menší míře pro pervitin); z celkového objemu tuzemské roční konzumace drog orgány Policie ČR a Generálního ředitelství cel zabavily 0,41 %.

– Společenské náklady v souvislosti s užíváním nelegálních drog (náklady na prevenci, léčbu, represí a hodnota ušlé produktivity) činí nejméně 2,8 miliardy Kč ročně; zhruba 80 % přímých nákladů je v souvislosti s drogami vynaloženo na represivní opatření, tj. na práci policie, soudů a vězeňství.

– Podle odhadů je v ČR především majetkovými trestnými činy, páchanými v souvislosti s drogami, způsobena jednotlivcům a institucím každoročně škoda ve výši zhruba 1,9 miliardy Kč.

– Ze státního rozpočtu bylo v roce 2001 vynaloženo na specifickou primární prevenci, léčbu a opatření harm reduction téměř 245 milionů Kč.

– Na nespécifickou primární prevenci (volnočasové aktivity, tj. sportovní a zájmovou činnost) bylo ze státního rozpočtu vynaloženo téměř 792 milionů Kč<sup>4</sup>.

### Organizační prostředí

Protidrogová politika České republiky je uskutečňována na základě Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 – 2004, kterou schválila 23. října 2000 vláda svým usnesením č. 1045/00. Strategie navazuje na předešlé dva koncepční dokumenty o protidrogové politice vlády (z let 1993 – 1996 a 1998 – 2000) a dále je rozvíjí. Obsahově i časově koresponduje s Akčním plánem EU boje proti drogám 2000 – 2004.

Národní strategie deklaruje, že Česká republika usiluje o vyvážený přístup k řešení problému užívání drog z hlediska represe, prevence, léčby a resocializace drogově závislých a o komplexní, mezipřesortní, mezioborový a mezisektorový postup a spolupráci při řešení problému.

Rok 2001 byl třetím rokem platnosti novelizované drogové legislativy, jež zavedla trestnost držení drog pro vlastní potřebu. V říjnu dokončil tým nezávislých výzkumníků studii „Projekt analýzy dopadů novelizace

<sup>2</sup> Sledovatelná v reklamních sloganech a grafických prvích reklam na nejrůznější zboží a služby, jež masivně používají identifikační prvky taneční subkultury; jinným výrazným jevem je jasné soustředění marketingových aktivit výrobců legálních drog (cigaret a alkoholových nápojů) do tohoto prostředí.

<sup>3</sup> Celkem tedy cca 0,5 % ze všech obyvatel ČR ve věku 15–64 let, což odpovídá situaci v zemích EU; v USA a v Kanadě tvoří podíl problémových uživatelů drog ve společnosti v průměru 2,1 %.

<sup>4</sup> Stav za rok 2000, údaje za pozdější období nebyly k dispozici.

drogové legislativy" a předložil ji zadavateli – vládě ČR. Na svém zasedání 14. října 2001 vzala vláda na vědomí souhrnné výsledky analýzy, podle nichž zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu nesplnilo očekávání předkladatele (tj. nesnížila se dostupnost drog v ČR, nesnížil se počet jejich uživatelů ani se nesnížil počet nových případů užívání drog). Nepotvrdily se ale ani katastrofické předpovědi některých odpůrců zavedení trestnosti držení nezákonných drog pro vlastní potřebu. Studie ukázala, že novelizovaná drogová legislativa způsobila společnosti zbytečné náklady – tedy přimělo ji vynaložit prostředky (nejméně 37 mil. Kč), jež mohla zužitkovat jinak. Na základě souhrnných výsledků studie přijala vláda usnesení č. 1177/2001, jež obsahuje následující úkoly:

1. Legislativně rozdělit drogy do 2 resp. 3 kategorií podle míry jejich zdravotní a společenské nebezpečnosti – tj. podle negativních zdravotních a společenských dopadů v důsledku jejich zneužívání. **Provede:** ministr zdravotnictví ve spolupráci s ministrem spravedlnosti a ministrem a vedoucím Úřadu vlády a výkonným místopředsedou Rady vlády – Meziresortní protidrogové komise<sup>5</sup>. **Termín:** 31. 12. 2002

2. V oblasti potlačování nabídky tzv. tvrdých drog věnovat zvýšenou pozornost heroinu, zdravotně i sociálně nejvíce devastující droze, která je – podle výsledků studie PAD – na černém trhu stále dostupnější.

**Provede:** ministr vnitra

**Termín:** průběžně

3. Vytvořit na úrovni krajských a okresních ředitelství policie pracovníkům Policie ČR, specializovaným na vyhledávání a vyšetřování trestné činnosti v oblasti výroby, obchodu a distribuce nelegálních drog, odpovídající podmínky pro práci zejména tím, že nebudou zatěžováni plněním úkolů při řešení případů jiné trestné činnosti.

**Provede:** ministr vnitra

**Termín:** průběžně

4. V rámci přípravy rekodifikace trestního práva hmotného vzít v úvahu výsledky Analýzy dopadů nové drogové legislativy (PAD) a provést revizi skutkových podstat a revizi sankcí trestných činů spojených s drogovou problematikou.

**Provede:** ministr spravedlnosti

**Termín:** 31. 12. 2002

5. Přeradit flunitrazepam z přílohy č. 6 do přílohy č. 5 z. č. 167/1998 Sb. o návykových látkách.

**Provede:** ministr zdravotnictví

**Termín:** 31. 12. 2002

6. Předložit výsledky projektu Analýza Radě vlády České republiky pro sociální a ekonomickou strategii (RASES) k dalšímu využití.

**Provede:** místopředseda vlády a ministr průmyslu a obchodu, předseda RASES

**Termín:** ihned

7. Promítnout výsledky Analýzy dopadů nové drogové legislativy (PAD) při realizaci protidrogové politiky vlády ČR.

**Provedou:** členové Rady vlády – Meziresortní protidrogové komise

**Termín:** průběžně

V souvislosti s probíhající územně-správní reformou navazoval v roce 2001 sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) užší spolupráci se zástupci krajů. To se v praxi projevilo mimo jiné tím, že kraje, které mají převzít odpovědnost a kompetence v protidrogové politice na jimi spravovaných územích, postupně ustavovaly funkci krajského protidrogového koordinátora. Významnou část práce věnoval sekretariát RVKPP zavedení systému vzájemné komunikace mezi centrální a krajskou úrovní a odbornou obcí a hledání odpovídajících mechanismů financování aktivit v protidrogové činnosti tak, aby splňovaly místní potřeby i náročná odborná kritéria.

V roce 2001 zpracovala vláda ČR návrh zákona o ochraně před škodami, působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, který měl nahradit již nevyhovující zákon č. 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomanii. Poslanecká sněmovna PČR však návrh zákona vrátila vládě k přepracování.

Dalším významným krokem v roce 2001 v oblasti drogové problematiky bylo zahájení činnosti probační a mediační služby na území celé ČR. Ta má významně zlepšit stav mj. i v oblasti odklonů a při uplatňování alternativních trestů pro uživatele nelegálních drog a zprostředkovávat léčbu nebo jiná vhodná opatření všude tam, kde je to společensky výhodnější než trest odnětí svobody.

### **Míra užívání drog v ČR**

– Stejně jako jinde v Evropě a ve Spojených státech, i v České republice neustále narůstá obliba rekreačního užívání marihuany, zejména mezi nejmladší populací (ve věku 15 – 25 let).

– Pravidelně<sup>6</sup> marihuanu užívá cca 15 % populace ve středoškolském věku (15 – 19 let), alespoň jednu zkušenost s ní má v téže věkové skupině téměř polovina populace (46 %).

<sup>5</sup> Přejmenována v r. 2002 na Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

– Spolu s růstem obliby „taneční hudby“ stoupá počet osob, užívajících MDMA (extázi) v týdenních nebo delších intervalech – i to je součástí celoevropského trendu.

– Počet problémových uživatelů drog (injekčních a/nebo dlouhodobých uživatelů opiátů, amfetaminových drog a/nebo kokainu) je stabilní – neroste – a pohybuje se kolem 37 500 osob. V posledních dvou až třech letech ale dochází k přelévání mezi jednotlivými typy drog – stoupá míra užívání heroinu „na úkor“ pervitinu.

– Snižuje se počet šestnáctiletých studentů a učňů, kteří mají jednu a více zkušeností s „problémovými drogami“ – tedy s pervitinem a heroinem.

– Podle celopopulačních průzkumů má v životě alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou 16 % obyvatel ČR (v EU mezi 20 – 25 %, v USA 34 %). V posledním roce u nás alespoň jednou nelegální drogu užilo 8 % populace (v zemích EU 5 – 10 %, v USA 10 %).

– Pro většinu osob charakterizovaných v předchozím odstavci platí, že jedinou nelegální drogou, s níž se setkali, bylo konopí nebo hašiš. Taneční drogu „extáze“ alespoň jednou v životě užila 4 % obyvatel ČR ve věku 15 – 64 let, jiné drogy (heroin, pervitin, kokain, LSD atd.) pak méně než 1 % populace.

### **Zdravotní dopady**

– V roce 2001 vyhledalo léčbu v souvislosti s drogami poprvé ve svém životě 4 233 osob v průměrném věku 21,3 let. Věk uživatelů, kteří vyhledávají léčbu, se v posledních letech zvyšuje – to je možno považovat za velmi příznivý trend, protože signalizuje faktickou stagnaci rozsahu drogové scény.

– Ambulantní nebo ústavní či pobytovou léčbu využívá přibližně 8 000 problémových uživatelů drog.

– V kontaktu s institucí, poskytující léčbu či jiné služby – zejména s nízkoprahovými centry –, je asi 40 % uživatelů (cca 17 000) a tento podíl je velmi pravděpodobně rostoucí. Na tomto trendu se podílí zejména nabídka služeb přizpůsobená potřebám klientů. V tomto směru patříme mezi ty evropské země, jimž se účinně daří zachytit problémové uživatele drog a snižovat tak celospolečenské škody, jež z užívání nelegálních drog vyplývají.

– Alarmující je velmi nedostatečný podíl uživatelů opiátů (především heroinu) v substitučních programech – cca 3 %, což je několikanásobně nižší podíl než v zemích EU.

– V roce 2001 v ČR přetrvával relativně nízký výskyt HIV infekce (AIDS) ve skupině injekčních uživatelů drog

i v populaci, která drogy neužívá. Dostupné sérologické přehledy ukazují, že přibližně každý třetí injekční uživatel drog je nakažen virem hepatitidy C. Tato pro-moženost uživatelů (cca 30 %) je významně nižší než v zemích EU (65 – 80 %), přesto bude v budoucnu představovat významnou zátěž zdravotního systému.

– V roce 2001 zemřelo na předávkování psychotropní látkou 167 osob; z toho 83 se předávkovalo léky na předpis, velmi často v kombinaci s alkoholem. Nejvíce úmrtí v této kategorii (39) je třeba připsat léku Rohypnol®.

– Z nelegálních drog jsou za nejvíce úmrtí zodpovědné opiáty (53) a z nich zejména heroin (30). Významně se snížil počet předávkování pervitinem – z 31 v roce 2000 na loňských pět.

– Na předávkování zemřelo také 14 uživatelů těžkých látek (zejména toluenu). Jedno úmrtí cizího státního příslušníka v ČR vyvolala látka PMA, již zakoupil v Německu jako „extázi“.

– Počet úmrtí na předávkování nelegálními drogami je v ČR ve vztahu k počtu obyvatel i k počtu problémových uživatelů drog v porovnání se státy EU a USA velmi nízký.

### **Institucionální vybavenost ČR v oblasti prevence a léčby návykových nemocí**

V roce 2001 byly zveřejněny výsledky výzkumu prováděného v roce 2000 „Analýza institucionálního kontextu programů protidrogové politiky v ČR“<sup>7</sup>. Cílem výzkumu bylo popsat síť existujících programů, jimi poskytované služby, míru spolupráce a návaznosti mezi jednotlivými programy a zařízeními. Autoři výzkumu Csémy a Krch mj. uvádějí, že:

– Z 253 organizací, jež se celostátního šetření účastnily, se 62 zabývá výhradně drogovou problematikou (24,5 %), u ostatních 191 organizací jsou programy zaměřené na problematiku drog jen jednou z aktivit.

– Jako důležitou oblast své činnosti uvedlo prevenci 212 (83,8 %) organizací.

– Jako další významný předmět zájmu následovaly: léčba a péče (44,3 %), sociální programy a volnočasové aktivity (37,2 %), harm reduction (32,4 %), rehabilitace a následná péče (26,1 %), školení odborníků (18,2 %), výzkum (12,3 %), koordinace (5,1 %), legislativa (1,2 %).

Tato malá statistika jasně dokumentuje, že primární prevence užívání drog nepatří v ČR mezi zanedbané součásti protidrogové politiky. Patří však mezi nejslabší články v oblasti snižování poptávky po drogách z řady důvodů, mezi něž patří zejména:

<sup>6</sup> Tj. více než 20x za život.

<sup>7</sup> Csémy a Krch, 2001.

- Nejednotný pohled na primární prevenci užívání drog.
- Chybí základní kritéria (minimální standardy) pro zabezpečení kvality a účinnosti poskytovaných služeb, která by byla závazná pro jejich poskytovatele.
- Neefektivní komunikace mezi jednotlivými úrovněmi: tj. poskytovatelé finančních prostředků (veřejná správa na všech úrovních) – poskytovatelé služeb (organizace zabývající se primární prevencí užívání drog) – příjemci služeb primární prevence. Z toho pramení:
  - Problém zapojení programů primární prevence do systému péče o osoby ohrožené drogovou závislostí na místní, regionální, případně nadregionální úrovni.

S cílem dosáhnout zlepšení současného stavu je mj. nutné i definovat úroveň primární prevence užívání drog (specifická versus nespecifická).

Služby v oblasti léčby a resocializace drogově závislých jsou zajišťovány sítí ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízení, jež tvoří:

- 65 nízkoprahových kontaktních (popř. kontaktních a poradenských) center s terénními programy; 72 % z nich zřizují nestátní neziskové organizace (NNO).
- 15 terapeutických komunit pro léčbu závislých osob; 87,5 % NNO (2 TK státní); kapacita 216 klientů.
- 26 detoxifikačních jednotek; pouze státní zařízení, z toho 1 pro děti a dorost; kapacita 190 lůžek.
- 8 doléčovacích programů s chráněným bydlením; 66 % NNO.
- 7 pracovišť metadonové substituční léčby v 6 měsících; 25 % NNO; kapacita 318 klientů.
- 7 denních stacionářů pro léčbu závislých osob; 43 % NNO.
- 1 státní ambulantní zařízení krizové intervence pro nezletilé uživatele.
- 13 oddělení státních psychiatrických léčeben pro krátkodobou léčbu drogově závislých; kapacita 800 pacientů.
- 3 státní pobytová oddělení krizové intervence pro mladistvé problémové uživatele.
- 3 státní programy krizové intervence pro problémové uživatele s nařízenou ústavní/ochrannou výchovou.
- 9 AT poraden.

Postupně se zlepšovala dostupnost a kvalita substituční léčby metadonem a nově zavedeným buprenorphinem. Substituční metadonová léčba byla realizována osmi programy v sedmi městech v ČR, tento stav však naprosto neodpovídá reálným potřebám.

Významným jevem v roce 2001 byla pokračující užší profilace terapeutických komunit na určitý typ klientely, od zařízení, která se specializují na mladistvé nebo

naopak na starší klienty, na klienty s duální diagnózou atd. Naprostou novinkou je specializovaný program pro závislé matky s dětmi. Proces profilace napomáhá kvalitnějšímu párování potřeb klientů s programy a službami.

Sítí programů léčby a resocializace závislých v ČR odpovídá potřebám, nedostatečně zabezpečené se jeví služby pro nezletilé, programy následné péče s chráněným bydlením a chráněná práce.

V oblastech prevence, léčby a resocializace drogově závislých přetrvávají nevyřešené problémy ve financování programů (kolísající rozpočet na protidrogovou politiku, poskytování dotací z více zdrojů na centrální úrovni, dotační systém – každoroční předkládání žádostí o dotace, pozdní uvolňování dotací ze státního rozpočtu). Tyto problémy lze odstranit pouze systémovými kroky – tj. vyčlenit ve státním rozpočtu stabilní výši prostředků na programy protidrogové politiky, posílit kompetence centrálního koordinačního orgánu v oblasti přímého financování a kontroly programů, zavést systém nákupu služeb za ceny stanovené státem a možnost účinněji vymáhat plnění úkolů Národní strategie protidrogové politiky.

### **Prosazování práva**

Rok 2001 lze v oblasti represe považovat za stabilizovaný. Policie zjistila 4 209 drogových trestných činů (TČ dle §§ 187, 187a, 188, 188a trestního zákona) a pro ty sdělila obvinění 1 952 osobám; z držení drog pro vlastní potřebu obvinila 166 osob (z 241 zjištěných trestných činů). Pokračoval tak mírně vzestupný trend z minulých let (viz *Obr. 1*). Srovnání trendů naznačuje výrazný vzestup objasněnosti trestných činů nebo nárůst spolupachatelství. Takové závěry však nelze učinit, protože Policie ČR zásadně změnila způsob vykazování trestných činů. To znemožňuje spolehlivé porovnání počtu vykazovaných trestných činů v různých letech a zkrsluje přehled o skutečném vývoji drogové kriminality.

Setrvalý mírně vzestupný trend (stejně jako v minulých letech) zaznamenala i státní zastupitelství; v souvislosti s nelegálními drogami vznesla loni žalobu proti 2160 obviněným (v roce 2000 proti 2043; v roce 1999 proti 1765); totéž platí pro soudy, které odsoudily 1094 pachatelů „drogových trestných činů“ (2000: 972; 1999: 891). Případné nesrovnalosti, resp. neprovázanost statistik Ministerstva spravedlnosti ČR se statistikami Policejního prezidia ČR jsou dány jak odlišnou metodologií, tak možností státního zástupce změnit v souladu s trestním řádem kvalifikace trestného činu

oproti obsahu sdělení obvinění, přičemž tato změna se nepromítne zpětně do policejních statistik. V neposlední řadě hraje roli také časový posun, kdy je např. trestní stíhání zahájeno v roce 2000 a obžaloba vznesena až v roce 2001.

V České republice se k 31.12. 2001 pro drogové trestné činy podrobovalo trestu odnětí svobody 652 pachatelů. Stále častěji mohou dobrovolně trávit výkon trestu v tzv. bezdrogových zónách, v některých případech dokonce mohou být ve věznicích i léčeni. Ve srovnání s EU však není léčba zneužívání drog ve věznicích dostupná ani v dostatečné míře, ani v dostatečné šíři léčebných postupů.

Čísla a trendy v práci represivních složek, srovnána s ostatními výše uvedenými indikátory drogové situace, nasvědčují standardní „evropské“ úrovni práce českých represivních složek v oblasti potlačování nabídky.

V této souvislosti se stále jasněji ukazuje irelevantnost měření úspěšnosti represivních složek „mírou zabavení“ nelegálních drog (tj. poměrem zabavených drog k odhadu všech spotřebovaných drog). Ta se nicméně stále používá a má se podle některých tvrzení pohybovat až kolem 30 %.

V roce 2001 represivní orgány zabavily necelého půl procenta (0,41 %) z odhadovaného množství všech nelegálních drog, spotřebovaných v tomto roce v ČR.

Nejvyšší míry zabavení pak dosáhly u extáze (přes 12 % – velký jednorázový záchyt při společné akci Policie a Celní správy) a u relativně nejméně rozšířeného kokainu (9 %); nejnižší míry zabavení represivní složky dosahují u konopných drog (0,05 % z odhadované spotřeby), které jsou naopak v ČR nejrozšířenější.

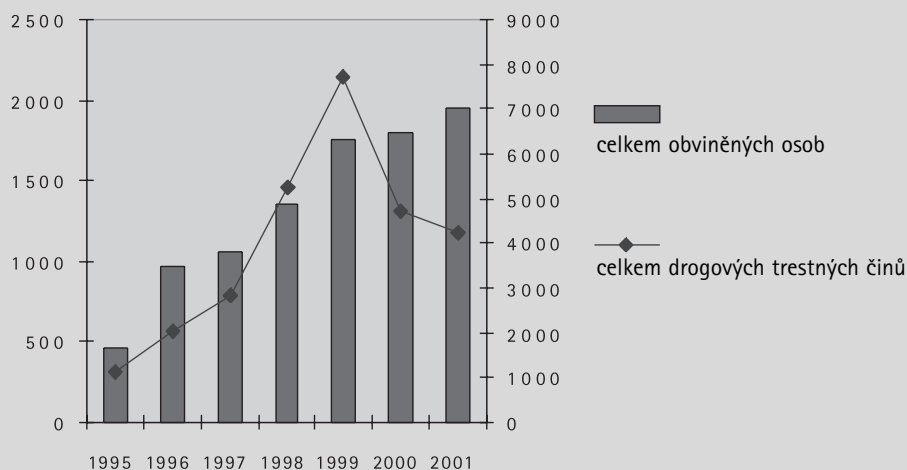
## Summary Drug situation in the Czech republic in the year of 2001

The chapter (written by the executive director of the National Drug Commission and his team) presents an overview of the drug-related problems in the CR in 2001. The chapter summarises the main trends in using illicit drugs, most important statistic and epidemiological data, results of economical analyses (cost of using, cost of intervention both in demand – and

supply reduction. An overview of drug services is also presented. The PAD research study (see also chapter 1.7) published in 2001 is mentioned with regard to its contribution to the national drug policy. Particular attention is paid to current problems in primary prevention and to the trends in drug criminality in the period of 1996 – 2001.

**Key words:** drug criminality – drug policy in the CR – PAD – primary prevention – services – statistics 2001.

Obr. 1: Vývoj drogové kriminality v ČR, 1995 – 2001



## Literatura

- EMCDDA – Annual Report. Lisabon, 2001
- Epidemiologie drog a uživatelů drog v ČR. Hygienická stanice hl. m. Prahy – centrální pracoviště drogové epidemiologie, Praha, 2001.
- Csémy L., Krch F. D.: Analýza institucionálního kontextu programů protidrogové politiky v ČR. In: Kenis P., Maas F., Sobiech R., 2001: Institutional Responses to Drug Demand in Central Europe (An Analysis of Institutional Development in the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovenia), European Centre for Social Research, Vienna, 2001
- Radimecký J.: Česká protidrogová politika – pro a proti. Adiktologie (Scan Tišnov), roč.1, č. 2, str. 28 – 36, 2001
- Výroční zpráva o stavu a vývoji ve věcech drog v České republice za rok 2001. Rada vlády ČR – Meziresortní protidrogová komise, Úřad vlády ČR, Praha, 2001
- Zábranský T. a kol.: Analýza dopadů novelizace drogové legislativy (PAD) – Souhrnná závěrečná zpráva, ResAd/Scan, Praha/Tišnov, 2001.

### Mgr. Josef Radimecký

Absolvent speciální pedagogiky na PaedF UK Praha, v současné době postgraduálně studuje MSc. kurs „Drug Use: Evidence Based Policy and Intervention“ na Imperial College of Science, Technology and Medicine v Londýně. Absolvoval International European Drug Abuse Treatment Training Project, a psychoterapeutický výcvik ve Skálově institutu. Pracovní působení: V roce 1993 založil a do r. 1998 vedl terapeutickou komunitu pro léčbu a resocializace drogově závislých mladých lidí White Light I., která zpočátku pracovala se švýcarskými, od roku 1997 s českými klienty. Od prosince 1998 ředitel sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dříve Meziresortní protidrogová komise). Přednášková činnost a publikace v českém odborném tisku.

*Kontakt: Úřad vlády ČR, sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Nábřeží Edwarda Beneše 4, 118 01 Praha 1-Malá Strana,  
E-mail: radimecky.josef@vlada.cz*

**Klíčová slova:** protidrogová politika – MPK – Koncepce 1993 – Koncepce 1998 – Národní strategie 2001–2004 – vyvážený přístup

## 1. Vývoj drogové scény

### 1.1. Drogy jako doprovod změn ve střední a východní Evropě

Šíření a zneužívání nezákonných drog se objevilo po r. 1990 ve všech zemích střední a východní Evropy v předtím nebývalé míře a závažnosti. Doprovází takřka zákonitě ekonomické, politické a sociální změny po pádu komunistických režimů. Každá země se však s tímto novým fenoménem vyrovnává jinak a po svém. Drogová problematika a její řešení v jednotlivých zemích představuje do jisté míry „boční zrcátko“ transformačních procesů, mnohdy ilustruje kontrast „západních“ aspirací a „východních“ obtíží a nezdarů ve zvládnání situace, a jindy naopak dokládá schopnost vlád i občanů nacházet na ni účinnou odpověď.

Prudký nárůst problémů s nezákonnými drogami, charakteristický pro střední a východní Evropu v první polovině devadesátých let, je (s menší nadsázkou než výstižností) označován jako *odložená epidemie*. Země „na západ od železné opony“ prožívaly příval drog od 60. – 70. let, naučily se rozumět jejím bezpečnostním, zdravotním a sociálním rizikům a aspoň částečně je kontrolovat. V komunistických režimech však tento více méně standardní vývoj proběhnout nemohl. Uzavřenost a vysoká vnější sociální kontrola, typická pro totalitární státy, zabráňovala sice výraznějšímu šíření drog, zároveň však také znemožňovala vytvoření účinných obranných mechanismů. Problém drog byl většinou spojován s upadajícím Západem a jeho ideologickou diverzí, jeho skutečný rozsah byl zatajován a informace nebyly přístupné ani veřejnosti, ani odborným zájemcům.

Po pádu komunismu odborníci jednohlasně předpovídali, že se *odložená epidemie* v krátké době dostaví jako určitá daň za celkovou liberalizaci společnosti: svobodu cestování, podnikání a chování bez vlivu státu na každodenní život občanů. Již v prvním období transformace bylo navíc zřejmé, že se v zemích střední a východní Evropy uplatňují faktory větší zranitelnosti vůči šíření drog. Mezi ně je možné zařadit například měnící se hodnoty a životní styl, oslabení vnějšího pořádku a sociálních jistot, zrychlenou sociální stratifikaci, nedostatečně vyvinutou infrastrukturu občanského ži-

vota a nedostatečné porozumění a komunikaci o dříve tabuizovaném problému. Významné místo mezi těmito faktory zranitelnosti měla pochopitelně i absence vhodné legislativy, slabá nebo zkorumpovaná státní správa včetně represivních složek a v neposlední řadě nekontrolované finanční toky v procesu privatizace, rizikové pro praní špinavých peněz. Ne ve všech zemích se tyto faktory uplatnily stejnou měrou, jejich výčet však bylo možné přinejmenším číst jako seznam úkolů, na které nelze zapomenout.

### 1.2. Drogová scéna v ČR

1) *Před r. 1990:* Takřka výhradním zdrojem drog byla domácí produkce – pěstování marihuany, výroba hydrocodonu (opiát, známý pod názvem „braun“) a pervitinu (stimulující droga, chemicky *metamfetamin*). Drogová scéna měla archaické rysy, především neexistoval trh v pravém slova smyslu s vyhraněnou stranou nabídky a stranou poptávky. Nevelký počet uživatelů byl sdružen do tradičních malých, uzavřených a vzájemně nepropojených skupin, v nichž probíhala produkce, distribuce i spotřeba. Šíření drog mělo malý záběr a rozsah, postupovalo v okruhu „známých“ s příslušnou skupinou, přičemž kritériem výběru byla spolehlivost, případně schopnost poskytovat skupině nějaké služby (např. propůjčovat byt). Tento typ drogové scény se v současnosti udržuje ve venkovských okresech a uzavřené skupinky lze najít i v Praze a jiných velkých městech, kde je však další vývoj zatlačil do pozadí dalším vývojem.

2) *1990 – 1994:* V souvislosti s celkovým uvolněním poměrů a snížením vnější sociální kontroly se situace rychle mění. Domácí produkce stále dominuje, ale je stále více zpestřována dovezenými drogami, především heroinem. Jde především o tzv. *přepad z tranzitu*. ČR se v té době stává významnou tranzitní zemí a část provážených drog se dostává k domácím uživatelům jako odměna za služby nebo jako testování trhu. Dosud uzavřené a izolované skupinky se vzájemně více propojují, vzniká typický trh se stranou nabídky a poptávky, výroba či dovoz drogy už představuje samostatnou pozici či „povolání“, ostatní za drogu platí penězi či sexem. Drogy se poměrně rychle šíří, vytváří se rozsáhlejší populace experimentátorů a rekreačních

uživatelů. Drogová scéna má *spojitý*, ale *uzavřený*, případně *polootvřený* charakter, dosud výrazně neproniká na veřejná prostranství. Také kriminalita v souvislosti s drogami není příliš nápadná, protože celkové množství spotřebované drogy lze ještě do jisté míry uhradit bez rozsáhlé majetkové trestné činnosti. Tento charakter má dnes drogová scéna ve městech střední velikosti, i když ji trendy po r. 1994 modifikují.

**3) 1994 – 2000:** ČR se stává cílovou (spotřebitelskou) zemí z hlediska mezinárodního nezákonného trhu. Rok 1994 je pokládán za zlomový, protože v předstihu před dosažením konvertibility české měny dochází k masivní invazi kvalitního a levného heroínu z dovozu na domácí trh. Počet uživatelů heroínu rychle roste a i když si pervitin udržuje své postavení, domácí produkce obecně ztrácí svůj význam. Ve velkoměstech a městských aglomeracích vzniká *otevřená drogová scéna* se značným finančním obratem, hierarchií distributorů, konkurenčním bojem a pochopitelně s výraznou drogovou kriminalitou. Drogy se stávají všeobecně dostupné, věková hranice prvních uživatelů se snižuje.

**4) Současnost:** Užívání drog s akceptovatelným a neakceptovatelným sociálním rizikem<sup>1</sup> začíná vykazovat odlišný trend. Výrazně a trvale roste užívání marihuany, extáze a jiných tzv. „tanečních drog“ či „drog technoscény“, zatímco křivka nárůstu heroínu a pervitinu již tak strmě nestoupá a zejména v Praze se spíše stabilizuje. Subkultury uživatelů se diferencují a často už prvouživatel ví, „kam patří“. Mezi začínajícími uživateli heroínu i pervitinu se více než dříve objevují neinjekční formy aplikace (šňupání, kouření, inhalace z aluminiové folie), uživatelé však obvykle z úsporných důvodů přecházejí na injekční způsob aplikace. Navzdory převládající injekční aplikaci heroínu a pervitinu se mezi jeho uživateli nešíří HIV/AIDS, zjišťují se však stále více infekční hepatitidy. Kokain se zatím objevuje velmi výjimečně. Po úspěšných zásazích policie proti domácím laboratořím na výrobu pervitinu se rozkládají poslední zbytky tradiční „vaříčské“ subkultury a trhu s pervitinem se ujímají nezákonné mezinárodní organizace. Souběžně s tím dochází k šíření distribučních sítí a vzorců užívání prakticky po celém území státu. Musíme dnes konstatovat, že žádný okres není bezpečný a šíření drog ještě nedosáhlo svého maxima.

## 2. Protidrogová politika ČR v 90. letech

### 2.1. Počátky: vytvoření MPK a první vládní koncepce na období 1993 – 1996

Drogová politika (v české oficiální terminologii „proti-

drogová politika“ – tohoto termínu se nadále budeme přidržovat)<sup>2</sup> zaměřená na řešení problémů spojených s šířením a užíváním ilegálních omamných a psychotropních látek, nemá v novodobých dějinách naší země dlouhou tradici. V bývalém Československu vznikla v r. 1991 Federální komise pro narkotika jako poradní orgán federální vlády, její efektivní působení však bylo značně omezeno kompetenčními komplikacemi, předznamenávajícími rozpad federace. Komise navázala některé mezinárodní styky, iniciovala zapojení některých domácích odborníků a připravovala pro federální vládu koncepční a programový dokument, který však nebyl projednán. Po volbách v r. 1992 federální komise již ve své činnosti nepokračovala.

Je zde nutné zdůraznit, že na počátku 90. let řada domácích i zahraničních odborníků předvíдалa rychlé rozšíření nelegálních drog a prudký nárůst jejich spotřeby v souvislosti se snížením společenské kontroly, celkovou liberalizací společnosti, otevřením hranic a hrozcí nezaměstnaností. Období 1990 – 1992 však bylo na přípravu řešení „drogové epidemie“ využito jen velmi málo. Časová výhoda, umožňující přípravu v předstihu, se začala ztrácet. Přední odborníci, spojení s prvními nestátními organizacemi, tehdy adresovali české vládě memorandum, ve kterém ji upozornili na hrozcí rizika, vyzvali k aktivnímu postupu a vyjádřili svou připravenost ke spolupráci. Toto tzv. Vánoční memorandum z prosince 1992 se setkalo s příznivou a bezprostřední odezvou.

Krátce po vzniku samostatného českého státu v r. 1993 se vláda ČR přihlásila k závazkům vyplývajícím z Úmluv OSN a začala se problémem užívání drog systematicky zabývat a jako svůj poradní orgán ustanovila Meziresortní protidrogovou komisi (MPK). Během velmi krátké doby byl zpracován a přijat první vládní dokument: „Koncepce a program protidrogové politiky na období 1993 – 1996. Konstatoval, že zneužívání drog a nezákonný obchod s drogami představují nebezpečí pro rozvoj svobodné a demokratické ČR. Je úkolem vlády chránit občany před destruktivním vlivem drog a podpořit jejich schopnost rozhodnout se pro život bez drog.

V dokumentu se vláda přihlásila k vyváženému přístupu ve smyslu Globálního akčního plánu OSN z r. 1991 a odmítla rovněž liberalizaci a legalizaci drog, byť pouze částečnou, s tím, že „ČR dosud zdaleka nevyužila všechny možnosti vyváženého přístupu a jakékoliv podcenění prevence i represe je neospravedlnitelné.“

<sup>1</sup> Oficiální – a následovánihodná – holandská terminologie pro „měkké“ a „tvrdé“ drogy.

<sup>2</sup> V angličtině nadále užíváme termín „drug policy“, „drug strategy“ etc., doslovný překlad „anti-drug“ neodpovídá zavedené mezinárodní terminologii.

Přesto dokument v některých pasážích byl z dnešního pohledu značně liberální: vyjadřoval se například ve prospěch svobodné volby pro život bez drog a jasně záporně se stavěl k postihu konzumenta drog. Dával přednost ponechat dosavadní legislativní úpravu, která nekriminalizovala konzumenta z důvodu pouhého držení drogy. Důraz však byl položen na stanovení limitu držené drogy a stanovení její nebezpečnosti, a to nejen na základě populárních kategorií „drog měkkých a tvrdých“. Ústřední motiv dokumentu lze vyjádřit heslem „*Je lepší užívání drog předcházet než léčit závislé, je lepší předcházet a léčit než trestat, represe však musí účinně nastoupit všude tam, kde prevence selhává.*“

Dokument obsahoval zmapování situace v oblasti drog na základě dostupných (tehdy velmi skrovných) informací. Dále v ní byly definovány zásady protidrogové politiky a určeny hlavní priority na uvedené tříleté období:

- 1) v oblasti represe – potírání drogové kriminality se zaměřením na „nejvyšší etáže organizovaného zločinu“,
- 2) v oblasti administrativní kontroly – vytvoření Inspektorátu OPL při MZ (vznikl v r. 1994 k naplnění příslušných ustanovení mezinárodní legislativy),
- 3) v oblasti prevence – důraz na primární prevenci, která v té době takřka neexistovala; dokument ovšem věnoval pozornost i poradenství, léčbě a resocializaci, uváděl příklady nových typů zařízení – např. nízkoprahová kontaktní centra, denní stacionáře a terapeutické komunity), která dosud prakticky nebyla známa<sup>3</sup> a vyjadřoval podporu jejich rozvoji,
- 4) v oblasti informací – pod heslem „informace pro akci“ vytvoření drogové epidemiologie, která v té době neexistovala.<sup>4</sup>

Dokument stanovil základní mechanismy pro spolupráci v rámci protidrogové politiky na centrální úrovni, ale zároveň byl navržen i postup k naplnění aktivit na úrovni regionální (okresní). Okresní protidrogové komise a okresní protidrogoví koordinátoři, které Koncepce 1993 zavedla, se v praxi osvědčily a staly se významným pilířem dalšího rozvoje. Dalším důležitým prvkem bylo zdůraznění úlohy nestátních neziskových organizací jako poskytovatelů služeb i partnerů vlády ve vytváření a realizaci protidrogové politiky.

## 2.2. Druhá vládní koncepce a program na období 1998 – 2000

Druhý vládní dokument „Koncepce a program protidrogové politiky na období 1998 – 2000“ již mohl provést inventuru úspěchů za předchozí období, jednak v oblasti represe, kde nová legislativní a organizační opatření zvýšila efektivitu boje proti organizované drogové kriminalitě, jednak – a to zejména – v oblasti primární, sekundární a terciární prevence, kdy zavedený systém státních dotací stimuloval rozsáhlý rozvoj nových programů a služeb.<sup>5</sup> Koncepce 1998 již mohla rovněž vycházet z údajů systému drogové epidemiologie.

Koncepce 1998 se hlásí k vyváženému přístupu, navrhuje komplex opatření k omezení nabídky i poptávky a stanoví v tomto směru konkrétní úkoly. Důraz je kladen na následující témata:

- 1) v oblasti represe – vytváření legislativních nástrojů, potlačování organizovaného obchodu s drogami, ale rovněž již potlačování pouliční dostupnosti drog,
- 2) v oblasti administrativní kontroly – důsledná kontrola zacházení s OPL včetně prekursorů,
- 3) v oblasti primární prevence – vytvoření a podpora účinných preventivních programů zaměřených na celou populaci i na rizikové skupiny (např. zavedení Minimálního preventivního programu do škol<sup>6</sup>),
- 4) v oblasti sekundární a terciární prevence – dostupnost včasné intervence a léčebné péče, programy Harm Reduction, detoxifikační jednotky a doléčovací zařízení; poprvé se mezi prioritami objevují alternativy k potrestání a programy ve vězeních.

Zatímco Koncepce 1993 rozvoj předpokládala, Koncepce 1998 věnuje pozornost nástrojům a mechanismům pro jeho podporu a usměrnění: vzdělávání, financování, stanovení tzv. minimální sítě služeb a zařízení, hodnocení kvality a účinnosti služeb (např. zavedení standardů a akreditačního procesu). V tom je výrazně pokročilá a schopná tvarovat další vývoj. Ze zásad protidrogové politiky, uvedených v Koncepci 1998, jsou v tomto směru důležité zejména následující: – pragmatický a realistický přístup: protidrogová politika nesmí být ideologií, musí vycházet z reálných údajů a klást si splnitelné cíle (konstatuje se, že absolutní cíl „společnost bez drog“ patří mezi nesplnitelné, naopak realistickým cílem je dosažení určitého stupně

<sup>3</sup> Z nových typů v té době existovala pouze terapeutická komunita SANANIM-Němčice a nízkoprahové a terapeutické centrum DROP-IN.

<sup>4</sup> Zatímco jiné země střední a východní Evropy nejprve s mezinárodní pomocí dlouho sbíraly údaje, aby mohly protidrogovou politiku vůbec zformulovat (princip „informace pro akci“), vládní činitelé ČR silně znepokojila skutečnost, že „o drogách nic nevíme, ačkoliv jsou všude kolem“ a rozhodli se „něco dělat, abychom se něco dozvěděli“ (princip „akce pro informace“).

<sup>5</sup> V té době již existovala kontaktní centra prakticky v každém okrese, 8 terapeutických komunit nabízelu kapacitu 80 míst pro rezidenční léčbu, vznikl první denní stacionář, několik doléčovacích center a detoxifikačních jednotek, a MZ zahájilo experimentální program metadonové substituce.

<sup>6</sup> Viz Skácelová, kapitoly 10/3, 10/5, 10/9.

kontroly nad rozsahem drogové scény, a to na straně nabídky i poptávky),

- pragmatický a cílený přístup: smyslem protidrogových opatření musí být zlepšení současného stavu a zmenšení problémů, nikoliv zhoršení a nárůst – k tomu může vést zaměření na opatření, která se ukázala jako efektivní, cílenost a diferenciacie přístupů,
- přístup založený na principu kvality a hodnotitelnosti,
- omezenost finančních zdrojů znamená nutnost investovat na straně represe i prevence prostředky tam, kde je garantována kvalita a zaručena hodnotitelnost účinku.

Úloha nestátních organizací a tehdy již fungující střeškové A.N.O. je v Koncepci 1998 rovněž zdůrazněna jako trvalý princip.

### 2.3. „Protidrogová legislativa“

V druhé polovině 90. let byla přijata řada zákonů významných pro drogovou problematiku, např. zákon č. 61/1996 Sb., proti legalizaci výnosů z trestné činnosti („praní špinavých peněz“), a zákon o návykových látkách č.167/1998. Nevětší pozornost a diskuse veřejnosti i odborníků však vyvolala novelizace trestního a přeštopkového zákona, která stanovila postih držení drogy pro vlastní potřebu.<sup>7</sup>

První vládní koncepce z r. 1993 se jednoznačně přihlásila k „vyváženému přístupu“ a usilovala v něm o profil odpovídající pragmatickým evropským zkušenostem. Odmítla legalizaci drog, ale i kriminalizaci uživatelů, konstatovala nedostatek realismu u represivně-prohibičního přístupu a stanovila jako priority boj s organizovaným zločinem a rozvoj služeb pro uživatele včetně služeb typu HR. V dalších letech se však ukázalo, že některé prvky této koncepce zcela neodpovídají společensko-politické poptávce. Především dramatický vývoj drogové scény po r. 1994 vyjevil, že veřejnost je na konfrontaci s drogovým fenoménem velmi málo připravená, nedokáže jej akceptovat a volá po tvrdších opatřeních nejen vůči distributorům, ale i vůči uživatelům. Vznikl tak politický prostor pro ideje „společnosti bez drog“ a pro snahu profilovat drogovou politiku v ČR tímto směrem.

Druhá vládní koncepce, schválená v r. 1998, vznikala v době, kdy táž vláda připravovala novelizaci trestního a přeštopkového zákona, umožňující stíhat držení drogy pro vlastní potřebu.<sup>8</sup> Je pozoruhodné, že tento zcela nový přístup vlastně není do doku-

mentu vládní protidrogové politiky začleněn jako jeho integrální součást – je v něm pouze reflektován jako něco, co přichází „zvenčí“ a s čím je třeba se vyrovnávat.

Během diskuse o „protidrogových zákonech“ se zdálo, že stanoviska zastánců a odpůrců jsou velmi vyhraněná a že v ČR jde o boj mezi represí a legalizací. To je ovšem značné zveličení. Stejně jako v jiných zemích, probíhá u nás hledání vlastní rovnováhy v rámci „vyváženého přístupu“ se všemi parametry a problémy, které jsme popsali v první kapitole této publikace, a bez valného poučení z chyb, jichž se v tomto hledání dopustily vyspělé země před námi. Za pozitivní lze pokládat, že nedlouho po přijetí „protidrogových zákonů“ vláda iniciovala a podpořila rozsáhlý a zcela ojedinělý výzkumný projekt, který jejich dopad sledoval a hodnotil.<sup>9</sup>

### 2.4. Meziresortní protidrogová komise (MPK)<sup>10</sup>

MPK vznikla, jak jsme uvedli výše, počátkem r. 1993 jako poradní, koordinační a iniciativní orgán vlády ČR pro protidrogovou politiku. Předsedou MPK je premiér, členy jsou v současné době (složením se několikrát změnilo) ministři resortů zdravotnictví, práce a sociálních věcí, školství, mládeže a tělovýchovy, vnitra, spravedlnosti a obrany, tj. ti členové vlády, do jejichž působnosti problém užívání drog ve společnosti nějak zasahuje. Hlavní náplní činnosti MPK je vytváření jednotné a komplexní strategie vládní protidrogové politiky, její koordinace a spolupráce při její praktické realizaci na centrální a místní úrovni.<sup>11</sup> Na tomto místě je nutné zdůraznit, že stávající systém protidrogové politiky (tj. existenci MPK, sítě protidrogových koordinátorů, zpracovávání klíčových vládních dokumentů, které definují východiska, priority, cíle a úkoly pro další období) nám nezávidí jenom země střední a východní Evropy (mezi něž jsme v procesu přibližování EU zařazeni), ale i velká část zemí na západ od našich hranic. Řada evropských zemí podobný model protidrogové politiky nemá.

## 3. Národní strategie na období 2001 – 2004

### 3.1. Kontinuita

Protidrogová politika v 90. letech, jak byla definována ve výše uvedených koncepčních a programových dokumentech (Koncepce a program protidrogové politiky vlády ČR na období 1993 – 1996 a na období 1998 – 2000)<sup>12</sup>, jež přijaly vlády v roce 1993 a následně v roce 1998, usilovala především o to, vybudovat základní koordinační mechanismy a nastartovat programy prevence, léčby a resocializace závislosti na ilegálních drogách. Cílem další etapy bylo doplnit

<sup>7</sup>Viz Sotolář, kapitola 1.6, Legislativa ČR.

<sup>8</sup>Viz Sotolář, kapitola 1.6, Legislativa ČR.

<sup>9</sup>Projekt PAD – viz Zábranský, kapitola 1/7, Ekonomické aspekty užívání drog.

<sup>10</sup>V roce 2002 byl název změněn na „Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky“ (RVKPK).

<sup>11</sup>Autoři této kapitoly se postupně střídali ve funkci „šéfa exekutivy“ MPK: Kalina 1993 – 1994, Bém 1994 – 1996 a opět 1997 – 1998, Radimecký od r.1998 dosud. Tři vládní dokumenty protidrogové politiky jsou spojeny s jejich působením.

<sup>12</sup>Pozornému čtenáři jistě neunikne výpadek mezi působností prvního a druhého vládního dokumentu. Způsobily to personální výměny na pozici šéfa exekutivy MPK mezi prvním a druhým působením P. Béma – jak konstatuje Radimecký (2002), „patrně nebyl nikdo, kdo by takový materiál pro vládu zpracoval a předložil. Rok 1997 lze při zpětném ohlednutí označit jako rok protidrogové setrvačnosti, alespoň v národním kontextu. Na mezinárodním poli byla v tomto roce jakákoliv spolupráce zastavena a paralyzována.“

chybějící typy programů a služeb prevence a léčby závislosti, zahájit činnosti nezbytné pro to, aby byly vytvořeny nástroje na hodnocení jejich kvality a efektivitu a zkvalitnit meziresortní spolupráci složek aktivních v potírání nabídky drog.

Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 – 2004 (dále jen Národní strategie), kterou 23. 10. 2000 schválila vláda ČR, je klíčovým materiálem, který definuje základní rámec současné protidrogové politiky do roku 2004 se zaměřením především na nealkoholové a netabákové drogy.<sup>13</sup>

### **3.2. Strategie v definovaných oblastech**

Národní strategie je koncipována jako dlouhodobý strategický plán v sedmi definovaných oblastech protidrogové politiky. Přičemž základními oblastmi jsou:

1. *primární prevence,*
2. *léčba a resocializace (včetně harm reduction),*
3. *legislativa a potlačování nabídky drog,* a podpůrnými oblastmi, bez nichž nelze účinnou protidrogovou politiku uskutečňovat, jsou:
4. *financování,*
5. *profesní vzdělávání,*
6. *zahraniční spolupráce,*
7. *koordinace.*

Cíle ve všech těchto oblastech mohou být dosahovány pouze ve vzájemné spolupráci a koordinaci.

Národní strategie 2001 – 2004 navazuje na předcházející koncepční a strategické materiály o podobě protidrogové politiky vlády ČR a zaměřuje se především na zvyšování kvality a efektivitu realizovaných opatření, jak v oblasti prevence, léčby a resocializace, tak v oblasti represe (zvyšování kvality a efektivitu je rovněž ústředním tématem Akčního plánu EU – boje proti drogám na období 2000 – 2004). To se samozřejmě promítne i do dalších oblastí protidrogové politiky, tedy do financování, vzdělávání, zahraniční spolupráce a koordinace. Jde o to, aby protidrogová politika byla plánována a uskutečňována na základě pravidelně vyhodnocovaných a aktualizovaných potřeb.

### **3.3. Základní cíle Národní strategie**

Národní strategie usiluje především o vybudování koordinovaného, účinného a vyváženého systému protidrogové politiky. To předpokládá zejména realizaci takových opatření ve specifické prevenci, léčbě, resocializaci a represí, která odpovídají skutečným po-

třebám jednotlivých cílových skupin a vycházejí z nejnovějších vědeckých poznatků sdílených všemi evropskými zeměmi. U prevence, léčby a resocializace se nejedná o budování dalších programů, jako tomu bylo v minulých letech, kdy se protidrogová politika postupně tvořila. Cílem je zvyšování kvality a efektivitu programů, jejich větší diferencovanost a cílenost, rozšiřování spektra služeb a důsledná evaluace výstupů a praktických dopadů realizovaných opatření. Totéž by mělo platit i pro represí.

Vývoj společnosti v celé Evropě je charakteristický svým ústupem od paternalistické, centralistické správy věcí veřejných a posilováním občanské společnosti. Podobně je tomu i v protidrogových politikách zemí Evropy. Důležitým cílem Národní strategie je proto zapojit občanskou společnost a místní komunity a přenést odpovídající odpovědnosti a kompetence z centrální na nižší úroveň veřejné správy. Tomu by měla napomáhat i probíhající reforma veřejné správy. Bohužel spolu s plánovaným zánikem okresních úřadů (maji ukončit svoji činnost k 31. 12. 2002), zanikne i dosud vytvořená, a v evropském měřítku poměrně ojedinělá, síť okresních protidrogových koordinátorů. Tato hrozba s sebou přináší v oblasti koordinace protidrogové politiky nové úkoly, jež se neobejdou bez odborné, ale ani bez politické práce.

### **3.4. Specifické cíle Národní strategie**

Jedním ze základních principů, z nichž zpracovatelé Národní strategie 2001 – 2004 vycházeli, bylo stanovit cíle, které budou realistické, tj. dosažitelné, což nutně neznamená, že by neměly být ambiciózní. I proto byly přijaty tyto základní specifické cíle:

- zastavit nárůst uživatelů drog, snížit zdravotní dopady a počet úmrtí, jež souvisejí s jejich užíváním;
- poskytnout rodinám a jedincům, kteří to potřebují, odpovídající dostupnou, včasnou a profesionální pomoc;
- snížit dostupnost všech typů drog (včetně alkoholu a tabáku), zejména pro děti a mladé lidi;
- včlenit odpovídající finanční prostředky a zavést nákup služeb na základě potřeb a stanovených kritérií kvality a efektivitu programů prevence, léčby a resocializace.

Na takto formulovaných cílech lze názorně demonstrovat rozpor mezi odbornou a politickou komponentou protidrogové politiky. Dosažení prvních dvou cílů předpokládá úsilí zejména odborníků a jeví se jako spl-

<sup>13</sup> Širší pojetí protidrogové politiky zahrnující i oblast léčby a resocializace závislosti i na alkoholu a tabáku bylo z politického hlediska neprůchodné, ale vzhledem k prokázaným souvislostem mezi užíváním alkoholu a tabákových výrobků a ilegálních drog se podařilo předkladatelům prosadit aspoň částečné zaměření i na problém užívání typických legálních drog, tedy alkoholu a tabáku.

nitelné, protože tyto cíle jsou v souladu i s cíli odborné veřejnosti. Naopak dosažení dalších dvou cílů předpokládá zásadní politické rozhodnutí, tj. potřebnou politickou podporu a vůli pro to, aby byla vytvořena a přijata legislativa, která by napomohla tvrdšímu postihu prodávání alkoholu a tabákových výrobků dětem (např. formou odebrání licence pro prodej těchto legálních drog) a vyčlenění odpovídajících finančních prostředků. Je stále otázkou, zda se pro dosažení těchto cílů podaří náležitou politickou podporu získat, či zda nakonec opět krátkodobé ekonomické zájmy převáží nad zájmy přijmout dnes taková rozhodnutí, která přinesou ovoce až v dlouhodobém horizontu a napomohou omezovat počty uživatelů drog v budoucnosti.

### 3.5. Vyvážený přístup a „čtyři pilíře“

Protidrogová politika vlády ČR byla definována jako taková, která bude založena na komplexním, multidisciplinárním a vyváženém přístupu<sup>14</sup>, který stojí na rovnováze represe a prevence (tj. primární prevence, harm reduction, léčba a resocializace).

Po letech polooficiálního statutu programů harm reduction v České republice (podobně tomu ale bylo v minulých letech i v některých zemích západní Evropy a např. ve Švédsku je tento přístup ze strany vlády negován dosud) se vláda České republiky shodla na tom, že v budoucnu budou protidrogovou politiku tvořit – podobně jako v EU<sup>15</sup> – čtyři základní pilíře: primární prevence, harm reduction, léčba a resocializace, represe (viz Obr. 1).

Každý z těchto základních pilířů hraje v protidrogové politice státu svoji nezastupitelnou a navzájem se ovlivňující a doplňující roli. Přístup k jejich uplatňování proto musí být vyvážený. Pokud tomu tak nebude, může dojít k narušení systému a stability protidrogové politiky, a tím i k nárůstu negativních důsledků a dopadů, jež plynou z užívání drog.

Přestože se taková definice základního přístupu k problému užívání drog může z odborného pohledu zdát samozřejmostí, z politického hlediska tomu tak není. Princip harm reduction je části politiků trnem v oku a někteří (naštěstí nemnozí) jej prezentují jako kapitulaci před problémem užívání drog, nikoli jako realistický a pragmatický přístup k němu. Stále ještě se mezi našimi politiky najdou tací, kteří mají tendenci ochraňovat nás proti naší vůli.

## 4. Závěr

Protidrogová politika ČR, jak je koncipována a realizována od svého počátku, je *moderní* (tj. odpovídá současnému stavu vědění a poznání) a *úspěšná* (tj. dosahuje stanovených cílů) – a to i navzdory řadě nesplněných úkolů z předcházejících etap jejího vytváření, navzdory malé veřejné, politické a finanční podpoře a navzdory řadě aktuálních nedostatků v jejích dílčích oblastech.

Systém, který se podařilo v České republice od roku 1993 v protidrogové politice vybudovat – za účasti všech zástupců centrálních i místních institucí veřejné správy, státních i nestátních organizací, zdravotnických i nezdravotnických poskytovatelů služeb, odborníků, laiků i některých politiků – je ojedinělý a v řadě aspektů srovnatelný se zeměmi EU, v některých oblastech dokonce i o několik kroků před nimi. V naší zemi se to zdařilo v nesrovnatelně kratším období, než tomu bylo v tzv. západních zemích, a přitom s již zmíněnou menší politickou a finanční podporou.

V procesu přibližování k EU patří česká protidrogová politika k prakticky bezproblémovým, byť ostře sledovaným tématům, k tématům, u nichž evropští komisaři nemají připomínky, výtky či doplňující otázky. Ze zkušeností a ze starých přísloví však víme, že „doma není nikdo prorokem“. Kritici, které argumentace o kladném hodnocení České republiky v protidrogové politice ze strany EU neuspokojuje (buď proto, že nemají valné mínění o EU, nebo o její drogové politice, která jim připadá „měkká“ ve srovnání s USA, nebo z nejrůznějších politických i osobních důvodů) samozřejmě existují a budou existovat vždy.

<sup>14</sup> Snahu o vyvážený přístup k problému užívání drog co do uplatňování preventivních, léčebných a represivních opatření, lze nejnázne demonstrovat na proporcionálním rozložení úkolů v základních oblastech protidrogové politiky. To vypadá takto: v primární prevenci jde o 25 úkolů (tj. 29,8 % ze všech úkolů), v léčbě a resocializaci o 23 úkolů (tj. 27,4 %) a v represii o 19 úkolů (tj. 22,6 %).

<sup>15</sup> Vyvážený přístup, stanovený OSN v r.1991, byl znovu potvrzen v r.1998 „Deklarací Spojených národů o základních principech snižování poptávky po drogách“ a umožňuje ovlivnit problematiku užívání drog, počínaje odrazováním od experimentování s drogami, až po omezování negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních důsledků jejich užívání. Viz též Kalina, kapitola 1.1, Úvod do drogové politiky.

## Summary Drug policy in the ČR

The chapter (written by three experts and policymakers that in succession performed the top executive position in the National Drug Commission) at its beginning makes an overview of the development of the drug scene in the CR since the 1980s till present, with regard also to the qualitative aspects: selection of drugs, patterns of distribution and consumption, differentiation of the drug scene, etc. Further, the drug policy since 1993 is presented and the essential principles

of 3 policy papers of the Czech government (1993, 1998, 2000) are characterised. It is shown that the drug policy in the CR is continual, modern and, in many aspects, successful. Its main features are a balanced approach, pragmatic orientation, decentralised system of co-ordination, the role of NGO, promotion of quality etc. The drug policy in the CR keeps the EU principles, which belongs to the positives of the CR in the pre-accession period.

**Key words:** balanced approach – drug policy – Interministerial Drug Commission – National strategy 2001 – 2004 – Policy Paper 1993 – Policy Paper 1998

Obr. 1: Čtyři pilíře protidrogové politiky ČR

Primární prevence	Aktivity zaměřené na prevenci užívání drog, popř. oddálení prvního setkání dětí a mladých lidí s drogami	Snižování poptávky (prevence)
Harm reduction	Aktivity zaměřené na snižování zdravotních a sociálních poškození na straně společnosti a na straně uživatelů drog, kteří nejsou v danou chvíli rozhodnutí pro život bez drog	
léčba a resocializace	Spektrum programů léčby k abstinenci, dostupných pro uživatele drog, kteří se svobodně rozhodli pro život bez drog	
represe	soubor zákonných opatření a aktivit k potlačování nabídky drog	Potlačování nabídky (represe)

- European Commission: Action Plan of European Union – Fight Against Drugs 2000 – 2004. EU – DG Enlargement, Brussels, 1999.
- Kalina K.: National drug policy in the CR: contexts, dynamics, perspectives. ICAA Conference, Prague, July 1994
- Skála J., Kalina, K., Bém P. a kol.: Substance Abuse in the Czech Republic. ALFA, Praha, 1994
- Political Declaration of the 3rd Pan-European Ministerial Conference on Drugs. Pompidou Group – Council of Europe, Strassbourg, 2000.
- Radimecký J.: Česká protidrogová politika – pro a proti. ADIKTOLOGIE (Scan Tišnov), roč.1, č. 2, str. 28 – 36, 2001
- UNDCP: Guiding Principles of Drug Demand Reduction Programmes. United Nations Drug Control Programme, Vienna, 1998

**MUDr. Pavel Bém**

Absolvoval 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Specializace: psychiatrie I. st., léčba návykových nemocí. V akademickém roce 1991 – 92 studoval na Johns Hopkins University v Baltimore a stážoval na různých odborných pracovištích v USA. Výcviky: psychoterapeutický výcvik SUR, výcvik v rodinné terapii, Mezinárodní vzdělávací program v oblasti terapie drogových závislostí (IEDATTP), výcvik v supervizi akreditovaný EAS. Pracovní dráha: působil jako lékař v Psychiatrické léčebně Kosmonosy a ve Středisku drogových závislostí (Apolinář, Praha), po návratu z USA jako výkonný ředitel nadace FILIA. V letech 1994 – 1996 a 1997 – 1998 generální sekretář Meziřesortní protidrogové komise, v mezidobí působil jako poradce ministra vnitra ČR pro drogovou problematiku. Podílel

se na vytváření a zavádění protidrogové politiky ČR. V období 1998 – 2002 starosta městské části Praha 6, od r. 2002 primátor hl. m. Prahy. Je členem výboru Společnosti pro návykové nemoci a členem subkatedry návykových nemocí IPVZ. Účastnil se řady mezinárodních projektů (WHO, Rada Evropy, UNDCP, EU-PHARE) v ČR i v zahraničí, koordinoval výzkumné projekty (např. v oblasti zhodnocení drogové scény a rizikového chování uživatelů – Rapid Assessment), byl konsultantem studie PAD. Je autorem či spoluautorem řady článků a statí v domácích i zahraničních publikacích. *Kontakt: Magistrát hl. m. Prahy, Mariánské nám. 2, 110 00 Praha 1*  
*E-mail: pavel.bem@cityofprague.cz*

**MUDr. PhDr. Kamil Kalina, Csc., MSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/1****Mgr. Josef Radimecký – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/2**

**Klíčová slova:** epidemiologie – incidence – indikátory – prevalence – problémoví uživatelé

## 1. Úvod

Epidemiologie studuje rozložení (distribuci) a příčiny (determinanty) frekvence nemoci v lidské populaci. Systematicky epidemiologie patří mezi populační vědy; v poslední době má zřetelný interdisciplinární charakter.

Epidemiologický výzkum představuje klíčový prvek pro porozumění drogovému problému, pro plánování intervencí a pro sledování jejich přiměřenosti a efektivity. Na podkladě epidemiologických měření pak mohou být intervence dále modifikovány a přizpůsobovány měnícím se podmínkám.

Systematickou epidemiologickou analýzu lze přirovnat k účetnímu systému v rámci obchodního či průmyslového subjektu. Manažer, který pracuje bez podpory kvalitního účetnictví, snadno nasměruje podnik špatným směrem a pravděpodobně se ani nepokusí včas o nápravu. Totéž platí pro politiky a vůbec držitele rozhodovacích pravomocí, kteří mají čelit problematice zneužívání drog<sup>1</sup> – epidemiologický výzkum jim poskytuje informační bázi, na jejímž podkladě lze určit cíl intervence.

Epidemiologický výzkum slouží také jako mechanismus zpětné vazby: určuje, zda byla opatření přiměřená a zda byly prostředky vynaloženy efektivně.

Drogová epidemiologie tudíž je a musí být základní složkou každé národní (i regionální či lokální) protidrogové strategie.

## 2. Základní epidemiologické ukazatele – indikátory frekvence jevu (patologického stavu)

Základním předpokladem pro epidemiologické vyšetřování je číselné vyjádření (kvantifikace) výskytu nemoci. Tato kvantifikace může být vyjádřena dvěma způsoby: – jako prostý absolutní počet (součet) postižených, – jako relativní číslo, vztahující výše uvedený součet k velikosti populace; tento ukazatel je pak obvykle vztahen ke standardizovanému počtu zástupců populace – v drogové epidemiologii nejčastěji ke 100 000 obyvatel.

Nejpoužívanějšími základními ukazateli jsou *incidence* a *prevalence*. Třetí ze základních indikátorů – *riziko* (kumulativní incidence) – se v drogové epidemiologii používá vzácněji pro jeho omezenou výpovědní hodnotu.

Incidenci a prevalenci je možno použít jako – celkové: pro celou populaci, – specifické: pro určité kategorie populace definované věkem, pohlavím, sociálním statutem apod., – standardizované: přímou nebo nepřímou metodou.

Každá hodnota epidemiologického ukazatele vykazuje tři základní vlastnosti: *validitu* (přesnost), *reliabilitu* (spolehlivost) a *reprodukovatelnost* (opakovatelnost).

### 2.1. Incidence

Incidence je proporce osob původně bez sledovaného stavu, který u nich nově vznikl během určitého časového období. Odpovídá na otázku „*Jaké je riziko vzniku daného stavu u osob během určité doby?*“ – vyjadřuje jen nově vzniklá onemocnění (osoby, u nichž můžeme v sledovaném období poprvé popsat sledovaný stav). Vyjadřuje se nejčastěji v relativním čísle – počtu nových případů, vztaheným k počtu sledovaných osob a době, po níž jsme tyto osoby sledovali („osobočasy“). Říká, kolik nových případů se objeví s ohledem na délku časového období (jak rychle).

Do roční incidence (nových případů za období sledování jednoho roku – od 1.1. do 31.12.) patří z případů na Obr. 1 případy B, C a G. Roční incidence by pak pro tento příklad měla hodnotu

$$I = \frac{\text{počet nových případů}}{\text{počet osobočasů}} = \frac{3}{8} = 0,375, \text{ tedy } 37,5 \%$$

U chování, jež je považováno za protispolečenské, se incidence zjišťuje jen velmi problematicky a s velmi malou validitou a reliabilitou. „Incidence užívání drog“ jako taková se proto prakticky nepoužívá; v drogové epidemiologii se ale používají některé indikátory, založené na incidenční bázi; nejdůležitější z nich jsou: – incidence žádostí o léčbu a/nebo službu (First Treatment Demand – viz dále),

<sup>1</sup> Pro potřeby následujícího textu rozumíme pod pojmem „droga“ ilegální, nezákonnou, státem nepodporovanou omamnou nebo psychotropní látku (OPL). Omamné a psychotropní látky jsou taxativně vyjmenovány v přílohách č. 1 až 7 Zákona 167/1998 Sb. ze dne 11. června 1998 o návykových látkách; seznamy kromě typických „pouličních drog“ obsahují i některá kontrolovaná léčiva, prekursorů atd.

- mortalita (úmrtnost, incidence úmrtí),
- incidence krevně přenosných nemocí.

## 2.2. Prevalence

Prevalence je údaj, vyjadřující proporcí osob, které v daném okamžiku nebo časovém intervalu vykazují zkoumaný stav. Odpovídá na otázku „*Jaký počet (resp. „Kolik ze 100 000“<sup>2</sup>) osob má daný stav?*“ – zahrnuje všechna existující onemocnění.

Rozlišujeme prevalenci bodovou a intervalovou: *bodová*, okamžiková prevalence odpovídá na otázku „*Kolik osob z definované populace má v daném okamžiku zkoumaný stav?*“ – zatímco *intervalová* prevalence odpovídá na otázku „*Kolik osob z definované populace má nebo mělo zkoumaný stav během určeného časového období – např. během posledního roku?*“

Na Obr. 1 do bodové prevalence k 30. 6. spadá případ C a F, do intervalové (roční) prevalence případy A, B, C, F, G a H. Do „celoživotní prevalence“ (viz níže) spadají všechny případy z obrázku.

Pro výši prevalence mají význam v zásadě dva faktory:

- 1) incidence

- 2) trvání nemoci (nebo obecněji: rychlost, s jakým osobou se zkoumaným stavem přecházejí mezi osobou bez stavu), tedy

- doba přežití nemocných – osob, vykazujících zkoumaný stav anebo

- rychlost, s jakou se nemocné osoby uzdravují.

Názorně to zobrazuje tzv. „prevalenční kotlík“ na Obr. 2.

*Vztah mezi incidencí a prevalencí:* Prevalence je závislá na incidenci, na délce nemoci a na jejím zakončení (úmrtí, uzdravení). Prevalence odráží na jedné straně incidenci a na straně druhé délku trvání nemoci. U akutních nemocí s krátkou dobou trvání jsou oba ukazatele stejné, u chronických onemocnění se mohou významně lišit.

*Faktory zvýšení prevalence:* Na výši prevalence (nejrůznějších typů) užívání drog ve společnosti mají vliv faktory, které jsou obecně vnímány jako „dobré“ (např. pomoc přežít) i „špatné“ (např. vyšší přírůstek mladých uživatelů). Hodnocení úspěšnosti drogových politik nebo intervencí pomocí izolované „prevalence“ je tedy

chybou – neumožňuje rozhodnout, který z jevů převládá. Schematicky ke zvýšení prevalence přispívá: 1) *zvýšení incidence* – např. díky zvýšené dostupnosti drog, sociálním a společenským změnám atd., 2) *prodloužení trvání nemoci*, tudíž přežívání nemocného, např. pomocí paliativní léčby typu zprůchodnění tračnicku při onkogenním ileu apod., v drogové oblasti typicky pomocí terciární prevence (harm reduction) nebo zabráněním úmrtí např. pomocí včasného podání antagonisty lékařem Záchraně služby při předávkování opiáty.

*Faktory snížení prevalence:* Ani snížení celoživotní či jiné prevalence ještě nemusí být samo o sobě úspěchem, i když tak někdy bývá interpretováno a nulová prevalence se v některých prohlášeních objevuje jako „cíl“. Je dobře si uvědomit, že např. ke snížení prevalence moru ve středověku nejméněji přispívalo rychlé a masové vymírání nemocných. Schematicky ke snížení prevalence v dlouhodobém měřítku může přispět: 1) *snížení incidence*, např. v důsledku účinné primární prevence, 2) *zkrácení období trvání nemoci*, a to buď *rychlejší intervence* (účinná sekundární prevence) a *rychlejší uzdravení* (účinnější postup léčby) – anebo *rychlejší úmrtí*.

*Vztah mezi jednotlivými typy prevalence:* Podle zkoumaného jevu (typu užívání drog anebo jeho rozložení v čase) rozlišujeme několik typů prevalence. Nejčastěji se používají:

- 1) *Celoživotní prevalence:* Udává počet nebo proporcí osob, která kdykoliv během svého dosavadního života učinila alespoň jednu zkušenost s jakoukoliv nelegální drogou (všechny případy na Obr. 1).

- 2) *Prevalence současného užívání:* Udává počet nebo proporcí osob, která užila drogu alespoň jednou v posledním měsíci.

- 3) *Prevalence problémového užívání:* Udává počet nebo proporcí osob, které v definovaném časovém období (nejčastěji kalendářním roce) užívají dlouhodobě a/nebo injekčně opioidy, drogy amfetaminového typu a/nebo kokain v jakémkoliv formě. Ecstasy a marihuana jsou z definice explicitně vyloučeny.

- 4) *Prevalence závislostního a návykového (habituálního) užívání:* Udává počet nebo proporcí osob, vykazující v definovaném časovém období (nejčastěji kalendářním roce) závislostní nebo návykové chování ve vztahu k nelegálními drogám (podle „devíti charakteristik“ klasifikace Světové zdravotnické organizace).<sup>3</sup>

- 5) *Prevalence léčených uživatelů (využívajících služby):* Udává počet nebo proporcí osob, které v definovaném časovém období (nejčastěji kalendářním roce) v souvislosti se současným nebo minulým užíváním drog(y) využívají služeb nebo léčby.

<sup>2</sup> Nebo jiného počtu, který se řídí obecnou domluvou; u jevů s extrémně nízkou prevalencí a incidencí (jako je problémové užívání drog nebo poptávka po léčbě/službě) se obvykle používá 100.000 obyvatel, u častějších jevů (jako je celoživotní prevalence jednorázového užití jakékoliv drogy) se frekvence vztahuje ke 100 obyvatel (je tedy vyjádřena v procentech); někdy se omezuje věk relevantních obyvatel (sledované populace) rozpětím 15 – 64 let.

<sup>3</sup> 1) Užívání drogy v častějších intervalech a větších množstvích, než bylo původně zamýšleno. 2) Neúspěšné pokusy o zastavení užívání, přetrvávající touha, bažení. 3) Extenzivní objem času, věnovaný obstarávání drogy. 4) Pocity intoxikace nebo zažívání abstinenčních příznaků v nevhodné době. 5) Vzdání se jiných činností, vztahů, předmětů kvůli droze. 6) Pokračování v užívání bez ohledu na známé škody, činěné sobě či druhým. 7) Patrná tolerance, tedy stav, kdy se postupně zvyšuje množství látky, nutné k dosažení téhož efektu. 8) Charakteristický syndrom odněti drogy. 9) Užívání drogy s úmyslem předejít syndromu odněti drogy.

<sup>1</sup>Obr. 2 shrnuje vzájemné vztahy a překrývání mezi těmito jednotlivými typy prevalence, jež bývají často zaměňovány laiky, médií a nezřídka i „odborníky“ (typicky například „celoživotní prevalence“ s „počtem závislých“, také ale „lččení uživatelé“ s „problémovými uživateli“ apod.).

Při popisování situace je vždy mimořádně důležité uvést typ prevalence, na nějž odkazujeme; v opačném případě nutně dochází ke zmatení jazyků a zamlžení situace.

Poměry mezi jednotlivými typy prevalence nejsou stálé v čase ani v prostoru. Podíl mezi „lččenými problémovými uživateli“ (tedy překryvem „lččených“ a problémových“) a „problémovými uživateli celkem“ se označuje jako „*in-treatment ratio*“ a používá se jako ukazatel dostupnosti léčby a služeb pro cílovou populaci problémových uživatelů drog<sup>4</sup>. K otázce „prevalenci“ a jejich možným interpretacím se ještě vrátíme v podkapitole o pěti harmonizovaných indikátorech.

### 2.3. Mortalita (úmrtnost)

Mortalita popisuje nejzávažnější jev v drogové problematice – *úmrtí uživatelů*. Jde o ukazatel, odvozený na incidenční bázi (započtení uživatelé jsou mrtví nově – jde o nové případy). Obecně lze význam tohoto indikátoru charakterizovat jako počet (zjištěných) úmrtí, ke kterým v důsledku zkoumaného jevu (např. zneužívání OPL) došlo v celé populaci během časového intervalu (incidence úmrtí vyjadřuje frekvenci jevu v určité populaci a v určitém období; bývá relativně nízká)

### 2.4. Letalita (smrtnost)

Další důležitý ukazatel z hlediska veřejného zdraví a plánování intervencí. Jde rovněž o ukazatel na bázi incidence a vyjadřuje poměr počtu zemřelých na danou nemoc k počtu nemocných na danou nemoc (vyjadřuje závažnost klinického průběhu daného onemocnění; bývá vyšší než mortalita).

V drogové epidemiologii se užívá nejen pro sledování úmrtnosti mezi uživateli drog, resp. jejich jednotlivých typů<sup>5</sup>, ale i pro sledování úmrtnosti nemocných na související onemocnění (především krevně přenosné nemoci a z nich celosvětově nejčastěji na HIV/AIDS).

### 2.5. Komorbidita (souběh nemocí)

Může být vyjádřena na bázi incidence i prevalence. Udává počet osob, trpících daným (patologickým) sta-

vem a zároveň jiným(i) (obvykle souvisejícím(i)) patologickým(i) stavem/stavů. Nejčastěji se v drogové epidemiologii udává komorbidita (problémového) užívání drog s krevně přenosnými nemocemi (HIV/AIDS, krevně přenosné virové hepatitidy), jinými infekčními nemocemi (TBC, syfilis) a psychiatrickými diagnózami.

## 3. Pět harmonizovaných epidemiologických indikátorů

V evropské drogové epidemiologii<sup>6</sup> bylo během devadesátých let určeno „5 harmonizovaných indikátorů“. Ty představují minimální soubor dat, umožňující kvalifikovaně zhodnotit míru a závažnost zneužívání OPL na mezinárodní, národní, regionální či lokální úrovni<sup>7</sup>. V následujícím textu jsou harmonizované indikátory stručně popsány spolu s náčrtů možných interpretací.

### 3.1. Průzkumy užívání nelegálních drog v obecné populaci

#### Metodika

Provádějí se standardními sociologickými metodami (interview, telefonní interview, standardizovaný dotazník) na tzv. reprezentativním vzorku populace. Hlavním úkolem je zjistit co možná nejpřesněji rozsah a způsob užívání různých drog v obecné populaci, charakteristiky a způsoby chování uživatelů a postoje, které různé společenské skupiny zaujímají k užívání drog. Speciálním případem jsou tzv. školní studie, zkoumající rozsah a způsob užívání, postoje atd. v tzv. rizikových věkových kohortách – většinou 15 – 19 let. Základními technikami jsou osobní pohovory, telefonní průzkumy a vyplňování strukturovaných dotazníků.

Otázky by měly standardně pokrývat *minimálně*

1. pohlaví, věk, rodinný a zaměstnanecký status, vzdělání
2. celoživotní prevalenci užívání OPL (podle jednotlivých typů drog)
3. prevalenci užití/užívání OPL (podle jednotlivých typů drog) v posledním roce
4. prevalenci užití/užívání OPL (podle jednotlivých typů drog) v posledním měsíci
5. frekvenci užívání OPL (podle jednotlivých typů drog) v posledním měsíci
6. věk prvního užití konopí
7. prevalenci užívání tabáku a alkoholu

<sup>4</sup> V Evropské unii se odhaduje průměrně na 18 – 20 %, v České republice o něco výše – na cca 23 %; pravděpodobně nejvyšší procento populace, užívající drogy, využívá služby nebo léčbu ve státech Beneluxu (50 – 70 %) a na Maltě.

<sup>5</sup> Kdy například smrtnost uživatelů konopí se neliší od smrtnosti jejich vrstevníků, kteří konopí neužívají, a naopak smrtnost uživatelů opiatů je podle španělských údajů asi 17x vyšší než ve srovnatelné skupině neužívajících.

<sup>6</sup> Konkrétně díky programu oddělení epidemiologie EMCDDA.

<sup>7</sup> Ke každému z indikátorů existuje množství metodické literatury, přehledně shromážděné na webu [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org). České překlady některých z nich jsou k dispozici na webu Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti [www.nfp.cz](http://www.nfp.cz).

**8. názory a postoje k užívání OPL (podle jednotlivých typů drog),**

Vzhledem k tomu, že odpovědi na tyto citlivé otázky jsou získávány přímými – pohovorovými nebo dotazníkovými – metodami, je u nich i při nejspolehlivějším zaručení anonymizace vysoké riziko zkreslení reálného stavu. Působí tu proti sobě dva trendy:

– přirozená obava respondenta ze zneužití údajů, souvisejících s „protispoločenským“ chováním, snaha o disimulaci (a z toho vyplývající riziko podcenění reálného stavu),

– snaha některých respondentů „zvýšit“ své hodnocení uváděním „nonkoformního, svěťáckého“ chování (a z toho vyplývající riziko přecenění reálného stavu, zejména v mladších věkových kohortách).

Obecně lze uvést, že míra spolehlivosti a přesnosti výsledků je významně ovlivněna jednak kvalitou metody – reprezentativita a velikost vzorku, korektnost odběru, odfiltrování simulací a desimulací statistickými a sociologickými metodami<sup>8</sup> apod., jednak kulturními podmínkami – společenskou atmosférou a mírou společenské marginalizace menšinového chování.

### **Možné interpretace pro praktické rozhodování o intervencích**

Výsledky průzkumu umožňují příjemci získat základní představu o rozšíření užívání nelegálních drog v populaci, o distribuci „ohrožení“ podle věku, vzdělanosti, materiálního statutu a dalších sociálních charakteristik.

Rozdíl v prevalenci mezi věkovými skupinami upozorňují na dlouhodobější trendy a mohou sloužit jako podklad pro další prognostické odhady, stejně jako delší časová řada pro tutéž věkovou kohortu. *Zjednodušeně řečeno lze především často užívaný ukazatel „celoživotní prevalence“ interpretovat jako vyjádření toho, jak v dlouhodobém horizontu funguje primární prevence<sup>9</sup>.* Nedošlo-li k výrazné změně sociálních nebo demografických podmínek a hodnoty se zvyšují, pak působení rodiny, preventivní programy ani „odstrašující funkce represe“ nesplnily svou roli – neodradily stoupající procento zkoumané populace od přinejmenším jednorázového užití nelegální drogy.

O dopadu všech výše uvedených preventivních faktorů v relativně krátkodobém měřítku informuje *celoživotní prevalence* v tzv. „rizi-

*kových kohortách“* (tzv. středoškolské dotazníkové průzkumy). Ty ovšem nezastihují podstatnou část nejrizikovější, sociálně deprivované populace. Je totiž jasné, že drtivá většina (problémových uživatelů drog) ve smyslu definice EMCDDA (viz dále) není ve středních školách a učilištích k zastížení.

*Změny v prevalenci užívání v posledním roce a v prevalenci užívání v posledním měsíci* jsou přímým odrazem dopadu primární prevence v krátkodobějším horizontu (může být ovlivněna úspěšností či neúspěšností toho kterého právě probíhajícího či nedávno skončeného programu) a značně jsou též ovlivněny aktuální dostupností nezákonných drog – tedy (ne)úspěšností represe.

*Prevalence užívání v posledním měsíci* je doplněna údajem o frekvenci tohoto užívání; vzhledem k obecně známému faktu, že se vzrůstající frekvencí roste riziko vzniku závislosti a také vzniku somatických škod (jinými slovy: přibližuje pro některé drogy indikátor „užívání v posledním měsíci“ indikátoru „problémové užívání“, umožňují tento ukazatel posoudit míru závažnosti/problématickosti/rizikovosti tohoto chování v populaci.

*Věk prvního užití konopí a prevalence užívání tabáku a alkoholu* informují jednak o dostupnosti těchto návykových látek (zejména pro věkové kohorty do 18 let), jednak jsou významným korektivem postojových otázek (viz dále).

*Postojové otázky* informují o společenské atmosféře ve vztahu k návykovým látkám a tak v sobě nesou důležitou informaci pro plánování cílené/specifické primární prevence. Vzhledem k možnému zkreslení ze strany respondentů je vždy nutné výsledky této skupiny indikátorů posuzovat ve spojitosti s předchozími, a to podle věkových kohort.

### **3.2. Odhady prevalence problematického užívání drog**

Poskytují na vědecké bázi údaje o rozsahu nejzávažnějšího – nejproblematičtějšího – užívání OPL, které nelze spolehlivě určit pomocí průzkumů populace ani rizikových věkových kohort.

*Definice problémového užívání:* Problémové užívání je podle EMCDDA definováno jako intravenózní užívání drog (IUD) anebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „problémové užívání“ se nezahrnuje užívání extáze a konopí.

#### **Metodika**

Pro problémové užívání platí, že dotazníkovými ani jinými přímými metodami nelze spolehlivě zjistit jeho

<sup>8</sup> Např. vhodně vloženou otázkou na užití neexistujících drog.

<sup>9</sup> Primární prevence – prevence, jejímiž příjemci jsou dosud nezasažené skupiny v populaci.

rozsah, a to zejména u těchto důvodů: 1) prevalence tohoto jevu je relativně nízká a proto významně klesá pravděpodobnost záchytnosti a tedy stoupá riziko statistické chyby, 2) problémové užívání je považováno za protispoločenský jev a jako takové má přirozenou tendenci se skrývat, 3) problémoví uživatelé drog jsou těžko postižitelní standardními metodami (absence ve školách, nevlastní telefon, nejsou součástí „reprezentativních vzorků“).

Proto se pro tyto odhady používá matematických metod a modelování. Při použití více zdrojů anebo při kombinaci několika metod lze dosáhnout vysoké míry přesnosti. Metody pro odhad prevalence problémového užívání drog jsou bez výjimky poměrně složité a vyžadují účast kvalifikovaného epidemiologa anebo statistika.

*Multiplikační metody* spočívají v co nejpřesnějším zjištění velikosti nějaké podskupiny problémových uživatelů drog, zjištění poměru mezi velikostí této populace a podskupiny (např. v lokálním měřítku) a jeho vztahení na tuto populaci v měřítku širším (krajském, národním atd.). Každá z níže popsaných metod má svá omezení – v definici případu, v pokrytí sběrnými mechanismy, v dostupnosti dat. Maximální pozornost je proto třeba věnovat konzistenci v definici a zohlednění různých typů biasu (systémových chyb). Multiplikační metody dále rozdělujeme podle typu dat, která jsou používána: data o léčbě, policejních datech, data o mortalitě a další.

*Metoda zpětného záchytu (capture-recapture)*: Statistická metoda, spočívající v kombinaci dat z různých zdrojů – nejčastěji zdravotnických a trestně právních (resp. policejních); provádí se identifikace překryvů identifikovaných uživatelů v těchto registrech a výpočet skryté populace v rámci loglineárního modelu. Přesnost metody je životně závislá na použití registrů z různých typů zdrojů – tedy nikoliv pouze z trestně-právního nebo pouze ze zdravotnického sektoru. Lze totiž předpokládat vzájemnou provázanost těchto zdrojů, která výrazně rozšiřuje interval spolehlivosti odhadu.

*Metoda multivariantních indikátorů*: Jiná poměrně složitá metoda, která odhaduje rozsah problémového užívání pomocí kombinace různých indikátorů, přímo se vztahujících k užívání drog. Předpokládá, že podkladem všech těchto indikátorů je jediná latentní proměnná – tzv. „skutečná prevalence“. Ta je odvozována pomocí tzv. analýzy hlavních komponenty (principal component analysis).

*Metoda zpětné kalkulace*: Používá se zejména pro odhad prevalence injekčního užívání pomocí matematických modelů šíření

HIV/AIDS a virové hepatitidy B a C, používajících metodu zpětné kalkulace (back calculation) podle Brookmeyera et Gaila.

### **Možné interpretace pro praktické rozhodování o intervencích**

Navzdory jeho poměrně složitému určování se jedná o mimořádně důležitý indikátor pro praktické rozhodování o bezprostředních intervencích, a to zejména na lokální úrovni.

Problémové užívání OPL s sebou nese nejvyšší přímé i nepřímé společenské náklady, zatěžuje zdravotní i represivní systém a představuje významné zdravotní riziko nejen pro uživatele, ale (zejména vzhledem k udržování a rozšiřování rezervoáru infekčních nemocí v této populaci) i pro celou společnost. Je až zarážející, jak tato početně relativně nevýznamná skupina (viz Obr. 4) nese drtivou většinu negativních následků, které si široká veřejnost obvykle s drogami, resp. libovolným typem jejich užívání spojuje<sup>10</sup>.

Zároveň ovšem je skupina problémových uživatelů v populaci „nejsnadněji“ ovlivnitelná v krátkodobém horizontu – právě díky svému velmi omezenému rozsahu, který umožňuje vysoce cílená, specifická opatření. Toto konstatování platí jak pro velikost této skupiny, tak pro její zdravotní stav, mortalitu, podíl populace v léčbě atd. *V tomto smyslu je skupina problémových uživatelů „ústřední specifickou zájmovou skupinou drogové politiky“ – hlavní objekt zájmu represe, léčby i harm reduction*<sup>11</sup>. Jen široce založená (a obtížně exaktně hodnotitelná) primární prevence (zaměřená na neužívající – různorodou – populaci) není pro tuto skupinu relevantní.

Pouhé přerušení či oslabení vztahu/vektoru „užívání v posledním měsíci > problémové užívání“ (například metodami vzdělávání v rámci terciární prevence; tj. převodem uživatelů na méně nebezpečné způsoby užívání) znamená výrazné snížení rizika pro jedince a škod pro společnost. Stejně blahodárně působí posílení vztahu „problémové užívání > poptávka pro léčbě“, jehož lze efektivně dosahovat především přizpůsobením zařízení služeb a léčby pro uživatele drog jejich specifickým/potřebám – zvýšením „in-treatment ratio“. V dlouhodobějším horizontu pak kladně působí všechna opatření, zacílená na obecnější populaci.

<sup>10</sup> Dopouští se tak stejného omylu, jako kdyby si uživatele alkoholu – řekněme rekreačního pijana vína – spojovala se sociálně devastovaným alkoholikem, zivoricim na Hlavním nádraží.

<sup>11</sup> V této souvislosti jasně vyplývá potřeba co nejpřesnějšího určení velikosti této skupiny uživatelů; bez znalosti velikosti cílové populace se jakákoliv (represivní i léčebná) opatření přirozeně plánují s mnohem nižší pravděpodobností úspěchu – nemluvě o faktu, že se v takovém případě stává problematické samo vyhodnocení jakékoliv specifické intervence.

Počet problémových uživatelů snižuje i mortalita. Jakékoliv zvýšení hodnoty tohoto indikátoru v neprospěch prevalence však nelze považovat za úspěch – z etických i povýtce pragmatických (ekonomických) důvodů.

Podklad pro další možné interpretace a úvahy o inter-  
vencích a jejich zacílení nabízí *Obr. 5*.

### **3.3. Zájem o léčbu v souvislosti s užíváním drog (treatment demand)**

#### **Metodika**

Tento indikátor na podkladě semianonymních údajů (zaslepených tak, aby bylo na jedné straně možno odstranit vícenásobné zápočty, na straně druhé aby byly významně ztíženy možnosti přesné identifikace dané osoby) podává zprávu o počtu těch, kteří v libovolné souvislosti s drogami (zdravotní potíže somatické nebo psychické povahy, ekonomické a sociální problémy apod.) požádali o léčbu nebo jinou službu státní či ne-  
státní instituci. Pro každého takto zaregistrovaného žadatele o léčbu/službu se sbírají charakteristiky, jejichž minimální set je obdobný setu z populačních prevalencečních průzkumů. Obvykle bývá doplněn o další otázky, vztahující se především k způsobům užívání jednotlivých drog, jeho započítí, frekvenci, ke zdravotnímu stavu klientů, protestovanosti a promořenosti na vybrané nemoci (především přenosné krvi) apod.

Sbírá se na:

1) *incidenčním podkladě (FTD – First Treatment Demand)*, a to nejčastěji po čtvrtletích a po kalendářním roce. Udává, kolik lidí požádalo v daném časovém období o léčbu nebo službu poprvé, tedy aniž by se předtím kdy v této souvislosti obrátilo na jakoukoliv instituci

2) *prevalenčním podkladě (Treatment Demand)*, a to nejčastěji ve stejných obdobích. Tento indikátor udává, kolik lidí v zařízeních využívalo léčby a služeb v daném období celkem.

Vztah mezi prevalencečním a incidenčním indikátorem není lineární a významně se mohou lišit i sociodemografické charakteristiky. Vzhledem k tomu, že závislostní i problémové užívání je až na výjimky chronicky relapsující stav a k dlouhodobé abstinenci dochází většinou až po několika neúspěších v terapii, může v čase a místě významně kolísat i poměr incidence/prevalence (multiplikátor), kterého se někdy k odhadu prevalence léčených v souvislosti s drogami používá.

Krucíální problém při sběru údajů pro tento indikátor představuje přesná definice případu ze strany sběratele dat a jeho vyhovění na straně poskytovatelů dat – tedy provozovatelů zařízení služeb a léčby. Zkušenost učí, že obě se významně liší v čase (s jasným trendem k rozšíření definice a tedy arteficiálnímu zvýšení tohoto indikátoru rok od roku) i místě (kdy bývá někdy vykazovací taktika ovlivněna jak institucionálními i personálními vztahy mezi sběratelem a poskytovatelem dat, tak ekonomickými a dalšími zájmy poskytovatelů); tuto skutečnost (tzv. *observační bias*) je nutno při interpretaci tvrdých údajů i časových trendů pečlivě zhodnotit.

Údaje se standardně sbírají pomocí dotazníků, vyplňovaných přímo zařízením, jež poskytující léčbu nebo služby v souvislosti s užíváním drog<sup>12</sup>.

#### **Možné interpretace a vztahy**

Indikátory „zájmu o léčbu“ je třeba vždy posuzovat ve vztahu k

- prevalenci problémového užívání,
- prevalenci užívání.

Porovnáním charakteristik a velikosti těchto souborů s incidenčním i prevalencečním indikátorem zájmu o léčbu potom můžeme zjistit mj.

- míru využívání léčby a služeb cílovou populací a jejími podskupinami (etnické minority, uživatelé jednotlivých typů drog apod.) a tudíž jejich přitažlivost pro cílovou populaci,
- stupeň „cirkulace“ klientů a sociodemografické změny ve vybrané populaci – a z toho do značné míry dovodit efektivitu jednotlivých typů léčby i vlastních zařízení,
- změny v uživatelském chování a míru vnímání jejich nebezpečnosti cílovou populací.

### **3.4. Úmrtí v souvislosti s drogami a letalita uživatelů drog**

Tzv. „úmrtí v souvislosti s drogami“ je považováno za bezprostřední indikátor úspěšnosti zdravotní politiky ve vztahu k užívání drog. Přesto vládne v jeho určování poměrně značná nejednotnost jak na mezinárodní, tak národní úrovni.

Obecně se doporučuje za „drogová úmrtí“ považovat úmrtí:

1. v důsledku úmyslného nebo náhodného předávkování
2. v důsledku dlouhodobého zneužívání drog
3. sebevraždy, spojené se závislostí na drogách
4. smrtelné nehody, ovlivněné drogami.

Z nich zejména kategorie 2) je extrémně těžko zjištělná (vzhledem k tomu, že (ex)uživatel OPL mohl v době úmrtí na chronické,

<sup>12</sup> V České republice za distribuci a sběr dotazníků zodpovídá Hygienická služba při využití své trojstupňové struktury, vyhodnocovatelem je Centrální pracoviště drogové epidemiologie při Hygienické stanici hl. m. Prahy.

dlouhodobé onemocnění abstinentů a jeho anamnéza nebyla předmětem forenzního šetření); proto v tomto ohledu dochází bez výjimky k podcenění odhadů. Přesnějších výsledků se lze dobat složitějšími metodami typu určování etiologických faktorů pro jednotlivé nemoci. Naopak u kategorie 4) často dochází k přeceňování odhadu, když bývá bez přesnějšího zdůvodnění prostá koincidence<sup>13</sup> prohlášena za příčinný vztah.

V současné době se pro praktické účely rozlišují jen dvě kategorie „drogových úmrtí“: 1) *přímá úmrtí* = „otravy“ = úmrtí z „předávkování“ OPL, tedy ty případy, kdy selhání životních funkcí bylo způsobeno přímou interakcí účinné koncentrace chemické látky, zákonem klasifikované jako OPL, a organismu oběti – tedy nikoliv například otravu aditivou, 2) *nepřímá úmrtí* = *jiná úmrtí za přítomnosti OPL*, tedy všechny případy, kdy byla OPL v tkáních/tekutinách oběti sice nalezena, nelze ale bez pochyb určit, že úmrtí spadá do kategorie 1.

V zásadě existují dvě možnosti určování „drogových úmrtí“:

- extrapolací z existujících registrů mortality, které vede Národní statistický úřad (v ČR Český statistický úřad)
- zakládáním, resp. vytěžením specializovaných registrů

Obecně platí, že přesnější je druhá metoda; ta je také snáze proveditelná na místní úrovni – až na výjimky postačí obrátit se na místně příslušné oddělení soudního lékařství, resp. jeho toxikologickou laboratoř.

*Letalita (smrtnost) uživatelů drog*: Tento indikátor bývá většinou vyjádřen frekvenčním číslem (v procentech) a určuje, jaký podíl z dané skupiny uživatelů drog zemře během určitého časového období – obvykle během kalendářního roku. Často se též interpretuje jako „riziko úmrtí uživatelů drog“ a bývá srovnáváno s rizikem úmrtí v téže věkové skupině v obecné populaci; výsledkem je „relativní riziko“.

Pro zjišťování tohoto indikátoru se používá dvou základních typů studií:

- *průřezové (cross-sectional) studie*, které měří všechna úmrtí v souvislosti s užíváním drog na daném území; pokud existuje dobrý odhad prevalence (problémového) užívání, korektní systém určování těchto úmrtí a správná metodika příslušného toxikologického oddělení, je tato metoda proveditelnější a méně časově i materiálně nákladná; je ale také nepřesnější a interpretačně omezenější než následující,

– *longitudinální studie*, ve kterých se po několik let sleduje přesně definovaným postupem vybraná skupina závislých/uživatelů drog; vyžadují vysoce kvalifikovaného vedoucího studie a vysokou míru spolupráce osob, participujících ve výzkumu; jen s jejich pomocí ale lze relativně přesně odhadnout obecnou a specifickou mortalitu uživatelů drog.

### **Možné interpretace**

Letalita uživatelů drog je přímo závislá na

- prevalenci problémového užívání drog v populaci (efektivitě primární prevence a represe),
- způsobu (rizikivosti) problémového užívání (efektivitě terciární prevence),
- dostupnosti zdravotních služeb (efektivitě sekundární prevence),
- efektivitě zdravotních služeb (kvalitě sekundární prevence).

Vzhledem k dosud nesjednocené metodice těchto studií po celém světě (například relativní riziko úmrtí problémových uživatelů k obecné populaci podle souhrnu EMCDDA kolísá zhruba mezi 3 – 18) má prakticky význam pro hodnocení úspěšnosti protidrogové politiky buď sledování metodologicky jednotných studií v různých lokalitách (multicentrické studie), nebo (častěji) delší časová řada těchto údajů při zachování konzistence ve sběru dat na tomtéž místě.

### **3.5. Infekční nemoci se vztahem k užívání drog**

Standardně se mezi ně zařazuje hepatitida B a C a HIV/AIDS<sup>14</sup>.

*Podíl uživatelů drog na nových nálezích*: Určuje, jak závažnou roli sehrává (injekční) užívání drog pro šíření dané nemoci. Obecně platí, že význam injekčního užívání pro šíření HIV/AIDS ve světě plynule rostl (nikoliv ale v ČR) a podíl uživatelů na infekcích virové hepatitidy B a především virové hepatitidy C roste, když se počet těchto infekcí získaných jinou cestou snižuje. Ve většině zemí existuje národní systém sledování incidence těchto (hlášených) onemocnění<sup>15</sup>, který zjišťuje i cestu nákazy. Umožňuje také místní (geografické) určení incidence. Pro drogovou epidemiologii má nicméně jen omezený význam – řada těchto infekcí (hepatitidy B, C) probíhá velmi dlouho bezpříznakově nebo jen s mírnými příznaky a populace uživatelů drog se styku se standardními hlášenými mechanismy spíše vyhýbá. Obraz plynoucí z těchto standardních sledovacích systémů (incidence) má tedy jen velmi nízkou vyovídací schopnost.

<sup>13</sup> Koincidence – současný výskyt dvou jevů bez definovaného vztahu mezi nimi; zahrnuje tzv. „shody okolností“.

<sup>14</sup> V poslední době se na evropské i národní úrovni znovu diskutuje o zařazení tuberkulózy a syfilidy.

<sup>15</sup> V ČR automatizovaný sběrný systém EPIDAT pro hepatitidy a Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS v rámci Státního zdravotního ústavu ([www.szu.cz](http://www.szu.cz)).

*Prevalence onemocnění mezi uživateli drog:* Zjišťuje, jak velké procento z populace uživatelů drog a jejich podskupin je nebo bylo nakaženo hepatitidami resp. jak velký podíl z nich je nakažen virem HIV. Používají se seroprevalenční a seroincidenční studie (serologické přehledy) na populacích uživatelů drog v léčbě, studie na uživatelích drog, využívajících nízkoprahové služby, případně kombinace předchozích dvou postupů spolu se sondami mezi „skrytou populací“ se záměrem získat co nejrepresentativnější vzorek aktuální uživatelské scény, dále studie na vězňených uživatelích drog, studie těhotných matek, užívajících drogy a jiné speciální sentinelové studie.

### ***Možné interpretace***

Při posuzování prvního indikátoru je vždy třeba posuzovat nikoliv podíl na celkovém počtu nakažených (který je ovlivněn především výskytem nemoci v neužívající populaci a nemá žádnou výpovědní hodnotu ve vztahu k „drogové situaci), ale absolutní počet nově nakažených uživatelů a jejich trend<sup>16</sup>.

Pak jsou faktory, ovlivňující tento indikátor, zejména

- celková prevalence problémového užívání,
- způsob a rizikovost užívání (efektivita harm reduction),
- míra využívání zdravotních a jiných služeb a jejich kvalita.

V případě druhého indikátoru je vždy třeba posuzovat zejména jeho vývoj (např. „incidence rate“ při sledování téhož souboru).

---

<sup>16</sup> Za předpokladu, že se hlásný mechanismus během sledovaného času nijak nezměnil.

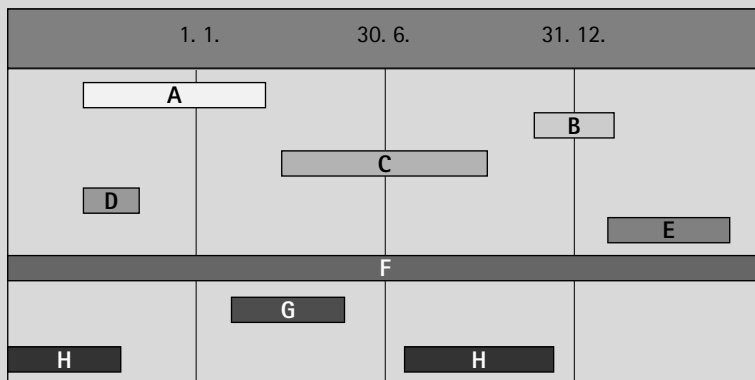
## Summary Drug Epidemiology

This chapter attempts to provide a brief overview about the epidemiology of drug abuse. A sketch of its tasks, main goals, methods and possible interpretations is given. Drug epidemiology is a key element to understanding drug problem in the society, to develop interventions and to watch their appropriateness and effectiveness. For the top managers and policymakers, epidemiology can provide an information basis for planning and targeting interventions, and it can also serve as a feedback mechanism. Therefore, drug epidemiology is and has to be one of essential pillars of any drug strategy.

The chapter first explains the essential terms: prevalence, incidence, mortality, lethality and co-morbidity. Special attention is paid to the set of 5 harmonised epidemiological indicators developed by the European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), that are presented from the viewpoint of definitions, methodology and interpretation.

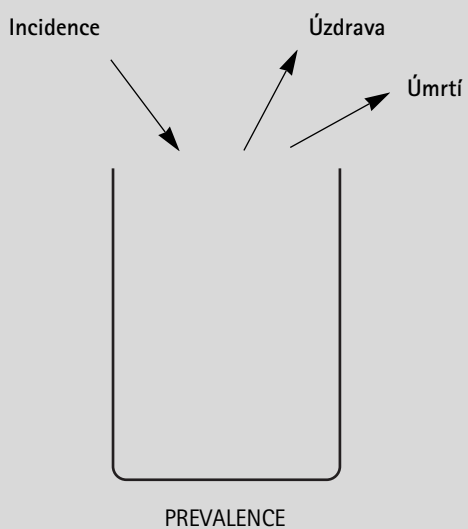
**Key words:** epidemiology – incidence – indicators – prevalence – problem users

Obr. 1: Případy a jejich vztah k incidenci a prevalenci

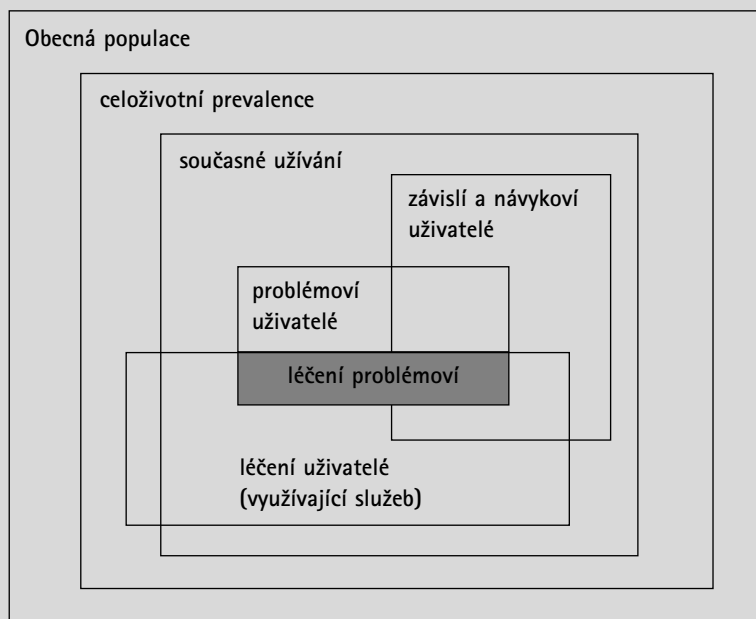


Pozn.: čáry znamenají epizody (nebo např. v případě D jediný případ) užití nebo užívání drog(y)

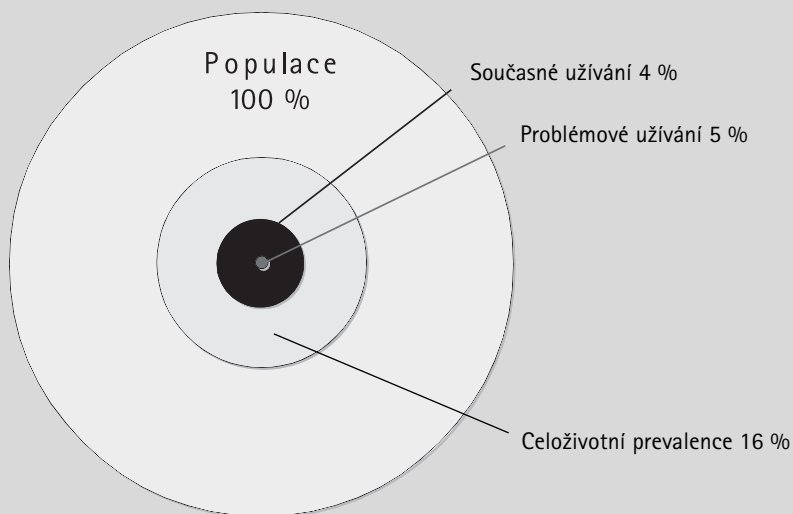
Obr. 2: Prevalenční kotlík



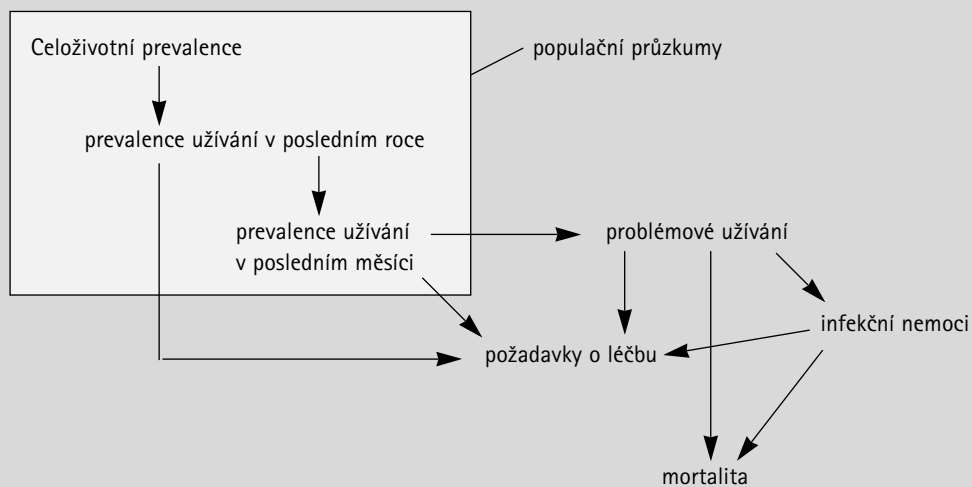
Obr. 3: Vztah mezi některými typy prevalence



Obr. 4: Kvantitativní poměry mezi některými typy prevalence v ČR, 2001



Obr. 5: Vzájemný vztah pěti základních indikátorů – toky osob



## Literatura

- Bém P., Minařík J., Kuda A., Hrdina P. (1999): Charakteristiky rizikového chování u skryté populace problémových uživatelů drog – kvalitativní studie (Characteristics of Risky Behaviour within the Hidden Population of Drug Users – Qualitative Study). In: Bém P., Minařík J., Rhodes T. (Eds.): Rapid assessment of the Czech Republic. PHARE „Technical Assistance to Drug Demand Reduction“ & National Drug Commission of the Czech Republic, Praha
- Csémy L., Sovinová H., Komárek J. (2000): Drogy a taneční scéna (Drugs and the dance scene). Státní zdravotní ústav, Praha
- EMCDDA (2001): Extended Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union; Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 1997, 1998, 1999, 2000
- EMCDDA (2002): Key indicators [Web Page]. Accessed 2002 Jul 7. Available at: [http://www.emcdda.org/situation/methods\\_tools/key\\_indicators.shtml](http://www.emcdda.org/situation/methods_tools/key_indicators.shtml).
- Janout V. (1995): Základy epidemiologie (Basics of Epidemiology), 1.vydání. Vydavatelství Univerzity Palackého, Olomouc
- Komenda S. (1999): Úvod do metodologie zdravotnického výzkumu (Introduction into the Health Research Methodology). Vydavatelství Univerzity Palackého, Olomouc
- Miovský M., Urbánek T. (2001): Výzkumná zpráva NEAD 2000 (The NEAD 2000 – Research Report). Scan, Tišnov
- Meziřesortní protidrogová komise (2000): Národní protidrogová strategie 2001 – 2004 (National Drug Policy Strategy 2001 – 2004). Úřad vlády ČR
- Nožina M. (1997): Svět drog v Čechách (World of Drugs in Czech Republic). KLP – Koniasch Latin Press & Livingstone, Praha, & Orlick nad Vltavou
- Polanecký V., Šejda J., Studničková B., Klaka J., Šeblová J., Hančlová, H. (2002): Epidemiologie drog a uživatelů drog – Česká republika 2001, 2000, 1999, 1998, 1997, 1996, 1995. Hygienická stanice hl. m. Prahy, Praha
- Polanecký V., Šmídová O., Studničková B., Šafr J., Šejda J., Hustopecký J. (2001): Mládež a návykové látky v České republice – trendy let 1994 – 1997 – 2001 (Youth and Addictive Substances in Czech Republic: Trends 1994 – 1997 – 2001). Hygienická stanice hlavního města Prahy, Praha
- Tyrlík M., Zuda T., Bém P. and Power R. (1997) Zhodnocení drogové situace v ČR 1996 (Rapid Assessment of the Drug Use Situation in the Czech Republic). MPK a FF MU Brno, Brno/Praha
- United Nations (2002): World Drug Report. Oxford University Press, Oxford – New York
- Victoria Premier's Drug Advisory Council (1996): Drugs and our Community. Report of the Premier's Drug Advisory Council, March 1996. Victorian Government, Melbourne
- World Health Organisation (1992): Mezinárodní statistická klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10. WHO & Ústav zdravotnických informací a statistiky; Praha
- WHO, EMCDDA, UNDCP (1997): Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment – Working Papers 1 – 8. WHO, Lisbon, Vienna, Zurich
- WHO, UNDCP, EMCDDA (2000): Framework Workbook. Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment edn., WHO, Geneva
- Zábranský T. (Ed.) (2001): Adiktologie Supplementum: Vybrané substudie Analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR. Adiktologie, 1 (1):1 – 256.
- Zábranský T., Mravčík V., Gajdošíková H., Miovský M. (2001): PAD: projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR. Souhrnná závěrečná zpráva. – PAD: Impact Analysis Project of New Drugs Legislation. Summary Final Report. ResAd a Scan, Praha, Tišnov
- Zábranský T., Langer I., Gronský L., Mravčík V. (1997): Racionální protidrogová politika (Rational Drug Policy). Votobia, Olomouc
- Zábranský T., Miovský M., Mravčík V., Gajdošíková H., Kalina K. (2001): Projekt analýzy dopadů novelizované protidrogové legislativy v ČR: metodologie a průběžná zpráva pro zasedání vlády ČR 17. ledna 2001 (č.j. 23/01) (Impact Analysis Project of New Drug Legislation: Methodology and State-of-Art Report for the Governmental session 2001-01-17 #23/01). Meziřesortní protidrogová komise vlády ČR, Praha

Promoval na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v r. 1993. V roce 2002 získal titul PhD. v oboru epidemiologie. Jako národní vedoucí Komponentu 1 PHARE Twinning Projectu „Strengthening Drug Policy“ zodpovídá za vybudování Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti v ČR. Pracuje jako expert mezinárodních organizací (EMCDDA, WHO, Pempidou Group) a je členem redakčního týmu EMCDDA Regional Report on Drugs – Accessing Countries. Byl autorem výzkumného designu a vedoucím výzkumného týmu PAD (Projekt analýzy

dopadů novelizace drogové legislativy), zadaného vládou ČR, který získal Cenu Jaroslava Skály za rok 2001. V letech 1999 – 2001 byl vedoucím české části mezinárodního výzkumného projektu Evropské komise Copernicus – Global Approach on Drugs pod vedením prof. Rogera Palma. Je autorem jedné knihy a řady odborných i populárně-naučných článků, tématicky svázaných s drogovou problematikou. Aktivně také působí jako překladatel a redaktor českých překladů zahraniční odborné literatury.

*Kontakt – E-mail: [tomas@zabransky.cz](mailto:tomas@zabransky.cz)*

**Klíčová slova:** administrativní a kontrolní mechanismy – represe – trestní postih – úmluvy OSN – vyvážený přístup

### Úvod

Produkce a obchod s drogami i jejich zneužívání nabývá stále více globální charakter a jeho důsledky se projevují prakticky v každé zeměpisné oblasti. Mezinárodní společenství a instituce se proto snaží přijímat vhodná opatření a průběžně reagovat na aktuální vývoj v této oblasti a na změny drogové scény. V tomto směru jsou aktivní jak jednotlivá regionální seskupení (Evropská unie, Organizace amerických států a další), tak i celosvětové instituce, zejména OSN a WHO. Většina států podílejících se na činnosti těchto organizací dosáhla postupně v druhé polovině 20. století konsensu v základních otázkách přístupu k řešení drogových problémů a dopracovala se k přijetí řady mezinárodních úmluv. Klíčový význam v celosvětovém měřítku i z hlediska České republiky přitom má Organizace spojených národů a na její půdě uzavřené tři nejvýznamnější mezinárodní dohody týkajících se omamných a psychotropních látek:

- 1) Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961, ve znění Protokolu z roku 1972 o změnách Jednotné úmluvy o omamných látkách (vyhláška č. 47/1965 Sb., ve znění sdělení č. 458/1991 Sb.)
- 2) Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971 (vyhláška č. 62/1989 Sb.)
- 3) Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988 (sdělení č. 462/1991 Sb.)

Všechny uvedené úmluvy vychází z toho, že výroba drog, obchodování s nimi a konzumace drog představují vážný celosvětový problém, který se nevyhýbá žádnému státu, bez ohledu na jeho ekonomickou vyspělost, kulturu, historii či geografickou polohu. Jde o problém, který má své aspekty zdravotní, sociální, kulturní, ekonomické, bezpečnostní a další. Drogová problematika je též významným kriminogenním faktorem – drogy jsou častou příčinou trestné činnosti různého druhu. Nejde jen o vlastní drogové delikty spočívající v nelegální výrobě drog a zakázané manipulaci

s nimi, ale rovněž o další velice nebezpečnou činnost spojenou s jejich zneužíváním – od deliktů majetkových, přes útoky proti životu a zdraví až po organizovaný zločin. Tyto skutečnosti vedly k tomu, že většina států začala považovat nelegální výrobu drog, jejich nezákonnou distribuci a některé další nepovolené způsoby zacházení s nimi za trestné činy. Proto také bylo možné do citovaných základních mezinárodních úmluv týkajících se nakládání s drogami zakotvit povinnost smluvních stran důsledně kontrolovat výrobu drog, další nakládání s nimi omezit jen na nezbytně nutnou míru, zakázat jejich nelegální distribuci a porušení těchto zákazů trestně stíhat<sup>1</sup>.

### Kontrola a regulace

Mezi základní všeobecné závazky smluvních stran podle těchto úmluv patří přijetí *legislativních a správních opatření*, která jsou nutná k omezení produkce, výroby, vývozu, dovozu, distribuce, obchodu, použití a přechovávání omamných a psychotropních látek. Za účelem dosažení cílů sledovaných těmito úmluvami jsou v nich zakotveny nezbytné kontrolní mechanismy a formy dohledu příslušných mezinárodních orgánů nad dodržováním závazků, které z nich vyplývají.

*Látky podléhající kontrole* podle Jednotné úmluvy o omamných látkách z roku 1961 a podle Úmluvy o psychotropních látkách z roku 1971 jsou zařazeny do celkem osmi seznamů omamných a psychotropních látek, které jsou připojeny k těmto úmluvám. Seznam dalších sledovaných látek je obsažen ve dvou tabulkách tvořících přílohu Úmluvy OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988<sup>2</sup>. V případě potřeby jsou tyto seznamy aktualizovány a doplňovány. Tento proces mohou iniciovat jednotlivé smluvní strany a Světová zdravotnická organizace. Smluvní strany jsou kromě toho povinny učinit vše co je v jejich moci, aby látky, které nejsou dotčeny těmito úmluvami, ale mohou být zneužity k nedovolené výrobě drog, byly podrobeny co největšímu dohledu.

<sup>1</sup> Od roku 1993 má Česká republika vlastní protidrogovou strategii, která se snaží uvést v život pravidla zakotvená v uvedených úmluvách. Specifické závazky vyplývající z jejich trestních ustanovení jsou pak promítnuty zejména v § 187 až § 188a trestního zákona a v § 29 a § 30 zákona o přestupcích (viz kapitola I.7).

<sup>2</sup> Všechny látky zahrnuté do těchto seznamů podléhají kontrole též podle české vnitrostátní legislativy. Vyjmenovány jsou v přílohách zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, a nařízení vlády č. 192/1988 Sb., o jedech a některých jiných látkách škodlivých zdraví, ve znění pozdějších předpisů.

Výroba, pěstování, dovoz, vývoz a distribuce omamných a psychotropních látek podléhají přísným *omezením*. Úmluvy povolují výrobu a pěstování těchto látek v zásadě toliko pro lékařské a vědecké účely. V zájmu toho, aby se tyto již vyrobené nebo vypěstované látky nedostaly do rukou někoho, kdo by je mohl zneužít, stanoví úmluvy také přesná pravidla pro jejich distribuci k spotřebitelům a pro obchod s nimi, včetně jejich dovozu ze zahraničí a vývozu do zahraničí. Veškeré nakládání s nimi musí být důkladně evidováno. Uvedené látky nesmí být předepisovány nebo vydávány pro použití jednotlivci jinak než na lékařský předpis, s výjimkou případů, kdy jednotlivci mohou zákonně obdržet, používat nebo podávat tyto látky v rámci léčebně preventivní péče, hygienické péče nebo v souvislosti s činnostmi vědeckovýzkumných ústavů. Navíc úmluvy požadují, aby výroba, dovoz, vývoz, obchod a distribuce omamných a psychotropních látek byly prováděny pouze na základě povolení (licence). Smluvní státy jsou zároveň povinny na subjekty, které takovou licenci obdržely, průběžně dohlížet a zabránit tomu, aby se v jejich držbě nahromadilo množství drog, jež by překračovalo množství potřebné pro normální chod podniku. Stejně tak musí zakázat držbu drog bez zákonného povolení<sup>3</sup>.

Na dodržování plnění závazků z těchto úmluv dohlíží *mezinárodní kontrolní orgány*, jimiž jsou Komise pro omamné látky při Hospodářské a sociální radě OSN a Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek<sup>4</sup>. Cílem jejich působení je omezit pěstování, produkci, výrobu a používání omamných a psychotropních látek jen na přiměřené množství potřebné pro lékařské a vědecké účely. Přitom jde o to na jedné straně zajistit, aby byly omamné a psychotropní látky pro tyto účely k dispozici z legálních zdrojů, a na druhé straně zabránit nedovolenému pěstování, produkci a výrobě omamných a psychotropních látek, obchodu s nimi a jejich nedovolenému používání. V té souvislosti mohou smluvní strany získat od OSN technickou a finanční pomoc a samy jsou povinny zaslat Mezinárodnímu úřadu pro kontrolu omamných látek informace o potřebě omamných a psychotropních látek a další statistické údaje ohledně jejich produkce, výroby, spotřeby, dovozu a vývozu, stejně jako informace o jejich použití k výrobě jiných drog, přípravků a dalších sledovaných látek, o množství zabavených látek a o jejich zásobách.

### **Trestní ustanovení, úloha represe**

Všechny tři uvedené úmluvy OSN o kontrole drog ob-

sahují též rozsáhlá *trestní ustanovení*. Ta požadují po státech, které jsou jejich smluvními stranami, aby s výhradou svých ústavních předpisů učinily opatření nezbytná k zabránění pěstování, produkce, výroby, těžby, přípravy, držby, nabídky, distribuce, koupě, prodeje, zprostředkování, odeslání, tranzitu, dopravy, dovozu a vývozu omamných a psychotropních látek, neodpovídající ustanovením těchto úmluv, a aby tyto i jakékoliv jiné činy, které odporují těmto úmluvám, byly považovány za trestné činy, jsou-li spáchány úmyslně. Úmluvy zakazují též přechovávání, získávání nebo pěstování jakýchkoliv omamných nebo psychotropních látek pro osobní potřebu. Úmyslné překročení toho zákazu mohou jednotlivé státy rovněž trestat jako trestné činy podle vlastního právního řádu. Tím ovšem škála trestně postižitelných činů nekončí. Úmluvy stanoví i další typy jednání souvisejících s výrobou, distribucí a zneužíváním omamných a psychotropních látek, které mají jednotlivé státy považovat za trestné. Mezi ně patří zejména organizování a financování výroby drog, převody, ukrývání či zatajování majetku sloužícího k výrobě a distribuci drog nebo z nich pocházejícího, kroky směřující k legalizaci příjmů z drogové trestné činnosti, napomáhání, podněcování a navádění ke spáchání takové trestné činnosti, držba zařízení, materiálů nebo látek určených k nedovolenému pěstování, výrobě, nebo zhotovování jakýchkoli omamných nebo psychotropních látek, stejně jako spolčení a spiknutí za účelem spáchání drogových trestných činů.

Vedle toho jsou v úmluvách vyjádřeny zásady, které mají za cíl dosáhnout efektivního používání trestní represe vůči drogové delikvenci s ohledem na její zdůrazňovanou závažnost. Jde například o přísnější posuzování možnosti dřívějšího propuštění odsouzených osob z výkonu trestu odnětí svobody, o prodloužení promlčecí doby drogových deliktů, o zajištění mezinárodní spolupráce při trestním stíhání pachatelů trestných činů tohoto druhu, včetně možnosti jejich extradice apod. Úmluvy rovněž specifikují, které okolnosti je třeba považovat u trestných činů souvisejících s drogami za okolnosti zvlášť přitěžující. Mezi ně patří zejména činnost v rámci mezinárodních zločineckých organizací, použití násilí či zbraní, recidiva, skutečnost, že pachatel zastává veřejný úřad a že trestný čin souvisí s tímto úřadem, zneužití mladistvých a okolnost, že trestný čin byl spáchán v nápravném nebo školním zařízení, případně v jeho bezprostřední blízkosti apod. Každá smluvní strana je povinna přijmout opatření, jimiž zajistí, že obžalovaná osoba, která se nachází na

<sup>3</sup> V ČR se tak stalo zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, viz kapitola I.7.

<sup>4</sup> UN Commission for Narcotic Drugs, International Drug Control Bureau. Další instituce, Program OSN pro kontrolu drog (UNDCP), je pověřena plánováním a realizací mezinárodních programů pod patronací OSN. Sídlem všech je Vídeň.

jejím území, se dostaví k trestnímu řízení, jakož i opatření potřebná ke konfiskaci omamných a psychotropních látek, materiálů nebo zařízení, případně jiných prostředků užitých při spáchání těchto trestných činů, a kroky směřující k zabavení výtěžků získaných z drogových trestných činů.

Základním účelem uvedených úmluv je vytvořit vhodné legislativní prostředí pro boj proti zneužívání drog v celosvětovém měřítku. Převažují v nich sice represivně zaměřená odstraňující ustanovení, současně však v potřebném rozsahu zohledňují nezbytnost pozitivní motivace osob užívajících drogy k životu bez nich. Cílem trestní represe, kterou státy používají proti drogovým deliktům, je zejména omezení a snížení nabídky drog, být určitou podpůrnou rolí může represe sehrávat i ve vztahu k poptávce po drogách. Úmluvy vychází z toho, že snížení nabídky je možné především uvězněním či podobným omezením osobní svobody těch pachatelů, kteří nabídku drog zajišťují – výrobci, distributorů, dealerů, zprostředkovatelů, prodejců atd. Rovněž další úmluvami doporučované tresty – peněžitý trest či propadnutí majetku – mohou významně ovlivnit nabídku drog zejména tím, že omezují materiální zázemí pachatelů pro jejich šíření. Prohlášení různých způsobů nelegální manipulace s drogami za trestné činy či za jiné delikty vytváří současně podmínky pro účinné zásahy specializovaných policejních, celních či jiných jednotek proti výrobcům a distributorům drog, při nichž lze odhalit a zabavit nelegálně držené drogy v jakémkoli množství. Průběžně vzrůstá význam koordinovaného využití prostředků trestní represe i v rámci mezinárodní spolupráce států při postihu drogových deliktů, bez níž již není myslitelný účinný boj s tímto druhem trestné činnosti. Konečně, pokud jde o oblast snižování poptávky, trestnost drogových deliktů je nezbytnou součástí procesu formování celospolečenského vědomí, že zneužívání drog je značně společensky škodlivé a je spojeno s řadou závažných negativních důsledků, proti nimž se společnost musí bránit i prostředky trestní represe (viz Sotolář, Púry a kol., 2000 a).

Řada ustanovení citovaných úmluv OSN o kontrole drog svědčí o tom, že trestní represe má v reakci států na tzv. drogovou kriminalitu své nezastupitelné místo, její možnosti jsou však omezené a nelze ji považovat za

jediný prostředek boje proti negativním jevům spojeným s užíváním drog. Proto i výše uvedené úmluvy umožňují signatářským státům řešit otázku vhodnosti postihu výroby, distribuce a zneužívání drog velice flexibilně – od klasického trestněprávního postihu tresty odnětí svobody, přes využití alternativních trestů a alternativních opatření k pouhému napomenutí, případně k uložení správních sankcí. Pro některé případy, zejména pak zneužívání drog osobami závislými na drogách, zůstává otevřená i možnost upustit od výroku o vině a trestu a upřednostnit vhodná terapeutická a resocializační opatření. V zásadě tedy tyto úmluvy nevyžadují, aby byli pachatelé uvězněni, ale umožňují individuální přístup v každém jednotlivém případě, včetně použití různých alternativních forem řešení stíhaných trestných činů. Velký význam je přitom přikládán motivům jednání trestně stíhaných pachatelů.

### Vyvážený přístup: represe a její alternativy

Pro uvedené mezinárodní úmluvy a na ně navazující národní legislativu a protidrogové strategie je příznačná snaha o vyváženost a o relativní ucelenost přístupu k řešení tak složitého společenského problému, jakým je zneužívání drog a všechny legální a zejména pak nelegální aktivity, které s ním souvisejí. Národní protidrogové strategie většiny signatářských zemí vycházejí z řady společných zásad, třebaže se v posloupnosti priorit nezřídka liší. Jejich společným jmenovatelem je důraz na potlačování nedovolené nabídky drog a snaha omezit poptávku po nich, snížit společenskou přijatelnost a dostupnost drog pro mládež, nabídnout rizikovým skupinám osob alternativní životní styly, minimalizovat počty onemocnění a předčasných úmrtí spojených s užíváním drog, a předcházet negativním vlivům užívání drog na rodinné a širší sociální prostředí, na pracovní kvalifikaci a produktivitu práce, ale i na celkovou kvalitu života. V souladu s mezinárodními úmluvami je velký význam přikládán prevenci<sup>5</sup>.

Dnes již všeobecně přijímaná zásada vyváženosti se promítá i do odlišného přístupu k těm, kdo drogy nelegálně distribuují (nebo s nimi jinak manipulují ze zřetelných důvodů) a k těm, kdo je užívají nebo jsou na nich závislí<sup>6</sup>. Zatímco v prvním případě stojí na prvním místě prostředky trestního práva, v druhém případě je dáována přednost prevenci, léčbě a resocializaci.

<sup>5</sup> Článek 38 Jednotné úmluvy o omamných látkách z roku 1961 a článek 20 Úmluvy o psychotropních látkách z roku 1971 výslovně stanoví, že smluvní strany jsou povinny přijímat praktická opatření za účelem prevence zneužívání omamných látek a včasného zjištění, léčení, výchovy, doléčení, rehabilitace a nového začlenění do společnosti osob, jichž se to týká. Svě úsilí přitom musí koordinovat tak, aby těchto cílů dosáhly. Pokud to je možné, mají napomáhat také při odborném vzdělávání osob věnujících se léčení, doléčování, rehabilitaci a novému začleňování osob závislých na omamných a psychotropních látkách do společnosti, stejně jako přijmout všechna praktická opatření, aby osoby, jejichž práce to vyžaduje, byly seznámeny s problematikou užívání drog včetně prevence, a také zvyšovat informovanost širší veřejnosti o těchto otázkách. Za účelem snížení utrpení lidí a omezení finančních zdrojů pro nedovolený obchod s drogami je smluvním stranám doporučeno přijetí vhodných opatření zaměřených na likvidaci nebo omezení nedovolené poptávky po omamných a psychotropních látkách.

<sup>6</sup> Tento přístup je spojen s důkladným zjišťováním motivů jednání trestně stíhaných pachatelů. Některá zákonodárství zohledňují jako určující kritérium též druh zneužívané drogy. Jiná stanoví jako měřítko pro odlišování mezi držením drogy pro osobní potřebu závislé osoby a držením pro nezákonné obchodování množství drogy.

Proti osobám, které jsou výrobci drog, jejich distributory či obchodníky s drogami, jsou tedy namířena přísná represivní opatření. Shody bylo na mezinárodní úrovni dosaženo zejména v přístupu k potlačování výroby drog, přičemž většina států přistoupila v osmdesátých a devadesátých letech 20. století k výraznému ztížení trestů. V poslední době se pak těžiště sféry represe přesouvá na pole boje proti nedovolenému obchodu s drogami, zvláště proti jeho mezinárodně organizovaným formám a proti praní špinavých peněz.

Nerepresivní a diferencovaný přístup je naopak volen vůči provokozumentům, experimentátorům a osobám již závislým na drogách. Zde mají místo především různé *alternativy* k standardnímu potrestání. Využití těchto alternativ je zpravidla podmíněno vhodnými léčebnými, poradenskými, rekvalifikačními a resocializačními opatřeními, která jsou způsobilá dostatečně účinně nahradit trest a trestní postih. Cílem těchto opatření je především snížit poptávku po drogách a pokud možno eliminovat příčiny vedoucí k jejich konzumaci.

Alternativní sankce a opatření jsou obecně upřednostňovány rovněž v oblasti zákonného postihu *držení drog pro vlastní potřebu*. V této oblasti však přetrvávají poměrně velké národní odlišnosti a specifika, a to v široké škále od trestního stíhání a trestání přes systém odklonů od standardního postihu až po faktickou dekriminalizaci konzumace drog. Jsme svědky vývoje, jehož smyslem je vyvážení represe a léčebně preventivních opatření a stimulace konzumentů drog ke zbavování se škodlivých sociálně patologických návyků.

Většina signatářských zemí uvedených úmluv neoznačuje jako trestné samotné užívání drog, nýbrž řeší věc prostřednictvím trestního postihu jejich držení pro vlastní potřebu uživatele. Ve shodě s doporučením mezinárodních úmluv upřednostňovat ve vztahu k uživatelům drog všude tam, kde je to možné, alternativní nerepresivní přístupy, disponují však orgány činné v trestním řízení a zejména soudy uvedených zemí řa-

dou možností, jak zmírňovat tvrdost zákona například ve vztahu k provokozumentům nebo příležitostným uživatelům určitých typů drog, zvláště konopných produktů, a ve vztahu k drogově závislým osobám, které projevují přání léčit se<sup>7</sup>. Drogově závislé osoby se považují spíše za pacienty, jimž je nutno pomoci, než za pachatele, kteří mají být potrestáni<sup>8</sup>.

Alternativní opatření a postupy uplatňované ve vztahu k osobám závislým na drogách nutně vybočují z rámce tradičně represivního systému trestní justice. Předpokladem jejich efektivního využití je kvalitní a dostatečně široká nabídka různě zaměřených programů umožňující individuální přístup k řešení problémů jednotlivých trestně stíhaných osob. Tento přístup není prakticky myslitelný bez součinnosti odborníků různých profesí, soudci, státními zástupci, mediátory a probačními úředníky počínaje a lékaři konče.

<sup>7</sup> Kromě dobrovolné a výrazně doporučené léčby přichází v některých zemích v úvahu i léčba nucená. Soudně příkázaná i soudem akceptovaná dobrovolná léčba je chápána jako stimul k odstraňování návyku a důvod k neuložení nebo zmírnění trestu. Důležitou úlohu zde hraje otázka individuálního posouzení každého případu, a to i na základě odborných expertiz, neboť jde o to, aby se léčebná alternativa a terapie vůbec používala v případech, kdy dotyčná osoba léčeni skutečně potřebuje.

<sup>8</sup> Uvedme několik ilustrací ze zemí Evropské unie. V Portugalsku ukládá zákon soudci povinnost důkladně zkoumat každý případ, přičemž v praxi se zpravidla upouští od potrestání v prvním případě, výstraha se uplatňuje u příležitostných uživatelů drog a odklon od potrestání u pachatelů, kteří požádají o léčbu. V přisnějším Švédsku, kde držení drogy pro vlastní potřebu může být teoreticky trestáno až půlročním odnětím svobody, se v praxi držení malého množství konopných produktů nebo amfetaminů pro vlastní potřebu pouze pokutuje, zatímco držení i malého množství heroinu nebo kokainu se již trestá odnětím svobody. Nepodmíněný trest odnětí svobody se zpravidla ukládá v případech spojených s další závažnou trestnou činností páchanou buď pod vlivem drog, nebo za účelem jejich získávání a opatřování finančních prostředků na jejich nákup. Příkladem diskrepancí mezi literou zákona a vlastní praxí je Nizozemsko, které de iure prohlašuje za trestné jakékoliv držení drogy bez náležitého povolení, ale de facto depenalizuje nejen držení konopných produktů pro vlastní potřebu, ale i provozování drobného dealerství uživateli, přičemž je tolerováno i držení denní dávky tzv. tvrdé drogy pro vlastní potřebu. V Německu doporučil Ústavní soud v Karlsruhe v roce 1994 nadále nestíhat držení a dokonce ani dovoz malého množství cannabisu pro vlastní potřebu uživatele, i když se jedná o trestný čin. Blíže k tomu viz Sotolář a kol. (1999 – 2000) a Píkna (1996).

## Summary

### International Legislation and UNO Conventions on Narcotic and Psychotropic Substances

An overview of the international drug legislation with particular reference to the UNO conventions and the consequent obligation for the CR. First, obligations of the administrative and control type are summarised and the role of UNO bodies is explained. Further, penal measures are presented. UNO conventions are taken as a basis of the "balanced approach", as their major purpose is to form an international legislative framework

to combat illicit drugs. However, they also regard prevention and positive motivation of users to live without drugs. In the case of users, alternatives of penalisation are applied while severe repression is addressed to the producers, distributors, traders, etc. At its end the chapter gives several examples of solving the problem of "possession of drugs for own purpose" in the legislation of developed countries.

**Key words:** administrative and control measures – balanced approach – penalisation – repression – UNO conventions

## Literatura

### a přehled právní úpravy viz kapitola 1/6

JUDr. Alexander Sotolář

Nar. 1959 v Sobrancech. V roce 1982 absolvoval Právnickou fakultu University Karlovy v Praze. Od skončení studia až doposud působí v justici. Zpočátku se věnoval profesi soudce, poté vzdělávací činnosti na Institutu pro další vzdělávání soudců a státních zástupců a legislativní činnosti na Ministerstvu spravedlnosti ČR, a nyní od roku 2000 opět profesi soudce (v současnosti předseda senátu Městského soudu v Praze). Působí též jako externí pedagog na Justiční akademii a na Policejní akademii a jako lektor Soudcovské unie ČR. Je členem Soudcovské unie ČR a International Association of Youth and Family Judges and Magistrates. Zahraniční studijní pobyty: v r. 1993 v USA, zaměřený na praktické uplatnění anglo-amerických procesních pravidel, v r. 1994 na Ecole nationale de la magistrature v Paříži a Bordeaux, věnovaný francouzskému procesnímu systému a alternativám k standardnímu trestnímu řízení. Legislativní činnost: od roku 1993 se podílel především na přípravě rekodifikace trestního práva hmotného a procesního, na zpra-

cování několika dílčích novel trestních kodexů a na legislativních změnách spojených s konstituováním Probační a mediační služby. Publikační činnost: je vedoucím autorských kolektivů knih věnovaných alternativním způsobům řešení trestních věcí a trestné činnosti ve finanční oblasti, spoluautorem monografií o soudnictví pro mladistvé a o hospodářské trestné činnosti a editorem několika srovnávacích studií, zaměřených zejména na uplatnění alternativních způsobů řízení v trestních věcech. Řadu článků publikoval i v odborných časopisech (Právní rozhledy, Trestní právo, Právní praxe, Právní rádce). Kromě jiného se zabývá též trestně právní problematikou omamných a psychotropních látek. Vedle několika článků v odborném právnickém tisku v této oblasti připravil též sborník „Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení.“

*Kontakt: Městský soud pro Prahu, Spálená 2,  
112 16 Praha 2*

*E-mail: ASotolar@msoud.pha.justice.cz*

**Klíčová slova:** diferencovaný přístup k pachatelům – legislativa ČR – trestní postih – trestní zákon – zákon o návykových látkách

### Základní mimotrestní legislativa o návykových látkách

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, je klíčovou mimotrestní normou upravující omezení v zacházení s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory. Stanoví pravidla výzkumu, výroby, zpracovávání, odběru, skladování a používání těchto látek, přípravků a prekursorů, dále jejich koupě a prodeje, jakož i nabývání a pozbytování dalších věcných nebo závazkových práv s nimi spojených, zprostředkování smluv o jejich převodech a zastupování při uzavírání takových smluv. Toto zacházení s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory je v zásadě možné pouze na základě zvláštního povolení, které ve smyslu § 4 a § 8 citovaného zákona vydává Ministerstvo zdravotnictví. Každé nakládání s nimi bez takového povolení je *neoprávněné*.

Okruh produktů, patřících mezi *omamné a psychotropní látky*, je vymezen v přílohách č. 1 až 7 zákona o návykových látkách. Seznamy v nich obsažené jsou směrodatné rovněž z hlediska trestněprávní ochrany proti zneužívání omamných a psychotropních látek obsažené v § 187 až § 188a trestního zákona (viz dále). Obecná definice toho, co jsou omamné a psychotropní látky je upravena v § 2 písm. a) zákona o návykových látkách. Podle tohoto ustanovení to jsou takové látky, u kterých vzniká nebezpečí chorobného návyku nebo psychických změn nebezpečných pro společnost nebo pro toho, kdo je opakovaně bez odborného dohledu používá<sup>1</sup>. *Přípravkem obsahujícím omamnou nebo psychotropní látku* se pak rozumí roztok nebo směs v jakémkoli fyzikálním stavu obsahující jednu nebo více omamných nebo psychotropních látek [srov. § 2 písm. b) zákona č. 167/1998 Sb. a přílohu č. 8 k tomuto zákonu]. Konečně prekursory jsou v obecné rovině výchozí látky nebo meziprodukty, z nichž při látkové přeměně vznikají omamné nebo psychotropní látky nebo přípravky je obsahující. Konkrétně jde o látky uvedené v příloze č. 9 zákona č. 167/1998 Sb., jakož i roztoky

nebo směsi obsahující jednu nebo více látek uvedených v této příloze<sup>2</sup>. Omamné a psychotropní látky uvedené v příloze č. 3 a 4 zákona o návykových látkách a přípravky je obsahující mohou být použity pouze k vědeckým a velmi omezeným terapeutickým účelům vymezeným v povolení k zacházení s nimi. Ostatní omamné a psychotropní látky a přípravky je obsahující mohou být použity jak k terapeutickým a vědeckým účelům, tak k účelům výukovým a veterinárním (§ 3 odst. 2 citovaného zákona).

Specifická podrobná ustanovení obsahuje zákon o návykových látkách ohledně regulace vývozu, dovozu a tranzitních operací s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory (srov. § 20 a násl. citovaného zákona); zákazy v oblasti pěstování konopí a koky a vývozu a dovozu makoviny vymezují ustanovení § 24 a § 25 citovaného zákona. Touto právní úpravou jsou v našem zákonodárství provedeny mimotrestní závazky vyplývající z úmluv OSN<sup>3</sup>.

### Trestněprávní rámec postihu zneužívání drog v České republice

Z hlediska celkového přístupu k řešení drogové problematiky je významné, že platná právní úprava zakazuje neoprávněné držení jakéhokoliv množství omamné nebo psychotropní látky pro jakékoliv účely a porušení tohoto zákazu také postihuje různě odstupňovanými sankcemi. Nejpřísněji jsou postihovány neoprávněné převody držaných omamných a psychotropních látek a samotné přechovávání uvedených látek v jakémkoliv množství pro jiného podle § 187 trestního zákona. Naopak mírněji je stíháno přechovávání takových látek v množství větším než malém pro vlastní potřebu ve smyslu § 187a trestního zákona. Vedle skutkových podstat těchto trestných činů však na tyto případy dopadá též skutková podstata přestupku na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi<sup>4</sup> podle § 30 odst. 1 písm. j) zákona o přestupcích. Tímto přestupkem je postihováno držení drogy pro vlastní

<sup>1</sup> Mezi omamné látky patří podle citovaného zákona a úmluv OSN například kokain, heroin, opium nebo morfin; mezi psychotropní látky pak například efedrin nebo amfetamin.

<sup>2</sup> Prekursorem při výrobě metamfetaminu (pervitinu) je například efedrin. Ergometrin slouží jako prekursor při výrobě LSD.

<sup>3</sup> Viz kapitola I.5. Závazky vyplývající z trestních ustanovení těchto úmluv jsou pak promítnuty zejména v § 187 až § 188a trestního zákona a v § 29 a § 30 zákona o přestupcích.

<sup>4</sup> Pojem „toxikomanie“ je v této kapitole používán s odkazem na znění zákona.

potřebu v množství, které nedosahuje rozsahu předpokládaného ustanovením § 187a odst. 1 trestního zákona, tedy jejího držení v malém množství. Za tohoto stavu je možné ve všech případech, kdy se zjistí držení omamné nebo psychotropní látky bez povolení k zacházení s ní podle zákona o návykových látkách, dosáhnout postupem podle § 11 odst. 1 písm. d), § 15, § 16 písm. b) a § 18 zákona o přestupcích nebo podle § 55 a § 73 trestního zákona a podle § 79 trestního řádu odnětí přechovávané látky jejímu držiteli a jejího propadnutí, resp. zabrání. Tím se mohou stát účinnějšími zásahy směřující proti pachatelům tzv. drogových deliktů, protože lze *zabavit jakékoli množství drogy*, pokud je kdokoli nelegálně přechovává, a to bez ohledu na účel přechovávání<sup>5</sup>. Komplexnost platné trestněprávní úpravy v drogové oblasti pak zajišťuje též možnost postihu výroby, opatření a přechovávání předmětů určených k nedovolené výrobě omamných a psychotropních látek podle § 188 trestního zákona a zakotvení skutkové podstaty trestného činu šíření toxikomanie podle § 188a trestního zákona.

### Trestný čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187 TrZ

Nejzávažnějším z drogových trestných činů je trestný čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle ustanovení § 187 trestního zákona. Tento trestný čin postihuje pachatele, který neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá, jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed. Tímto způsobem se trestní zákon snaží chránit společnost i jednotlivce proti možnému ohrožení, které vyplývá z nekontrolovaného nakládání s uvedenými látkami a přípravky.

Jako *neoprávněná výroba* se tímto trestným činem postihuje nejen průmyslová nebo řemeslná výroba, ale i jakékoli jiné zhotovení nebo vytvoření omamné nebo psychotropní látky, přípravku obsahujícího omamnou nebo psychotropní látku, prekursoru nebo jedu subjektem, který k tomu nemá oprávnění. Ve své podstatě tedy jde o jakýkoli proces, vyjma produkce (pěstování, vypěstování)<sup>6</sup>, jež umožňuje získání některé z uvedených látek. Trestná je výroba takových látek pro jiného i pro vlastní potřebu. V praxi se nejčastěji jedná o chemickou výrobu takových látek ze základních chemikálií, léčiv nebo přírodních surovin, a rovněž čištění a přeměna těchto látek v jiné takové látky.

*Přechováváním* se rozumí jakýkoli způsob držení uvedených látek. Pachatel tedy nemusí takovou látku nosit s sebou nebo ji mít doma, ale stačí, že s ní může v případě potřeby disponovat (například ji má uloženou na nějakém jemu známém místě mimo své bydliště). K trestnímu postihu podle § 187 – přechovávání *pro jiného* – stačí jakékoliv množství takové látky, na rozdíl od přechovávání *pro sebe* podle § 187a trestního zákona, které je trestné pouze pokud se děje v množství větším než malém.

Trestný čin podle § 187 trestního zákona patří mezi tzv. ohrožovací trestné činy. K jeho dokonání proto dochází již nabízením uvedených látek, jejich vyrobením, dovezením, provezením, jejich přechováváním pro jiného, zprostředkováním jejich prodeje nebo jinou formou jejich opatření pro jiného, aniž by se taková látka dostala ke konečnému odběrateli. Předpokladem trestní odpovědnosti za tento trestný čin však je, že se tak děje neoprávněně.

Při naplnění znaků tohoto trestného činu v podobě základní skutkové podstaty může být pachatel potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let. Přísnější postih odnětím svobody na dvě léta až deset let hrozí pachateli, jestliže spáchá uvedený čin jako člen organizované skupiny nebo ve větším rozsahu anebo spáchá-li takový čin vůči osobě mladší než osmnáct let. K naplnění okolností podmiňujících použití vyšší trestní sazby podle § 187 odst. 3 trestního zákona musí být činem získán značný prospěch, způsobena těžká újma na zdraví anebo musí k jeho spáchání dojít vůči osobě mladší patnácti let. Za těchto okolností může být pachatel potrestán odnětím svobody na osm až dvanáct let. Konečně trest odnětí svobody na deset až patnáct let hrozí pachateli v případě, způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví více osobám nebo smrt, získá-li prospěch velkého rozsahu anebo spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech. V případě mladistvých pachatelů se tyto trestní sazby ve smyslu § 79 odst. 1 trestního zákona snižují na polovinu, přičemž jejich horní hranice nesmí převyšovat pět let a dolní hranice jeden rok. V rámci takto stanovené trestní sazby jsou pak postížitelní například i mladiství žáci, kteří dovršili patnáctý rok věku a drogu nabízejí svým spolužákům mladším patnácti nebo osmnácti let, přičemž skutkovou podstatu trestného činu podle § 187 odst. 1, odst. 2 písm. b) nebo odst. 3 písm. b) trestního zákona naplní bez ohledu na množství takto nabízené drogy.

Významnou skutečností, která by měla průběžně přispívat k odhalování závažné drogové kriminality je to, že *nepřekážení trestného činu* nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187 trestního zákona je trestné podle § 167 trestního zákona. Zpřísněný režim platí v takových případech i ohledně výkonu trestu odnětí svobody. Osoba odsouzená pro

<sup>5</sup> Viz Púry, Sotolář a Šámal (1999)

<sup>6</sup> Přitom není vyloučeno, aby již samotná vypěstovaná rostlina byla omamnou nebo psychotropní látkou, případně jedem. Tak tomu je například v případě pěstování koky, máku, indického konopí, ale i některých hub z rodu *Stropharia*, *Psilocybe* apod. Jinak se ovšem pouhé vypěstování rostlin, které slouží k nedovolené výrobě jedu, omamné látky nebo psychotropní látky, posuzuje jako opatření předmětu určeného k nedovolené výrobě takových látek ve smyslu § 188 odst. 1 trestního zákona.

trestný čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187 odst. 4 trestního zákona může být podmíněně propuštěna až po výkonu dvou třetin uloženého trestu odnětí svobody (§ 62 odst. 1 trestního zákona).

### **Trestný čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187a TrZ**

Další forma spáchání trestného činu nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů je upravena v § 187a trestního zákona. Podle tohoto ustanovení je trestně postížitelný ten, kdo bez povolení pro sebe přechovává některou z uvedených látek v *množství větším než malém*<sup>7</sup>. Za to mu hrozí trest odnětí svobody až na dvě léta nebo peněžitý trest. Odnětím svobody na jeden rok až pět let může být pachatel potrestán, pokud spáchá uvedený čin ve větším rozsahu. Ve srovnání s trestným činem podle § 187 trestního zákona tedy jde o čin mírněji trestný. Korespondujícím přestupkem je přestupek na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi podle § 30 odst. 1 písm. j) zákona o přestupcích.

Stanovení konkrétního množství, které je u jednotlivých látek *množstvím větším než malým*, ponechává zákon na výkladu a rozhodnutí soudu (na soudní judikatuře). Jisté však je, že toto ustanovení postihuje přechovávání uvedených látek, nikoliv jejich konzumaci. Proto na jeho základě nelze trestně postihovat držení jedné běžné dávky konzumentem drog (tzv. spotřební dávky), neboť to by fakticky kriminalizovalo samotnou konzumaci drog. K trestnímu postihu je třeba takové množství, které znamená zvýšené nebezpečí pro zdraví nebo život člověka. V té souvislosti se nelze obejít bez důkladného zvážení stupně případné závislosti konzumenta na užívání drogy, neboť denní dávka drogy u závislého jedince je do značné míry individuální. To vyžaduje posouzení konkrétních okolností každého případu, zejména pak druhu a účinnosti přechovávané látky, a toho, zda zjištěné množství je v daném případě způsobilé ve zvýšené míře ohrozit zdraví a případně i život člověka. Stávající soudní judikatura se přiklání k tomu považovat za množství větší než malé ve smyslu § 187a odst. 1 trestního zákona takové množství přechovávané látky, které vícenásobně – podle ohrožení vyplývajícího pro život a zdraví lidí ze škodlivosti jednotlivých látek – převyšuje běžnou dávku průměrného konzumenta<sup>8</sup>.

V této souvislosti je důležité zodpovědět rovněž otázku, vůči komu směřuje ustanovení § 187a trestního zákona a sankce v něm zakotvené. Jisté je, že v tomto ustanovení nejde o postih tzv. dealerů či di-

stributorů, tedy osob, které různým způsobem obchodují s drogami, resp. drogy vyrábějí, šíří či drží *pro jiného*. K jejich postihu je totiž určena skutková podstata podle § 187 trestního zákona, a to bez ohledu na přechovávané množství drogy. Na druhé straně by neměly být podle § 187a trestního zákona postihovány ani osoby skutečně nemocné, které u sebe přechovávají drogu, na jejímž užívání jsou závislé, a to v takovém množství, jež odpovídá stupni jejich závislosti na této droze.

Za nelegální přechovávání tedy nelze považovat ani držení drogy za účelem její aplikace poskytnuté ze zdravotních důvodů v rámci státem uznaného programu (například metadonového). Stejně tak není možné trestní odpovědnost vyvodit ani vůči osobám, u nichž jsou vzhledem k stupni závislosti na drogách již vymizelé rozpoznávací nebo ovládací schopnosti a v důsledku toho nejsou tyto osoby přičetné. V ustanovení § 187a trestního zákona rovněž nejde o trestní postih pouhého užívání drog, proto by podle něj neměla být vyvozována trestní odpovědnost ani vůči dalším osobám, které jsou například tzv. experimentátory v užívání drog a množství přechovávaných drog tomu odpovídá. K trestní odpovědnosti podle § 187a trestního zákona tedy nestačí, je-li někdo zadržen prokazatelně pod vlivem drogy (třeba i ve stavu intoxikace), a to ani s poukazem na argument, že před tím, než užil drogu, musel ji alespoň po minimální dobu přechovávat<sup>9</sup>. To prakticky znamená, že dosah skutkové podstaty § 187a trestního zákona je zúžen na případy, kdy bude u určitých osob zjištěno přechovávání drogy v množství, které přesahuje jejich běžnou potřebu (jde tedy o množství větší než malé ve výše vymezeném smyslu), ale nepodaří se jim prokázat, že ji přechovávají *pro jiného*<sup>10</sup>.

Na skutkovou podstatu uvedenou v § 187a trestního zákona se *nevztahují* ustanovení § 167 a § 168 trestního zákona o trestnosti *nepřekažení* trestného činu a o *neoznámení* trestného činu. Proto by ani tato skutková podstata neměla v zásadě bránit v poskytování potřebné lékařské a další odborné pomoci uvedeným osobám.

Předmětem rozsáhlých odborných diskusí jsou dlouhodobě praktické formy postihu této drogové trestné činnosti. Zvláště problematické je trestání nemocných osob závislých na drogách. S ohle-

<sup>7</sup> V ustanovení § 187a trestního zákona je promítnut závazek vyplývající pro Českou republiku z článku 36 odst. 1 písm. a) Jednotné úmluvy o omamných látkách ze dne 31. března 1961, v němž je vyjádřen požadavek postihovat všechny formy neoprávněné držby drog.

<sup>8</sup> Srov. rozhodnutí publikované pod č. 46/2001 Sbírky rozhodnutí a stanovisek Nejvyššího soudu ČR; viz též Sotolář, Půry, Šámal, Kalina, Kudrle a kol. (2001), Půry, Sotolář a Šámal (1999), Šámal, Půry a Rizman (2001), Jelínek (1998), a Chmelík a kol. (1999).

<sup>9</sup> Viz Půry, Sotolář a Šámal (1999) a Sotolář, Půry, Šámal, Kalina, Kudrle a kol. (2001).

<sup>10</sup> Při přechovávání pro jiného podle § 187 není množství látky rozhodující.

dem na dopady a povahu této trestné činnosti je však v podstatě shoda v tom, že ať už se jí dopouští experimentátoři s drogami nebo osoby na nich závislé, je na místě volit vůči nim zvláštní přístup, odlišný od toho, který je uplatňován ve vztahu k pachatelům jiné obecné kriminality. V praxi je kladen důraz především na přednostní využívání alternativ k potrestání nepodmíněným trestem odnětí svobody: hojněji než v ostatních případech soudy přistupují k upuštění od potrestání za současného uložení ochranného léčení i bez něj, k podmíněnému upuštění od potrestání s probačním dohledem, k podmíněnému odsouzení k trestu odnětí svobody s probačním dohledem a k podmíněnému zastavení trestního stíhání.

U osob závislých na omamných a psychotropních látkách lze v potřebném rozsahu v souladu s doporučením článku 36 odst. 1 písm. b) Jednotné úmluvy o omamných látkách z roku 1961 využívat jako alternativu k trestu odnětí svobody rovněž léčení. V úvahu přitom přichází nejen tradiční nucené ochranné léčení ukládané podle § 72 trestního zákona, ale též dobrovolné absolvování léčení osobou závislou na drogách za současného podmíněného upuštění od potrestání s dohledem podle § 26 odst. 4 písm. c) trestního zákona, podmíněného zastavení trestního stíhání podle § 307 odst. 4 trestního řádu nebo uplatnění jiné alternativy k potrestání nepodmíněným trestem odnětí svobody ve smyslu § 45a odst. 1, § 57a odst. 3, § 59 odst. 2, § 60 odst. 1 nebo § 60a odst. 3 trestního zákona. Pozitivně motivující působení na obviněného může navíc posílit vhodné a kvalifikované využití specifických metod probační a mediální práce, případně součinnost mediátorů a probačních úředníků s psycholog<sup>11</sup>. Přestože je tedy trestným činem již pouhé přechovávání drogy v množství větším než malém, jsou v rámci individuálního přístupu k posuzování jeho trestnosti uplatňovány zmíněné postupy tak, aby trestní represe, zejména pak v podobě nepodmíněného trestu odnětí svobody, nebyla (především u pachatelů závislých na užívání drog) jediným či rozhodujícím opatřením v reakci na tento trestný čin.

### **Trestný čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 188 trestního zákona**

Poslední formu trestného činu nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů vymezuje § 188 trestního zákona. Toto ustanovení postihuje výrobu, opatření nebo přechovávání předmětu určeného k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku obsahujícího omamnou nebo psychotropní látku nebo jedu. *Nepřekážení* tohoto trestného činu je trestné podle § 167 trestního zákona.

Jde o *úmyslný* ohrožovací trestný čin, který je dokonán již vyroběním, opatřením nebo přechováváním předmětu určeného k výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku obsahujícího omamnou nebo psychotropní látku nebo jedu, aniž by muselo dojít k jeho použití ve výrobě těchto látek. Mezi uvedené *předměty* patří nejen přístroje, jiná zařízení a jejich součásti, ale i suroviny, které jsou podle své povahy způsobilé a zároveň určené k výrobě vyjmenovaných látek. Samotné opatření takového předmětu je trestné, ať už se tak stane pro pachatele nebo pro někoho jiného.

Sankce za tento trestný čin byly podstatně zpřísněny v roce 1998. Za naplnění znaků základní skutkové podstaty upravené v § 188 odst. 1 trestního zákona hrozí pachateli potrestání odnětím svobody na jeden rok až pět let, zákazem činnosti na jeden rok až deset let, peněžitým trestem až do výše 5.000.000,- Kč nebo propadnutím věci. Kvalifikované jednání spočívající v spáchání činu uvedeného v odstavci 1 ustanovení § 188 trestního zákona ve větším rozsahu nebo vůči osobě mladší než osmnáct let a případy, kdy pachatel takovým činem získá značný prospěch, jsou pak postihovány odnětím svobody na dvě léta až deset let<sup>12</sup>.

### **Trestný čin šíření toxikomanie podle § 188a trestního zákona**

Tohoto trestného činu se podle § 188a odst. 1 trestního zákona dopustí ten, kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří. Za to může být potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem. Odnětím svobody na jeden rok až pět let může být pachatel podle § 188a odst. 2 trestního zákona potrestán, spáchá-li čin uvedený v § 188a odst. 1 trestního zákona vůči osobě mladší než osmnáct let.

Tento úmyslný ohrožovací trestný čin směřuje k ochraně osob zejména z řad mládeže před rozšiřováním zneužívání návykových látek jiných než alkoholu<sup>13</sup>.

Formy *svádění* zákon blíže nevymezuje. V praxi může jít například o přemlouvání ke zneužívání návykových látek, poučení, příp. předvedení způsobu zneužívání určité návykové látky či o jinou formu vyvolání rozhodnutí o zneužívání takové látky. Povahu *svádění* by mohlo mít i schvalování zneužívání návykové látky, pokud by jím bylo sledováno vzbuzení rozhodnutí o zneužívání takové látky v jiné konkrétní osobě.

<sup>11</sup> Poznatzky ze zahraniční i naší praxe svědčí o tom, že právě v případech, kdy dostane obviněný příležitost reálné volby mezi alternativami trestu a léčby, je pravděpodobnost úspěšnosti léčby i potřebného preventivního působení ve směru vyloučení recidivy trestné činnosti mnohem větší než v případech vylučně represivního přístupu. Blíže k problematice nucení osob závislých na drogách k léčbě a k možnostem využití Probační a mediální služby při řešení trestních věcí osob užívajících drogy viz Sotolář, Půry, Šámal, Kalina a Kudrle a kol. (2001).

<sup>12</sup> Blíže k výkladu § 188 TrZ viz Šámal, Půry a Rizman (2001) a Sotolář, Půry, Šámal, Kalina, Kudrle a kol. (2001).

<sup>13</sup> Ohledně alkoholu srov. trestný čin podávání alkoholických nápojů mládeži podle § 218 TrZ a trestný čin ohrožování mravní výchovy mládeže podle § 217 odst. 1 trestního zákona. Viz též trestný čin podávání anabolických látek mládeži podle § 218a trestního zákona.

Formy *podporování* také nejsou v zákoně blíže vymezeny. Podporování může mít formu fyzické i psychické (intelektuální) podpory. Fyzickým podporováním bude například opatření návykové látky, obstarání injekčních stříkaček, přivedení takové osoby do komunity, v níž je běžné zneužívání návykových látek, opatření bytu či jiné místnosti pro narkomana, kde může takovou návykovou látku nerušeně zneužívat apod. Podporování formou psychické pomoci je pak možno spatřovat v radě či utvrzování v předsevzetí zneužívat návykové látky.

*Podněcováním* ke zneužívání takové látky se v praxi rozumí projev, kterým pachatel zamýšlí vzbudit u jiných osob rozhodnutí nebo náladu vedoucí ke zneužívání návykových látek jiných než alkohol. *Šířením* je pak jakékoliv další jednání směřující k rozšíření zneužívání návykových látek jiných než alkoholu (může například jít o vyzývání osob, které látky již zneužívají, aby své postoje a návyky – tzv. drogovou kulturu – dále šířily mezi své vrstevníky apod.). Může být provedeno i formou schvalování spáchání trestných činů nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187 a § 188 trestního zákona. Podobně jako podněcování směřuje vůči blíže nekonkretizovaným osobám. Podněcování nebo šíření se může stát jak ústním nebo písemným projevem, tak i prostřednictvím tisku nebo jiného sdělovacího prostředku. Nevyžaduje se však, aby osoba či osoby, kterým je projev či jiné jednání pachatele určeno, jím byly skutečně ovlivněny. S ohledem na uvedené skutečnosti může důsledně stíhání trestného činu šíření toxikomanie podle § 188a trestního zákona výrazně přispět k celkové prevenci drogové kriminality a bránit vytváření prostředí drogových subkultur, v němž jsou ohrožovány velice významné hodnoty chráněné právním řádem, zejména zdraví a bezpečnost velkého množství osob.

Uplatnění preventivních postupů ve vztahu k osobám závislým na drogách v rámci zásady „minimalizace rizik“ (například výměny injekčních stříkaček, poskytování jiného zdravotně nezávadného materiálu, poskytování poučení a rad k dodržování hygieny a zdravotní bezpečnosti apod.) nenaplňuje skutkovou podstatu trestného činu podle § 188a trestního zákona o šíření toxikomanie. V zásadě by tedy nemělo hrozit trestní stíhání těm, kdo poskytují uživatelům drog různé formy léčebné a jiné péče.

### **Přestupky postihující neoprávněné nakládání s omamnými a psychotropními látkami**

Škálu možného postihu neoprávněného nakládání s omamnými a psychotropními látkami doplňuje právní úprava přestupků na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi podle § 30 odst. 1 písm. c), f), g), h), ch), j) zákona o přestupcích a přestupků na úseku zdravotnictví podle § 29 odst. 1 písm. e) zákona o přestupcích. Mezi přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi patří jednak již

zmíněné neoprávněné přechovávání omamné nebo psychotropní látky v malém množství pro svou vlastní potřebu (postihuje ty případy neoprávněného držení těchto látek, které nenaplní znaky trestných činů podle § 187 a § 187a trestního zákona), jednak nepodrobení se opatřením postihujícím nadměrné požívání omamných a psychotropních látek, umožnění neoprávněného požívání takových látek osobě mladší osmnácti let a požití takové látky před výkonem zaměstnání nebo jiné činnosti, při níž by mohlo dojít k ohrožení zdraví lidí nebo k poškození majetku, to vše za předpokladu, že nejde o čin přísněji trestný (zvláště tedy o některý z trestných činů). Přestupkem na úseku zdravotnictví pak je mimo jiné porušení povinnosti při zacházení s omamnými a psychotropními látkami. Za spáchání těchto přestupků hrozí uložení pokuty do výše 15.000,- Kč a zákaz činnosti na dobu až dvou let.

### **Možnosti trestněprávní reakce na drogovou trestnou činnost**

Zneužívání drog a páchaní trestné činnosti s tím související je nepochybně v našich poměrech i v mezinárodním kontextu velkým problémem současné doby. Veřejný zájem na postihu tohoto jednání je promítnut v trestním zákonu jednak formulací specifických skutkových podstat tzv. drogových deliktů v § 187 až § 188a TrZ, jednak obecným vymezením dalších skutkových podstat trestných činů, kterých se mohou dopustit osoby užívající drogy. Se spácháním každého z těchto trestných činů jsou spojeny následky předpokládané zákonem. V obecné rovině přitom platí, že zákon vždy vyžaduje určitou trestněprávní reakci na spáchání takového trestného činu, ovšem možné právní následky trestných činů a formy trestněprávní reakce na ně upravuje toliko rámcově a velice abstraktním způsobem. Potřebná individualizace posuzování jednotlivých trestních věcí je svěřena rozhodovací praxi soudů, přičemž zákonnou reakcí na spáchání trestného činu nemusí být nezbytně odsouzení k trestu odnětí svobody.

Z hlediska přístupu k řešení trestních věcí osob užívajících drogy a specificky případů trestního stíhání tzv. drogových deliktů je vhodné rozlišovat *dvě skupiny pachatelů* a jimi spáchaných trestných činů. Do první patří ti, kteří se *dopouští drogových trestných činů za účelem finančního zisku* (vyrábí nebo přepravují omamné nebo psychotropní látky, obchodují s nimi apod.). Jejich trestná činnost vyžaduje v zásadě přísný postih při respektování všech zákonných principů pro individualizaci ukládaných trestů a opatření. Je to dáno tím, že svým jednáním se podílí na vytváření prostředí, v němž jsou ohrožovány velice významné hod-

noty chráněné právním řádem, zejména zdraví a bezpečnost velkého množství osob. Do druhé skupiny patří ti pachatelé, kteří se drogové nebo jiné *trestné činnosti dopouští proto, aby získali finanční prostředky na obstarání omamných nebo psychotropních látek, které užívají*, popřípadě proto, že tyto látky pro sebe přechovávají v množství větším než malém. Motivy jejich jednání jsou tedy úplně jiné než u první skupiny a primárně je vůči nim na místě psychoterapeutické, léčebné nebo jiné vhodné působení zaměřené na to, aby ukončili užívání drog. Jde tedy především o to iniciovat a přijmout taková opatření, která by odstranila příčiny jejich trestné činnosti. Současně je však třeba najít taková řešení jejich trestních věcí, aby si uvědomili odsouzenihodnost svého jednání, jeho negativní důsledky a způsobené újmy. Zvolené řešení by je současně mělo pozitivně motivovat k životu bez konfliktu se zákonem, reflektovat jejich aktuální životní situaci a přispět k odčinění škod způsobených trestným činem.

Zatímco ve vztahu k pachatelům patřícím do první skupiny je možné využít některé z alternativ k nepodmíněnému trestu odnětí svobody jen výjimečně (například jestliže jednali v tísní, byli svedeni k skupinové trestné činnosti, ale podíleli se na ní jen ve velice malém rozsahu apod.), v případech trestné činnosti páchané osobami patřícími do druhé skupiny je vhodné potenciálně zvažovat využití všech alternativních forem řešení trestné činnosti mimo standardního řízení (například podmíněného zastavení trestního stíhání na přiměřenou zkušební dobu nebo narovnání), hmotně-právních alternativ k potrestání (upuštění od potrestání a podmíněného upuštění od potrestání s dohledem) a alternativních trestů (zvláště podmíněného odsouzení a podmíněného odsouzení s probačním dohledem, příp. obecně prospěšných prací). Zákonné podmínky uplatnění těchto alternativ umožňují účelnou diferenciaci při výběru nejvhodnějšího z možných řešení.

Vedle těchto dvou výrazně odlišných skupin osob, dopouštějících se trestné činnosti v souvislosti se zneužíváním drog, se pochopitelně v praxi vyskytují případy pachatelů, kteří se sice trestné činnosti v zásadě dopouští s cílem opatřit si drogy pro vlastní potřebu, ale činí to tak, že ze svého jednání (například drobného dealerství drog) mají zároveň určitý malý finanční zisk. V té souvislosti je vždy třeba důkladně vážít konkrétní motivy jejich jednání, další významné skutečnosti charakterizující trestný čin, způsobené následky a perspektivu toho, že se v budoucnu nedopustí další trestné činnosti. Ani ve vztahu k nim tedy není vyloučeno využití uvedených alternativ k nepodmíněnému

trestu odnětí svobody. S ohledem na konkrétní okolnosti případu může být v těchto případech aktuální i mimořádné snížení trestu odnětí svobody pod spodní hranici zákonné trestní sazby.

Pokud jde o držení a nepřímo i užívání drog, není a pochopitelně ani nemůže být účelem právní úpravy nahrazovat prevenci a léčbu trestní represí, která ostatně není s to vyřešit nejpalčivější problém konzumentů návykových látek: závislost ať již fyzické nebo psychické povahy. Trestní právo může sehrát svou roli v prevenci a omezování rizikového chování jedinců, případně určitých skupin populace, nicméně i tato jeho úloha je značně omezená a vzhledem k nástrojům, jimiž disponuje zdravotní a sociální politika, doplňková. Zásadně tedy platí, že i poté, co předchází beztrestnost držení drogy pro vlastní potřebu byla od počátku roku 1999 vystřídána trestností takového jednání, má ostří trestní represe nadále směřovat především vůči obchodníkům s drogami a jejich výrobčům, jak tomu bylo po celé předcházející desetiletí.

V oblasti zákonného postihu nedovolené výroby omamných a psychotropních látek a nedovoleného obchodu s nimi odpovídá naše právní úprava evropskému standardu a co do výše trestních sazeb řadí evropské srovnání Českou republiku zhruba do jeho středu. Stejně tak je s ostatními evropskými zeměmi srovnatelná i naše platná úprava trestněprávního postihu přechovávání těchto látek pro vlastní potřebu.

Za všechny drogové delikty lze podle českého trestního zákona uložit trest odnětí svobody. Naše trestní právo však ve shodě se standardními evropskými úpravami disponuje řadou institutů, jež dávají uživateli drog, který se dostane do rozporu se zákonem tím, že si pro vlastní potřebu opatří větší než malé množství drogy, šanci vyhnout se trestu odnětí svobody. Je třeba zdůraznit, že trestní politika České republiky vychází ze subsidiární role trestního práva – prostředky trestní represe a speciálně tresty odnětí svobody mají být využívány pouze tehdy, jestliže jiný způsob řešení nemůže splnit zákonem stanovený účel. V praxi je trest odnětí svobody ukládán u osob trestaných poprvé pouze v případech, kdy jsou odsuzovány za mimořádně závažnou trestnou činnost (tedy zvláště výrobčům drog a obchodníkům s nimi, jakož i členům zločineckých organizací věnujících se této činnosti). Konzumentům drog, kteří se dopustí trestného činu spočívajícího v pouhém přechovávání drogy pro vlastní potřebu, proto zpravidla není při prvním konfliktu se zákonem ukládán nepodmíněný trest odnětí svobody, ale jiné druhy trestů více sledující převýchovný účel, nebo je před potrestáním dáována přednost vhodným alternativním řešením.

To vytváří podmínky pro postupné dosažení optimálního poměru prevence, represe a léčby. Jen tak lze vhodně skloubit oba základní přístupy k problematice zneužívání drog, a to jak snižování nabídky drog (to je záležitostí především represivních metod namířených proti výrobcům, překupníkům, dealerům a distributorům drog, včetně možnosti zabavení drog), tak i snižování poptávky po drogách (zejména prevencí a léčbou závislosti, což je zaměřeno vůči potencionálním uživatelům drog, experimentátorům a osobám již závislým na jejich užívání).

## Summary

### Legislation of the Czech Republic on Narcotic and Psychotropic Substances (with Particular Regards to Penal Aspects)

An overview and explanation of the legislation of the CR on narcotic and psychotropic substances. The Addictive Substances Act (No. 167/1998) is presented first as a general framework for the application of the UNO conventions in the CR. Further, particular paragraphs of the Penal Code are summarised and essential terms explained, including the newest and controversial paragraph on possession drug for own purpose (§

187a). In the final analysis the author considers options for the penal law response to drug criminality: he has characterised 2 groups of offenders and he recommends a differentiated approach to both of them. In the cases of drug users and addicts (forming the second group) alternative measures can be applied, which can form conditions to reach gradually an optimal combination of repression, prevention and treatment.

**Key words:** Act on addictive substances – differentiated approach to offenders – legislation of the CR – penal code – penalisation

## Právní úprava

### ke kapitolám 1/5 a 1/6

Trestní zákon (zákon č. 140/1961 Sb., ve znění pozdějších předpisů), trestní řád (zákon č. 141/1961 Sb., ve znění pozdějších předpisů), zákon o přestupcích (zákon č. 200/1990 Sb., ve znění pozdějších předpisů), zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, zákon č. 157/1998 Sb., o chemických látkách a chemických přípravcích a o změně některých dalších zákonů, nařízení vlády č. 192/1988 Sb., o jedech a některých jiných látkách škodlivých zdraví, ve znění pozdějších předpisů, Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961, ve znění protokolu z roku 1972 (vyhláška č. 47/1965 Sb., ve znění sdělení č. 458/1991 Sb.), Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971 (vyhláška č. 62/1989 Sb.), Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988 (sdělení č. 462/1991 Sb.), zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

- Chmelík J. a kol.: Drogová kriminalita. Úřad vyšetřování pro Českou republiku, Ministerstvo vnitra, Praha, 1999
- Jelínek J.: Novelizace trestního práva v roce 1998. Linde, Praha, 1998
- Píkna B.: Téma legalizace drog jako závažný právní a společenský problém, *Trestní právo* č. 10/1996, str. 18 – 22, a č. 11/1996, str. 15 – 18
- Púry F., Sotolář A., Šámal P.: K problematice trestněprávního postihu přechovávání drog pro vlastní potřebu, *Právní rozhledy* č. 10/1999, str. 509 – 517, č. 11/1999, str. 581 – 587
- Růžička, M.: K problematice trestného činu nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek nebo jedů podle ustanovení § 187a trestního zákona, *Trestní právo* č. 6/1999, str. 8 – 13
- Sotolář A., Šámal P., Kučírková L., Augustinová P., Ouředníčková L., Doubravová D.: Nizozemský model uplatnění alternativních trestů a mediace v trestních věcech a další perspektivy rozvoje mediační a probační služby v České republice. *Právní praxe* (a) č. 9/1999, str. 568 – 576, (b) č. 10/1999, str. 607 – 615, (c) č. 2/2000, str. 85 – 101, (d) č. 3/2000, str. 176 – 183, (e) č. 4/2000, str. 252 – 276
- Sotolář A., Púry F., Šámal P., Doubravová D., Gawlik L., Radimecký J.: Povaha problému zneužívání drog v mezinárodních souvislostech. *Trestní právo* (a) č. 2/2000, str. 2 – 10, (b) č. 3/2000, str. 16 – 24, (c) č. 4/2000, str. 21 – 24, (d) č. 5/2000, str. 8 – 15, (e) č. 6/2000, str. 19 – 24
- Sotolář A., Púry F., Šámal P.: Alternativní řešení trestních věcí v praxi. C.H.Beck, Praha 2000
- Sotolář A., Púry F., Šámal P., Kalina K., Kudrle S. a kol.: Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Příručky Ministerstva spravedlnosti ČR, svazek 64. Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců, Praha 2001
- Šámal P., Púry F., Rizman S.: Trestní zákon. Komentář 4. vydání. C.H.Beck, Praha, 2001

# Ekonomické aspekty užívání drog; ekonomická analýza jako podklad pro rozhodnutí o neúčinnější dostupné intervenci

Tomáš Záborský

**Klíčová slova:** ekonomické analýzy – náklady nemoci – PAD – QALY – účinnost intervencí

## 1. Úvod

Psychotropní látky, jejich užívání a zneužívání, metody regulace jejich dostupnosti – to vše jsou témata, v nichž se střetává řada přístupů, náhledů, protichůdných zájmů a ideologií. To pak významně ztěžuje efektivní plánování intervencí. Drogová epidemiologie se ve snaze o dosažení základního konsensu mezi jednotlivými proudy pokouší nalézt co nejobjektivnější – a nejpřijatelnější – vyjádření drogového problému pomocí aplikace ekonomických pravidel (pomocí ocenění jednotlivých aspektů problému).

Fakt, že monetární vyjádření je v současné společnosti prokazatelně nejuniverzálnějším jmenovatelem, o této společnosti pravděpodobně neříká nic hezkého – jenže to jeho pravdivost nijak nezpochybňuje. I navzájem nesmiřitelní ideologičtí odpůrci chápou shodně význam jedné tisícikoruny a umí jej rychle převádět do praktických termínů, jež jsou jejich chápání nejbližší.

Ekonomické analýzy v drogové epidemiologii také pomáhají pochopit vztahy v globálním drogovém průmyslu, který je hnacím motorem závislosti na psychotropních látkách. Podle analýz OSN (UNDCP, 1997) představoval objem obchodu s nelegálními látkami v roce 1995 přibližně 400 miliard amerických dolarů<sup>1</sup>. To jej v mezinárodním měřítku staví na čtvrté místo mezi průmyslovými obory – za chemický průmysl, potravinářství včetně alkoholu a za průmysl pohonných hmot, ale před turistický průmysl, textilnictví, železárenství a řadu dalších. Heroin na své pouti od výroby konečnému spotřebiteli na ulici zvýší svou cenu stokrát, z 15 tisíc na 1,5 milionu US dolarů na libru (Premier's Drug Advisory Council, 1996); pokud uvažujeme nikoliv výrobní cenu heroínu, ale tržní cenu surového opia, je tento nárůst ještě vyšší.

V České republice se podle odhadů Českého statistického úřadu spotřebovaly v roce 2000 drogy za více než 15 miliard Kč, což je hodnota, dosahující téměř procenta hrubého domácího produktu (Vopravil, 2001).

Nelegální drogy patří mezi komodity, jejichž cena je vyšší než cena gramu čistého zlata. Pro problémové uživatele drog (a z nich zejména pro somaticky závislé) je prakticky nemožné financovat svůj návyk legálními způsoby a dopouštějí se jednak obchodování s drogami, jednak (a především) drobné majetkové trestné činnosti. Zpeněžením lupu získají v průměru cca 30 % jeho hodnoty (Miovský a Záborský, 2001) – musejí tedy nelegálně získat zboží v trojnásobné hodnotě, než je cena jejich denní dávky (cca 1100 Kč u somaticky závislého uživatele heroínu).

Ekonomické škody, způsobené společností, ospravedlňují intervence společnosti – i ty jsou totiž nákladné. Hodina policejní práce má svou hodnotu, stejně jako hodina poskytování poradenství, hodina terapie nebo hodina práce terénního pracovníka.

Úspěch toho kterého opatření pak můžeme charakterizovat definicí „platí, že toto opatření snižuje společenské náklady“. Jen taková intervence, která snižuje společenské náklady o částku, převyšující vlastní náklady, je ekonomicky výhodná. Vzhledem k faktu, že společenské (veřejné) prostředky jsou z definice omezené a tlak na efektivitu jejich vynakládání se stále zvyšuje, zvyšuje se také význam ekonomických analýz v drogové oblasti.

Ekonomická analýza by měla předcházet každé léčebné, represivní i preventivní intervenci. Je důležitá nejen z celospolečenského pohledu, ale i pro toho, kdo intervenci plánuje anebo chce provádět; racionální držitel rozhodovacích pravomocí takovou analýzu totiž bude s vysokou pravděpodobností vyžadovat jako základní podklad – anebo si ji provede sám.

Ekonomické analýzy zahrnují identifikaci, změření a ocenění. Dalším krokem může být srovnání nákladů (vnosů) a výnosů (zisků) dvou a více alternativ léčby, prevence atd. Ekonomické analýzy se vzájemně liší v závislosti na svém předmětu zájmu (subjektu) na cíli analýzy.

<sup>1</sup> Anebo 12 bilionů českých korun – 12.000.000.000.000 Kč – čili 900 milionů průměrných českých platů respektive 6 hrubých ročních domácích produktů celé České republiky.

„*Ekonomické analýzy (evaluace) jsou nástrojem, umožňujícím kvalifikovaný výběr z řady alternativ a efektivní použití dostupných zdrojů.*“

Použití jakéhokoliv zdroje pro léčbu a/nebo prevenci (zne)užívání OPL znamená, že tyto zdroje nelze použít za jiným účelem – že příležitost (*opportunity*) vynaložit je jinak je ztracena. Proto se otázka efektivity nákladů (*cost-effectivity*), tedy „hodnota“ peněz, vynaložených na léčbu a služby, nalézá v centru zájmu většiny vládních a zdravotnických systémů.

Ekonomové upřednostňují nejširší možnou (celospolečenskou) perspektivu: kladou si obecné otázky o využití omezených zdrojů a o společenském blahu. V některých případech však držitelé rozhodovacích pravomocí chtějí znát odpovědi na speciálnější otázky – a ty pak například zužují výzkumnou oblast na určitý vymezený úsek (třeba na zdravotnické výdaje a výnosy nebo na dopady na zločin a na právní systém)

První systémové ekonomické studie drogového problému, ekonomické vyjádření strategií k jeho zmenšení a snahy o evaluace jednotlivých intervencí, resp. léčebných či represivních zařízení a agentur se ve světovém měřítku datují k přelomu 60. a 70. let do USA; jsou neodmyslitelně spjaty se jménem profesorky Dorothy Rice.

## **2. Identifikační analýza nákladů: společenské náklady nemoci**

Nejkomplexnějším nástrojem pro odhad nákladů společnosti podle jednotlivých položek je *analýza společenských nákladů zneužívání návykových látek* (bez ohledu na jejich zákonný status, tedy včetně alkoholu a tabáku). Tyto studie jsou poměrně dobře standardizovány a jsou tedy mezinárodně srovnatelné. V současnosti platí 2. revize směrnice pro jejich provádění, která vznikla pod vedením prof. Erica Singlea (Single et al., 2001). Tento typ studie se řadí do rodiny studií nákladů na nemoc (Cost of Illness, zkratka COI).

### **2.1. Studie COI – krátký přehled**

*Studie COI kombinují epidemiologické databáze s finančními daty, aby dospěly k sumě v peněžních monetárních jednotkách, jejichž významem je forma vyjádření nákladů, jež nese společnost v souvislosti s existencí jisté nemoci.*

COI studie se zabývají společenskými náklady zdrojů, vynaložených na léčbu, prevenci, výzkum a prosazování práva (represí), peněžně vyčísľují ztráty produkti-

vity, jež společnost utrpěla v důsledku zvýšené nemocnosti (morbidity) a úmrtnosti (mortality).

Společenské náklady na zneužívání psychotropních látek lze charakterizovat definicí Collinse a Lapsleyové (1971): „*Zneužívání drog zahrnuje jakékoliv užití nezákonné drogy, které znamená společenský náklad s výjimkou nákladu na pořízení drogy.*“

Základním kamenem ekonomického konceptu COI je předpoklad, podle něž jsou všechny relevantní náklady oportunními náklady, tedy předpoklad, že jedna činnost (jako je nemoc), brání tomu, aby byly zdroje užity pro jiný účel – a v takovém případě je příležitost (*opportunity*) považována za příležitost ušlou. Studie COI tedy stojí na předpokladu, že pokud by daná nemoc neexistovala, pak by zdroje, jež společnost užívá na léčení a za dalšími souvisejícími účely, mohly být vynaloženy jinak.

Bez ohledu na to, jak jsou rozličné ekonomické náklady klasifikovány, představují náklady ve své nejjednodušší ekonomické koncepci: zaznamenávají první realokaci zdrojů, které jsou danému ekonomickému systému dostupné. Klíčovým aspektem těchto nákladů je úvaha, podle které jsou v důsledku užívání OPL buď používány nebo poskytovány zboží nebo služby (přímé náklady) nebo dochází ke ztrátě či snížení (poškození) lidské produktivity (nepřímé náklady).

Jiné vysvětlení oportunních nákladů poskytuje protikladné tvrzení, tedy popis alternativního stavu věcí, podle něž se oportunní náklady (výdaje) určují. Tak například protikladné tvrzení pro virovou hepatitidu B by mohlo znít, že žádná virová hepatitida typu B neexistuje.

Základním teoretickým rámcem COI studií je „teorie cen“ (value theory), zabývající se rolí a interpretací tržních cen, jež byla rozvinuta do rigorózní podoby po II. světové válce. Dvě z praktických aplikací této teorie představuje např. Systém státního (národního) účtu, jenž je základním analytickým nástrojem ekonomů na národní úrovni, a Analýza nákladů a výnosů, která je metodou evaluace (zhodnocení) alternativních způsobů intervencí (například léčby).

### **2.2. Typy nákladů v COI studiích**

Rozeznáváme tři typy nákladů, zahrnované do COI studií v oblasti psychotropních látek (viz Obr. 1):

**1) Náklady přímé** („out-of-pocket-money“, hotové peníze, které společnost vydá v zájmu řešení drogového problému). Ty schematicky zahrnují:

- Náklady zdravotní péče (včetně harm reduction, kterou lze považovat za léčbu paliativní)
- Náklady na prosazování práva
- Transakční náklady systému, který přerozděluje dávky sociálního a zdravotního pojištění
- Náklady, spojené s pracovištěm (typu testů na alkohol či drogy v rizikových provozech)
- Náklady na prevenci, výzkum a vzdělávání
- Náklady rodin (privátní náklady na nehrzenou péči, právní zastoupení atd.)
- Jiné náklady (typu dopravních nehod u alkoholu a nelegálních drog, požárů u tabáku atd.)

**2) Náklady nepřímé** (ztráty produktivity), kdy usuzujeme, že v případě neexistence drog by současní uživatelé (a jejich nejbližší) byli standardně produktivními členy společnosti; každá nemoc, ztráta svobody, snížená ekonomická výkonnost, resp. nulová ekonomická výkonnost (v případě úmrtí) je pak posuzována jako (společenská) ztráta produktivity. Do této kategorie se standardně zahrnuje:

- Ztráty produktivity v důsledku nemocnosti
- Ztráty produktivity v důsledku úmrtnosti
- Ztráty produktivity v důsledku kriminálních kariér
- Ztráty produktivity rodin

**3) Nehmotné náklady** představují ekonomicky nejeřměnější kategorii nákladů. Již z názvu je jasný problém, který vzniká při jejich ekonomickém oceňování. Pro tyto účely se v zásadě používá dvou systémů: metody QALY (viz níže) nebo metody „ochoty platit“. V zásadě lze ale říci, že ani jeden z těchto systémů není plně kompatibilní s metodou lidského kapitálu a proto bývá ve studiích COI obvykle tato kategorie vypuštěna. Pro přehlednost však uvádíme typy nehmotných nákladů, které jsou obvykle v této kategorii zahrnovány:

- Bolest a utrpení
- Psychosociální vývoj
- Ztráta blízkých
- Rodinné zdraví
- Sekundární následky pro trh v důsledku snížené kupní síly

### 2.3. COI studie v České republice

Prozatím jedinou studií společenských nákladů zneužívání nelegálních látek je COI studie (Zábranský et al. 2001a), podniknutá v rámci výzkumného projektu *Analýza dopadů novelizace drogové legislativy* (Zábranský et al., 2001b). Tato studie se řídila mezinárodními standardy pro provádění COI studií v oblasti zneužívání psychotropních látek a je tedy mezinárodně srovnatelná.

Detailní výpočet identifikovaných položek je popsán v Zábranský et al. 2001a); tato publikace zároveň může sloužit jako metodický materiál pro provádění dalších studií tohoto typu v příbuzných oblastech.

### Výsledky COI studie v ČR pro rok 1998

Celkové identifikované náklady zneužívání nelegálních drog činily v roce 1998 v ČR částku 2,8 miliardy Kč. Z toho 2,3 mld. Kč tvořily náklady přímé a 0,5 mld. Kč náklady nepřímé. Částka 2,8 mld. Kč. reprezentuje 0,20 % hrubého domácího produktu (HDP).

### Diskuse k výsledkům

Společenské náklady na zneužívání nelegálních drog ve výši 2,8 mld. Kč představují 0,20 % hrubého domácího produktu (HDP). Tento podíl odpovídá výsledkům obdobných zahraničních studií z 90. let, vyšší společenské náklady identifikovaly pouze americké studie. To je způsobeno skutečností, že prevalence (problémového) užívání drog je v USA nejvyšší na světě a zapojení tamních trestně-právních složek do řešení drogové problematiky je extrémně vysoké.

Překvapivá je distribuce zjištěných nákladů. Přímé náklady významně převyšují náklady nepřímé. V zahraničních studiích bývají tyto dva typy nákladů vyrovnány až posunuty ve prospěch nákladů nepřímých. To je pravděpodobně způsobeno výrazně pozdějším otevřením naší drogové scény okolnímu světu a mezinárodnímu obchodu (1990 oproti 1965 – 1970 v ostatních zemích) a z něj vyplývajícího (nedávného) nástupu nového typu šíření zneužívání drog a souvisejících problémů:

- prevalence (problémového) užívání drog je v ČR (cca 0,5 %) ve srovnání s USA, Kanadou a Austrálií (cca 2,2 %) nízká; v evropském kontextu představuje průměr (viz např. Hartnoll, 2002);
- ve spektru drog zneužívaných v ČR hraje v roce 1998 ještě poměrně malou roli heroin, považovaný za zdravotně i sociálně nejvíce devastující nelegální drogu;
- vzhledem ke krátké době endemického šíření zneužívání nelegálních drog na našem území je relativně nízká i drogová úmrtnost. S tím zřetelně souvisí jak nízký počet sekundárních drogových úmrtí, tak i do značné míry úspěšné a včasné nasazení opatření typu snižování škod (harm reduction);
- prevalence HIV/AIDS v obecné populaci i populaci uživatelů nezákonných drog je v ČR ve srovnání se světovou situací mimořádně nízká. Ve srovnání se západní Evropou, Austrálií i Severní Amerikou je v ČR významně nižší také promořenost (seroprevalence) obou typů parenterálních hepatitid. To beze zbytku platí i o (pravostranné) infekční endokarditidě, která je v ČR vyvolávána výrazně méně agresivnějším agens než v západní Evropě, Americe nebo Austrálii.

Jinou vysvětlující skutečností je vysoký podíl přímých nákladů sektoru prosazování práva v ČR, který odpovídá vysoké míře trestnosti<sup>2</sup> našeho právního systému.

### 3. Speciální ekonomické evaluace

Žádná intervence nemůže být ekonomicky efektivní, pokud není účinná ve smyslu léčebných výsledků. Proto je nejrobustnějším designem pro korektní ekonomickou evaluaci randomizovaný<sup>3</sup> kontrolovaný pokus. Jiné designy jsou výrazně méně signifikantní/robustní. Tak zejména studie, používající k výpočtu ekonomických ukazatelů stav před a po léčbě – bez existující kontrolní skupiny – vesměs přeceňují výnosy léčby. Pokud jsou do studie zahrnuti jen ti, kteří léčbu dokončili, jsou výsledky ještě zkreslenější.

*Základním kamenem kvalitní ekonomické analýzy je správné zvolení otázek, na něž je třeba získat odpověď.* Tak například pokud je smyslem zamýšlené (evaluované) intervence zlepšit zdraví uživatelů drog, je třeba se řídit designem analýzy efektivity nákladů (CEA). Pokud však je třeba širších srovnání, pak může být vhodnější použít design analýzy užítkovosti nákladů (CUA). Pro studie, které se snaží zohlednit celou šíři nákladů a výnosů poskytování léčby ve srovnání se situací bez léčby, může být nejlepší volbou analýza nákladů a výnosů (CBA). Hlavním rozdílem mezi základními čtyřmi typy ekonomických evaluací je *způsob měření a ocenění výnosů pro individuum (jedince).*

#### 3.1. Analýza minimalizace nákladů (Cost Minimisation Analysis)

U tohoto typu analýzy se považují výsledky alternativních intervencí na kvantitu a kvalitu života jedince za totožné. Všechny ostatní následky na zdroje jsou měřeny v monetárních ukazatelích. Některé z těchto následků (jako je snížení budoucí hladiny zločinnosti nebo snížení nákladů na zdravotní péči) lze považovat za výnosy (negativní náklady), zatímco jiné aspekty (jako jsou přímé náklady na intervenci) jsou zřejmými „náklady“.

*Výhodou CMA je fakt, že problém změření nákladů je v nich redukován na prostý odhad monetárních následků vynaložených zdrojů. Jejich praktické použití je nicméně v oblasti drogové léčby (a prevence) jen velmi omezené.* Lze totiž jen velmi těžko tvrdit, že dvě léčebná zařízení (nebo dvě alternativní léčebné modalita) mají stejné výsledky co do individuálních zdravotních stavů.

Příklad použití CMU při srovnání tří standardních britských metadonových zařízení viz Tab. 2: Srovnání metadonových programů (podle WHO et al. 2000)

#### 3.2. Analýza efektivity/účinnosti nákladů (Cost Effectivity Analysis)

*Většina publikovaných ekonomických evaluací používá design CEA.* V tomto typu ekonomické analýzy (evaluace) je účinek léčby měřen v jedné zdravotní jednotce. Náklady a další následky jsou měřeny v peněžních jednotkách stejně jako v CMU. Podmínkou ekonomickou studie tedy je mít jedno – hlavní – měřítko/jmenovatel, s jehož pomocí je pak zkonstruována stupnice účinnosti nákladů. Ta pak vyjadřuje čisté náklady na jednu jednotku.

U některých léčebných intervencí lze přirozený léčebný výstup nejlépe měřit pomocí zabráněných (odvrácených) smrtí nebo získaných roků života. Většina studií v oblasti zneužívání OPL používá vlastní indikátory typu čistých nákladů na den v abstinenci nebo na procentuální redukci zneužívání OPL, případně na odvrácení propuknutí sekundárního onemocnění (typu HIV/AIDS nebo virové hepatitidy) u programů typu harm reduction.

##### Příklad:

- Systematické přehledy prokázaly, že po krátkodobých intervencích došlo ke snížení konzumace alkoholu o 20 %. Řekněme, že v hypotetické rizikové/problémové populaci to znamená snížení o 50 g čistého alkoholu týdně.
- Díky těmto výsledkům chce exekutiva zavést program screeningu a oportunních krátkodobých intervencí pro 100 mužů a 100 žen. Předtím však ještě chce znát účinnost nákladů.
- Náklady na screening pomocí dotazníku užívání alkoholu (2 minuty) byly vypočteny na 50 – 75 Kč na osobu, celkem tedy na 10 000 – 15 000 Kč.
- Odhaduje se, že intervenci bude potřebovat 46 lidí (36 pozitivních, 10 falešně negativních).
- Odhaduje se, že k poskytnutí intervence je třeba 15 minut, což spolu s dodatečnými náklady na letáky atd. dělá na každou intervenci 250 – 350 Kč.
- Pro 46 intervencí to bude činit 11 500 – 16 100 Kč.
- Celkové náklady programu tedy budou mezi 21 500 – 31 100 Kč.
- Náklady na jednoho rizikového pijáka pak činí 597 – 875 Kč.
- Ve smyslu efektivity (účinnosti) nákladů to pak znamená 12 – 17,50 Kč na gram čistého zkonsumovaného alkoholu, jemuž se podařilo předejít.

#### 3.3. Analýza užítkovosti nákladů (Cost Utility Analysis)

Všechny zdroje mají hodnotu, vyjadřovanou jako *oportunní náklad*; příležitost s nimi něco provést za-

<sup>2</sup> 214 vězňených/100.000 obyvatel v roce 1998 (Vězeňská služba České republiky, 1999); to je míra trestnosti v zemích západní a střední Evropy s přehledem nejvyšší – o polovinu vyšší než u druhého v pořadí (Polsko)

<sup>3</sup> Randomizace – metoda náhodného výběru sestavy (vzorku) výzkumně sledovaných osob.

niká v okamžiku, kdy jsou nějak vynaloženy. V rámci zdravotní péče to znamená potřebu rozhodovat o rovnováze zdrojů – například mezi terminální péčí a prevencí. Taková srovnání vyžadují společné měřítko výstupů, které by dokázalo zahrnout kvantitu a kvalitu životních změn. Na taková měřítká lze nahlížet jako na měřítká *užitkovosti* (nebo hodnoty zdraví) pro jedince.

EMCDDA a WHO doporučují, aby se tato metoda používala tehdy, když je za důležitý výstup považována kvalita života. Tak může jít např. o evaluaci programů následné péče pro bývalé klienty dlouhodobé abstinenční léčby, k porovnání intervencí, které mají efekt jak na kvalitu, tak na délku života, nebo o programy komplexní, v nichž má řada intervencí různé následky a je třeba je nějakým způsobem porovnat.

Je nezbytné identifikovat, změřit a ocenit zdravotní výnosy z jakéhokoliv prodloužení života a jeho zlepšené kvality. Tam, kde CEA měří výstup v jedinečném okamžiku v čase (časovém bodu), musí CUA změřit, jak dlouho bude léčebný efekt trvat.

Většina CUA používá QALY (Quality Adjusted Life Years, volně „Roky kvalitního života“). Koncept QALY je založen na předpokladu, že pouhý popis živý/mrtvý dostatečně nezachycuje vícečetné stupně zdravotního stavu, ani kvalitu života, který v individuálních případech následuje po ukončení léčby. QALY používá stupnici, kde hodnotu 1.000 dosáhne hypotetická osoba, těšící se dokonalému zdraví. Pak byla dedukována hladina snižování této hodnoty pro jednotlivé projevy nemocí<sup>4</sup>. Ne všechny QALY jsou kalkulovány stejně.

V Evropě často používaný „Euro QOL“ (EQ-D) má pět složek: mobilita, soběstačnost, obvyklá aktivita, bolest/diskomfort a anxiозita/depresivita. WHOQOL-Bref<sup>5</sup> používá jiný koncept: fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vazby, prostředí.

Všechny další náklady a spotřebované zdroje jsou měřeny a oceňovány stejně jako v jiných typech ekonomických analýz.

**Příklad:** metadonoví klienti z CMU oddílu 3.1. Kombinací zdravotních zlepšení a snížené mortality jsme dostali následující zdravotní výnosy během jednoho roku trvání programu.

Nem. zař: 160 QALY (vstoupilo 210 klientů)

Spec. A: 291 QALY (333)

Spec. B: 345 QALY (250)

Kombinací těchto nálezu s daty o nákladech (snížení o předčasnou mortalitu) vznikla *Tab. 3* (podle WHO et al., 2000). Z tabulky je zřejmé, že se „pořadí úspěšnosti“ oproti tabulce 2 změnilo; to je způsobeno započtením léčebných výsledků (vyjádřených v QALYs) oproti zahrnutí prostého počtu „obsloužených“ klientů v analýze CMU.

*CUA je pro posuzování intervencí senzitivnější než CMA*; tento typ analýzy vyvrací zažitou poučku „co je levné, je dobré“; poučka „levnější = lepší“ platí pouze při dosažení totožných léčebných výsledků.

### 3.4. Analýza nákladů a výnosů (Cost and Benefit Analysis)

V analýze nákladů a výnosů jsou všechny individuální výnosy měřeny v monetárních jednotkách. Znamená to tedy, že všechny náklady a následky spotřebování zdrojů jsou měřeny v týchž jednotkách. Taková metoda je užitečná, pokud se snažíme o evaluaci intervence/spektra intervencí se širokou škálou různorodých výsledků. Vzhledem k faktu, že výsledek je vyjádřen jako jednoznačný údaj o tom, zda monetární hodnota výnosů převáží či převážila náklady, je často považována za nejmocnější ekonomický argument v diskusích o zavedení či nezavedení daného programu.

To se ukazuje důležité například v případě programů typu harm reduction, kde náklady na zavedení a provozování programu/intervence porovnáváme s náklady na léčení odvrácených nákaz krví přenosnými nemocemi, ušlou produktivitou v důsledku (odvrácených) nákaz a souvisejících úmrtí atd.

Relevance jakékoliv studie pro rozhodování („decision making“) nicméně závisí na alternativách, které jsou v rámci evaluace testovány.

Po indikátorech typu „tržní hodnoty života“, které podceňovaly tento ukazatel u starších a chudších, a typu „ochoty platit“ se jako nejuniverzálnější ukazatel nepřímých nákladů prosazuje „ztracená produktivita“<sup>6</sup>.

Podstatou analýzy nákladů a výnosů je po identifikaci společenských nákladů na nemoc (viz oddíl 2) osazení

<sup>4</sup> Např. používání hole snižuje QALY o 0.060 bodů, zatímco dušnost až o 0, 257.

<sup>5</sup> Používaný ve studiích Světové zdravotnické organizace

<sup>6</sup> Viz oddíl „Studie COI – krátký přehled“.

získaných údajů na stranu nákladů či výnosů daného programu nebo intervence.

Popis obecného postupu konstrukce modelů analýz nákladů a výnosů však přesahuje rámec tohoto textu.

## **Summary** **Ekonomical Aspects of Using Drugs; Ekonomical Analysis as a Background of Making Decision on Most Effective Intervention**

The chapter attempts to depict economical analysis as a part of applied epidemiology. In the introduction, essential data about the world drug market and the global cost of the drug problem are presented. In drug policy in general and also in particular intervention (primary prevention, treatment etc.), economic analyses are the tool, which enables a qualified selection of alternatives and efficient utilisation of existing resources. Expressing the drug problem in economical terms may form a basis for planning of prevention, treatment and law enforcement measures. Principal methods are presented from the viewpoint of definitions, methodology and interpretation: at first, cost identification analysis

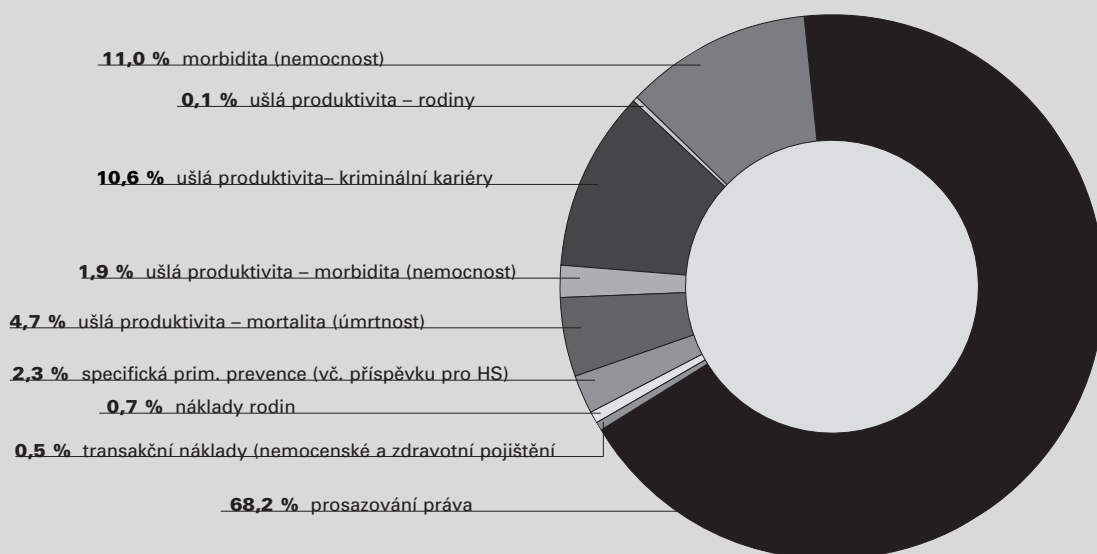
(cost of illness), then, special types of economic evaluation (cost minimalisation, cost effectiveness, cost utility and cost/benefit analyses). The practical examples are given e.g. in an economical analysis of methadone maintenance and exchange programmes in relation to HIV/AIDS and other infections. Particular attention is paid to the recent Czech PAD research project, based on the cost of illness methodology and aimed to analyse the impact of the 1998 drug legislation amendments in the CR. The results of the Estimate of Social Costs of Illicit Drugs Abuse in Czech Republic 1998 (part of the PAD project) are summarised here.

**Key words:** cost of illness – economical analyses – efficiency of interventions – PAD – QALY

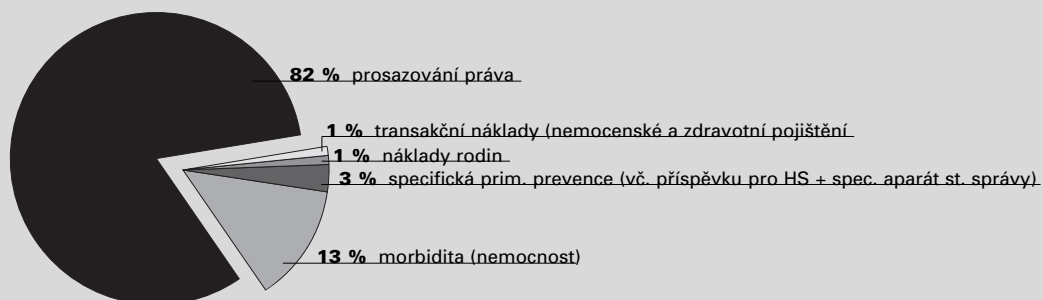
Tab. 1: Přímé a nepřímé společenské náklady na zneužívání nelegálních drog v ČR 1998

POLOŽKA		VÝŠE
NÁKLADY PŘÍMÉ	Náklady na lékařskou péči, hrazenou pojišťovkami, a přiřaditelná část zvláštní dotace MZ ČR pro prevenci a léčbu HIV/AIDS	202 661 584 Kč
	Náklady na léčbu a služby, nehrazené pojišťovkami	106 259 774 Kč
	Transakční náklady pojišťovenského a zdravotního systému	14 959 888 Kč
	Náklady na specifickou primární prevenci	64 130 614 Kč
	Náklady na práci Policie ČR	1 238 740 724 Kč
	Náklady na státní zastupitelství	90 096 565 Kč
	Náklady na soudní moc	87 579 979 Kč
	Náklady na vězeňství	468 809 858 Kč
	Boj proti podloudnictví	26 767 250 Kč
	Náklady rodin	20 017 790 Kč
	<b>PŘÍMÉ NÁKLADY CELKEM</b>	<b>2 320 024 026 Kč</b>
NÁKLADY NEPŘÍMÉ	Ušlá produktivita v důsledku mortality (úmrtnosti)	131 171 672 Kč
	Ušlá produktivita v důsledku morbidity (nemocnosti)	52 548 394 Kč
	Ušlá produktivita v důsledku kriminálních kariér	297 838 576 Kč
	Ušlá produktivita rodin	3 937 343 Kč
	<b>NEPŘÍMÉ NÁKLADY CELKEM</b>	<b>485 495 985 Kč</b>
<b>CELKEM VŠECHNY TYPY NÁKLADŮ</b>		<b>2 805 520 011 Kč</b>

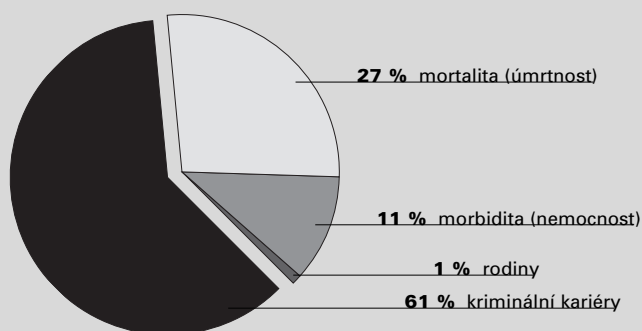
Obr. 2: Přímé společenské náklady (2,3 mld Kč) na zneužívání drog v ČR 1998



Obr. 3: Přímé společenské náklady (0,5 mld) na zneužívání drog v ČR 1998



Obr. 4: Nepřímé společenské náklady (0,5 mld) na zneužívání drog v ČR 1998



Tab. 2: Srovnání metadonových programů (podle (WHO et al. 2000)

	Nemocnice	Spec. zař. A	Spec. zař. B
Investice	105 340	83 107	17 190
Nájem a údržba	6 508	102 326	44 876
Náklady na personál	414 812	843 323	663 257
Telefony, kancelářský materiál, odpisy atd.	222 273	237 205	131 645
Smluvní služby (laboratorní testy, lékárníci, účetní atd.)	39 339	237 205	131 645
<b>Celkem</b>	787 282	1465 167	968 266
Počet klientů	210	333	250
Průměrně na klienta	3 754	4 400	3 873

Tab. 3: QALYs v metadonových programech (podle (WHO et al. 2000)

	celkové náklady programu	Získané QALY	Průměrný náklad na QALY
Nem. zař.	788 272	160	4 927
A	1 465 157	291	5035
B	968 265	345	2807

## Literatura

- Collins D.J., Lapsley H.M.: Estimating The Economic Costs of Drug Abuse in Australia. Commonwealth Dept. of Community Services & Health, Canberra, 1991
- Hartnoll R.: Measuring Prevalence and Incidence of Drug Use. Drugs in Focus – Briefing, roč. 3, č. 1, str. 1681 – 5157, 2002. Internet: [http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy\\_briefings/pb1\\_3/pb\\_03\\_EN.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb1_3/pb_03_EN.pdf)
- Miovský M., Zábranský T.: Přehled výsledků studie provedené s uživateli nelegálních psychoaktivních látek a s pracovníky zdravotnických zařízení a poskytovateli služeb uživatelům nelegálních drog (Overview of PAD Qualitative Substudy Results – Drug Users and Care & Treatment Providers). Adiktologie (Scan Tišnov), roč. 2, Supplementum 1, 2002
- Premier's Drug Advisory Council: Drugs and our Community: Report of the Premier's Drug Advisory Council. Victorian Government, Melbourne, 1996
- Single E., Collins D., Easton B., Harwood H., Lapsley H., Kopp P., Wilson E.: International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse. Canadian Centre on Substance Abuse, Toronto, 2001. Internet: <http://www.ccsa.ca/Costs/Guidelines/intguid.htm>
- UNDCP: Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking. UNDCP Technical Series Edition. UNDCP, Vienna, 1997
- Vopravil J. a kol.: Nelegální ekonomika v ČR v roce 2000 (drogy, prostituce). Český statistický úřad, Praha, 2001
- WHO, UNDCP, EMCDDA: Economic Evaluations. Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment. WHO, Geneva, 2000
- Zábranský T., Mravčík V., Gajdošíková H., Kalina K., Vopravil J.: Ekonomické náklady společnosti na zneužívání nelegálních („pouličních“) drog v České republice 1998 (The Social Costs of Illicit Drugs Abuse in Czech Republic 1998). Adiktologie (Scan Tišnov), roč. 2, Supplementum 1, 2002
- Zábranský T., Mravčík V., Gajdošíková H., Miovský, M.: PAD: projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Souhrnná závěrečná zpráva) – PAD: Impact Analysis Project of New Drugs Legislation (Summary Final Report). ResAd a Scan, Praha/Tišnov, 2001

**Klíčová slova:** biomedicínský model – bio-psycho-sociální model – Harm Reduction – holistický (celostní) přístup – morální a spirituální modely – Public Health

V této kapitole uvedeme přehled nejdůležitějších přístupů, které se ve světě uplatňují v teoretických výkladech drogové závislosti a v práci s ohroženými či uživateli. Pro drogovou politiku a strategie zaměřené na stranu poptávky po drogách (*primární, sekundární, terciární prevence*) představují tyto přístupy nabídku více či méně vhodných realizačních možností a nástrojů.

### Biomedicínský model

Biomedicínský model dominoval v oblasti závislosti po dlouhá desetiletí, zejména v době, kdy nezákonné drogy byly *odborným problémem*<sup>1</sup>, jímž se na straně poptávky zabývali výhradně lékaři-psychiatři (nebo, ještě přesněji, lékaři chorob nervových a duševních, protože k oddělení psychiatrie od neurologie dochází až kolem poloviny tohoto století).

V biomedicínském modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu (v zásadě chorobnou poruchou mozkových funkcí, do jisté míry s dědičnými dispozicemi). Pokládá se za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami, a nejspíše vůbec nevyléčitelnou – v tom se srovnává např. s ischemickou chorobou srdeční a zejména s cukrovkou. I když však není drogová závislost úplně vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu za podmínky specifické diety, tj. trvalé abstinence. Další užití drogy je vždy recidivou nemoci (*„závislý nikdy nepřestane být závislým, ale může abstinovat“*). Tomuto pojetí odpovídaly i převládající léčebné metody: ústavní izolace, detoxikace, léčba prací. Ambulantní léčení individuální psychoterapií bylo velmi výlučné.

Biomedicínský model problematiku závislosti z dnešního pohledu zužuje, tj. jde o model redukcionistický, nesmíme však zapomínat, že ve své době znamenal převrat v euroatlantické kultuře. Odmítnul tradiční pojetí duševní choroby jako škodlivé sociální deviace, která v sobě slučuje rysy neloajlnosti, posedlosti, morálního selhání a zločinu, a nazval tyto projevy nemocí. Závislosti byly do biomedicínského modelu zahrnuty později než např. psychózy, a i v posledních desetiletích

jsme svědky trendu zařazovat různé problémy psycho-sociální patologie do lékařských diagnostických kategorií (např. gambling a částečně, byť nesměle, i kriminalita). Lze polemizovat o tom, zda a do jaké míry je tento trend medicinalizace psychosociálních problémů a sociálních jevů „zdravý“ a prospěšný společnosti i jednotlivcům, tato polemika však přesahuje rámec této kapitoly i této publikace.

V současné době je biomedicínský přístup částečně překryt přístupem bio-psycho-sociálním, který uvádíme dále, některé charakteristické rysy – vhodné i méně vhodné – se však udržují.

### Bio-psycho-sociální model

V bio-psycho-sociálním modelu se rozšiřuje model biomedicínský o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Nemoc (a tedy i drogová závislost) vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů<sup>2</sup>. Podstatnými pojmy jsou *dispozice* (např. genetické či biologické, případně dispozice psychologické získané v raném dětství), *zranitelnost* (která se vyvíjí na podkladě dispozic v dalším průběhu života) a *spouštěče* (např. životní události nebo nároky vývojového období), které vedou k *manifestaci* poruchy.

Léčení závislosti musí zahrnout všechny faktory bio-psycho-sociálního modelu. Tomu odpovídají vedle detoxikace a farmakoterapie právě nově zdůrazňované léčebné postupy, souhrnně nazývané psychosociálními terapiemi. Patří k nim různé metody individuální, skupinové a rodinné psychoterapie, včetně terapie v léčebném společenství – tzv. terapeutická komunita.

Bio-psycho-sociální model vstoupil do psychiatrie po II. světové válce, jeho rozmach však začal až v šedesátých letech. Jak jsme uvedli v první kapitole této publikace, je to zároveň období, kdy se drogy stávají *společenským problémem*. Komplexní bio-psycho-sociální výkladový model a terapeutický přístup nabízel

<sup>1</sup> Viz Kalina, kapitola I/1, Úvod do drogové politiky.

<sup>2</sup> Viz kapitoly části II.

v této situaci přínosné odpovědi a řešení. V léčení drogových závislostí se začal uplatňovat jen o málo později a neméně výrazně než v léčení jiných psychických poruch.

Již několik desetiletí je bio-psycho-sociální přístup „hlavním proudem“ soudobých strategií na straně poptávky po drogách. Je důležité si uvědomit, že není sice přístupem tradičně lékařským (biomedicinským), ale vždy byl a zůstává přístupem v zásadě zdravotnickým nebo aspoň ze zdravotnictví vycházejícím. Pracuje se „zdravotnickými“ pojmy individuální diagnózy, prevence, léčení a rehabilitace, s klinickým myšlením (příznaky, syndromy, dynamika vývoje, typy průběhu atd.). Přitom se opírá o široký koncept zdraví, prosazovaný WHO („zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“). Bio-psycho-sociální přístup má tedy jak široký záběr, tak i své hranice, což je však spíše výhoda než nevýhoda. Ve svých hranicích dokáže integrovat poznatky přírodních, psychologických i společenských věd, udržovat a rozvíjet spolupráci mezioborových týmů, aplikovat nové metody a pomáhat pacientům či klientům účinným a vědecky ověřitelným způsobem. Zároveň může být přijatelný a srozumitelný i pro neodborníky.

Díky vývojovému hledisku dokáže bio-psycho-sociální model prolomit hluboce zakořeněnou tezi o trvalé a nevléčitelné závislosti. Činí přijatelnou představu, že za příznivých vnitřních a vnějších podmínek může člověk svoji závislost „přerůst“ – vlastně se tedy uzdravit a být nadále zdravým člověkem, nikoliv pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem. Mnozí odborníci však možnost „přerůst závislost“ popírají, a jistě tato perspektiva neplatí vždy a pro každého. Vývojově přerůst svou závislost je v podstatě snažší pro dvacetiletého závislého na heroinu, který se díky intenzivní léčbě může vyrovnat s nesplněnými a zanedbanými vývojovými úkoly a přesunout se do prostředí a životního stylu sdíleného většinou populací, tj. do takového, v němž heroin nemá místo a nevyskytuje se ani jako nabídka či pokušení. Závislý na alkoholu ve středním věku však tuto vývojovou perspektivu vlastně nemá a rovněž většinou společnost, v níž je alkohol součástí každodenního života, mu bezalkoholové prostředí pro jeho abstinenci nenabízí.

Je však na místě zdůraznit, že teorie o vývojovém překonání závislosti nemá nic společného s rozšířeným a nesplnitelným přáním, které často mají závislí na alkoholu nebo na drogách na počátku léčby: aby je lé-

čení nevedlo k abstinenci, ale naučilo je „kontrolovaně“ pít nebo brát drogy.

V rámci bio-psycho-sociálního modelu má své místo i farmakoterapie. Na to je třeba upozorňovat zejména při jejím současném rozvoji. Tendence podceňovat psychosociální terapie se objevila během všech „psychofarmakologických revolucí“ (tak jsou nazývány vlny zavádění nových léčiv – neuroleptik, antidepresiv, benzodiazepinů) a vedla zatím vždy, slovy Oldřicha Vinaře, „od opojení ke kocovině“. Farmakoterapie v léčbě závislosti má sice omezený, ale významný prostor uplatnění, a tam, kde ji lze uplatnit, osvědčuje se její kombinace s psychoterapií a psychosociálními terapiemi obecně jako neúčinnější.

### **Přístup ochrany veřejného zdraví („public health“)**

Přístup „public health“ vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Ve své čisté podobě nesleduje zájem individuálního klienta, ale ochranu populace, především před přenosem závažných infekčních chorob (AIDS, hepatitidy B a C). Vzniknul a vyvíjel se nikoliv jako odpověď na problematiku drogové závislosti, ale v souvislosti s šířením viru HIV. Soustředil se tudíž na sdílení jehel a stříkaček při nitrožilním užívání drog a na rizikový pohlavní styk jako na významné kanály, jimiž se infekce HIV šíří. Z toho se odvinuly metodické postupy jako výměna jehel a stříkaček, distribuce kondomů a edukačních materiálů, slinové testy na HIV, očkování drogové populace proti hepatitidám apod.

Dominance přístupu ochrany veřejného zdraví může vést k zanedbání individuálních potřeb a perspektiv problémového uživatele, k rezignaci na léčení, sociální opatření atd.

### **Přístup minimalizace poškození („harm reduction“)<sup>3</sup>**

I když se v rámci harm reduction (dále HR) využívá některých metod, které zároveň slouží ochraně veřejného zdraví, jde na rozdíl od výše uvedeného přístupu *public health* o přístup především individuální, zaměřený na individuální potřeby a perspektivy klienta.

Přístup minimalizace poškození si neklade za cíl abstinence klienta od drog. Nevylučuje tuto perspektivu, ale nepokládá za nutné a účelné její okamžité, prvořadé a výlučné prosazování. Akceptuje, že klient v dané době užívá drogy a nechce či nemůže přestat (nemá třeba ani dostatečnou motivaci k tomu, aby o to usiloval a nastoupil léčbu), a snaží se zachovat klienta při životě a maximálně možným zdravím v bio-psycho-soci-

<sup>3</sup> Viz též Kalina, kapitola I/1, Úvod do drogové politiky; Hrdina, kapitola 5/1, Harm Reduction.

álním smyslu. Podaří-li se to, bude se klient třeba později rozhodovat rozumněji.

Poškození, která se snažíme minimalizovat, omezit či zmírnit jejich riziko nebo jim zcela předejít, jsou zejména následující:

- život a zdraví ohrožující infekce, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem (především jde o AIDS, v poslední době stále více také o virové záněty jater – hepatitidy)
- další tělesné komplikace, např. abscesy, záněty, postižení vnitřních orgánů nebo zhroucení jejich funkcí, což je častým důsledkem dlouhodobého nitrožilního užívání, nitrožilního užívání látky znečištěné různými příměsami, ztráty vody z organismu a přehřátí při „tanečním“ užívání stimulačních drog apod.
- dlouhodobé působení vysokých dávek
- předávkování (často smrtelné, může být způsobeno neodhadnutelným množstvím účinné látky v produktech získávaných na nezákonném trhu)
- sociální debakl a ztráta lidské důstojnosti

Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Dostanou-li se mimo tento okruh, např. do škol, vyvolávají senzací, pobouření a obviňování, že se touto cestou mládež navádí k braní drog. Z poradenských a edukačních aktivit v rámci HR by se však nemělo ztratit citlivě vyslané a citlivě dávkované poselství, že je sice lepší brát drogy bezpečně než nebezpečně, ale ještě lepší je nebrat vůbec – a že je to možné a lze s námi o tom hovořit.

Do rámce HR patří i v podstatě podávání náhradní drogy (substituce, např. metadon) nebo původní drogy (heroin) pod lékařským dozorem, což omezuje u závislých prostituci a trestnou činnost pro získání drogy či finančních prostředků na ní. Na druhé straně se tyto přístupy, zejména dlouhodobá substituce metadonem či buprenorfinem, úspěšně začlenily do biomedicínského modelu jako jakákoliv jiná udržovací léčba (např. hemodialýza u chronického selhávání ledvin nebo podávání insulínu u diabetiků). Po překonání určitých psychologických bariér se tak v léčbě závislosti otevřel prostor i pro tradičně uvažující lékaře – s jistými riziky, o nichž se zmiňujeme v oddílu o bio-psycho-sociálním modelu.

### **Sociální a sociálně-pedagogický přístup**

V modelu drogové závislosti tyto přístupy zdůrazňují vnější faktory: nepříznivé sociální prostředí, nevhodnou výchovu, chybění či ztrátu sociálních dovedností, schopností a možností integrovat se do komunity. Používanými metodami jsou zejména:

- sociální a výchovné poradenství, vedení, intervence a asistence
- resocializace, reedukace a rekvalifikace
- nácvik soběstačnosti, sebeobsluhy, sociální komunikace a pracovních dovedností, často využívající chráněného prostředí (chráněné bydlení, chráněné dílny)

Sociální či sociálně-pedagogický přístup těží z rozvoje aplikovaných sociálních a pedagogických věd a je rovněž výrazem emancipace nezdravotnických profesí. Při nedostatku lékařů a klinických psychologů v oboru léčení závislosti a při trvajících společenských předsudcích proti „přidělení diagnózy“ nepřekvapuje, že se sociálně-pedagogické přístupy ve světě i u nás dokáží uplatnit jako zcela samostatné řešení pro široký okruh uživatelů drog, především mladistvých klientů nebo naopak chronických toxikomanů. Jejich metody se však mohou integrovat i do rámce bio-psycho-sociálního modelu a lze je do jisté míry pokládat za širší součást „hlavního proudu“.

V sociální a sociálně-výchovné oblasti je také hlavní těžiště dobrovolné práce, svépomoci a charity, která se často obejde zcela bez účasti profesionálů.

### **Přístupy morální a spirituální**

Pojetí drogové závislosti jako morálního debaklu je ve společnosti stále značně rozšířené. Tento koncept využívají zastánci represe, ale může tvořit i východisko pomoci uživatelům a závislým. V praxi aplikuje sociální a sociálně-pedagogické postupy, spojené s křesťanskou morálkou a věroukou (*morální převýchova, morální resocializace*). Často navazuje na misijní působení ve velkoměstských komunitách postižených sociálními problémy a kriminalitou.

V katolické církvi je morální přístup k závislým a uvedený typ práce tradicí *Salesiánského řádu*, velmi živě se jej však ujímají i protestantské církve a protestantská náboženská společenství v USA i v Evropě. Z těchto okruhů se přenesl do svépomocných hnutí *Anonymních alkoholiků* a *Anonymních narkomanů*. K jejich doktríně patří i teze o „nevléčitelné, trvalé závislosti“ – kdo byl jednou závislým, ať na alkoholu či drogách, nemůže být nikdy zdravým člověkem, ale pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem. Musí si své morální selhání stále připomínat („žít na kolenou“), bojovat s ním

a opírat se přitom o víru a o příslušnost ke skupině AA či NA.

Jistým extrémem morálního přístupu je *přístup spirituální*, který za jedinou cestu z drogové závislosti pokládá náboženské obrácení, oddanost určité víře a život a práci v úzkém společenství podobně věřících pod trvalým duchovním vedením. Má často sektářský charakter nebo aspoň nádech.

Morální a spirituální přístupy až na vzácné výjimky nedůvěřují odborníkům a odborným postupům, mají tendenci se před nimi uzavírat. Často od nich odrazují klienty. Jindy se snaží do odborného světa expandovat, přesvědčovat a bojovat o duše klientů a své uznání. Obvykle jsou pro morální a spirituální fundamentalisty největšími nepřáteli nábožensky založení profesionálové, jimž víra, morální hodnoty a spiritualita není cizí.

Pokud však pomíneme extrémy, mají morální a spirituální přístupy k problematice závislosti a léčbě závislých stále co dodat. Hnutí Anonymních alkoholiků uchovalo důraz na duchovní a morální rozměr po dlouhá desetiletí, která se o tyto rozměry příliš nezajímala, po dnešek, který je jim opět více nakloněn.

### Holistický – celostní model

Holistický či celostní přístup je charakterizován jistým vykočením z bio-psycho-sociálního modelu do oblasti alternativních terapií, jako je akupunktura, akupresura, aromaterapie, používání léčivků, masáže (zejména japonské shia-tsu či thajské) či holotropní dýchání<sup>4</sup>. Obvykle se přitom neopouští základní rámec bio-psycho-sociálních přístupů.

Holistickým modelem je vlastně – a možná oprávněněji než používání akupunktury – i model, který se v této publikaci objevuje jako model bio-psycho-socio-spirituální<sup>5</sup>. Potřeba morálky a upamatování se na spirituální rozměr a potřeby člověka patří k normálnímu životu, k překonávání krize a uzdravování z nemoci – tedy i k léčbě drogových závislostí. Terapeutovi, který se setkává s hlubokou demoralizací, bezhodnotovostí a nevírou těžce závislých, nemusí být tato koncepce cizí. Jak se vývoj přirovnává ke stoupající šroubovnici, můžeme s poučením a nadhledem využít lidskou moudrost z dob předtím, než se škodlivá posedlost a morální selhání nazvaly nemocí.

## Summary

### Models of Drug Addiction and Helping Approaches to Addicts

The chapter presents an overview of the main models of drug addiction, as well as of intervention profiles and approaches to the patients or clients derived from the respective conceptualisation. The following are characterised here: the biomedical model, bio-psycho-social model, public health and harm reduction approaches, models formed on social or pedagogic backgrounds. Moral and spiritual models are also mentioned. Finally, holistic approach is discussed from the viewpoint of a bio-psycho-socio-spiritual model presented in another chapters in this publication.

**Key words:** biomedical model – bio-psycho-social model – harm reduction – holistic approach – public health

<sup>4</sup> Viz Kudrle, kapitoly 1/9, 2/1 a 2/9.

<sup>5</sup> Viz Kudrle, kapitoly 2/1 a 2/9.

## Literatura

- Bateson G.: Steps to an ecology of mind. 8.vydání. Ballantine Books, New York, 1980
- Dorner K., Plog U.: Bláznit je lidské. Grada Publishing, Praha, 1999
- Kalina K.: Drogová politika ve světě. In: Bém P., Kalina K. (eds.): Studijní skripta distančního vzdělávání protidrogových koordinátorů. Úřad vlády ČR, Praha, 1998
- Kalina K.: Přístupy k drogám ve světě a v ČR. In: Sotolář A. a kol.: Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Příručky Ministerstva spravedlnosti ČR, svazek 64. Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců, Praha, 2001
- Kalina K.: Jak žít s psychózou. 2. vydání. PORTÁL, Praha, 2001
- Foucault M.: Dějiny šílenství. Mladá Fronta, Praha, 1971
- Chromý K.: Sociologie medicíny. Avicenum, Praha, 1985
- Volpicelli J.R., Pettinati H.M., McLellan A.T., O'Brien Ch.P.: Combining medication and psychosocial treatment for addiction. Guilford Press, New York, 2001

**Klíčová slova:** historie – psychedelika – prohibice – rituály – šamanismus – úmluvy OSN

Historicky nejstarší zkušenosti má člověk s tzv. *psychedelickými drogami*, jejichž užívání bylo obvykle ritualizováno. Historicky mladší zkušenost má člověk s *návykovými drogami*, které bývají zneužívány příležitostným, konzumním způsobem a přinášejí člověku utrpení v závislosti na těchto látkách.

### Historie psychedelických látek

Historie užívání psychedelických látek je stará jako lidstvo samo. Antropologové, kteří studovali různé domorodé kultury v různých částech světa popisují, že psychedelické substance byly a jsou používány k léčení, věštění, ke komunikaci s nebeskými i podsvětními oblastmi, v šamanských rituálech apod. Psychedelické látky obvykle navozují intenzivní prožitky, které mohou mít za optimálního vedení hluboký transformační charakter, často obsahují zážitky smrti a znovuzrození, jednoty s vesmírem a další transpersonální jevy. Podrobně jsou tyto jevy zkoumány zejména výzkumníky z oblasti *transpersonální psychologie*. Termín *psychedelický* pochází od Humphrey Osmonda a znamená z řeckého *psyche* a *delein* = učiniti zjevným<sup>1</sup>.

Nejstarším dochovaným svědectvím užívání psychedelicky účinných látek jsou *šamanské rituály*. Šamanismus je nejstarším náboženstvím i nejstarší medicinou v historickém vývoji člověka, sahá až k paleolitu. Šamani měli vypracované techniky na vyvolávání *změněných stavů vědomí* na nedrogové i drogové bázi. Vnímání a porozumění světu se dělo na bázi bezprostředního prožitku, intuice a symbolu spíše než na úrovni racionální, logické abstrakce. Člověk tehdy patrně jinak využíval a jinak zatěžoval své mozkové hemisféry než v historické době.

Podle Achtenbergové (1985) posvátné rostliny zajišťovaly rychlý přestup do změněných stavů vědomí a umožňovaly na podkladě přímého zážitku porozumět stavům zrození a smrti, vztahu ke kosmu, ke stvoření vůbec. Psychedelický prožitek, ztráta hranic ega, vědomí kontinuity všech dějů a smysl pro zázrak dávaly šamanům možnost náhledu a poznání přesahující rámec smyslového poznání. Tyto rostliny proto nazývaly posvátnými, medicinou. Rekreační užívání bylo často nemyslitelné. Šaman musel

fungovat skvěle v obou realitách. Procházel vlastně věčným kruhem cestování do podsvětí za nějakým poznáním a vracel se zpět, aby vykonal službu druhým. Nebylo v tom nic samoúčelného. Když léčil, bral medicínu spolu s nemocným a s pomocí vizualizace ovlivňoval chorobný proces. Pokud byly drogy (psychedelika, halucinogeny) užívány v duchovních tradicích, byly medicinou – podle autorky nejlepší medicinou, kterou svět po tisíciletí znal. „Ale pro kulturu, která se progresivně odcižovala od ducha světa ve všech svých aspektech, pro kulturu, která udělala vše pro oddělení ducha od těla, tam drogy poskytují útrpnou příchuť mysticismu, kterou náš kulturní mýtus není schopen vysvětlit a není schopen integrovat,“ píše dále Achtenbergová.

V historii *čínské medicíny* je popisováno užívání psychedelických látek již před 3 500 lety, ve staré *indické literatuře* se popisuje legendární posvátná rostlina a z ní připravovaný nápoj *soma*. Verše rgvédy opěvují mimořádné účinky této rostliny. Božský nápoj, který věřící požívali, je uveden do extatických stavů, kdy „jednou polovinou byli na zemi a druhou na nebesích“. Jejich těla oplývala silou, jejich srdce odvahou, radostí a nadšením a jejich mysl se dostávalo osvětlení a ujištění o nesmrtnosti.

*Konopí* provází člověka stejně dlouho jako alkohol. V literatuře jsou první zmínky před 5000 lety, kdy se konopí objevuje v lékopise čínského císaře Shen-Nunga (revma, malárie, zácpa). 800 let př. Kr. se tato droga objevuje v indické literatuře. V ajurvédě, indické medicíně, se konopí uvádí jako medicína na celou řadu nemocí zejména psychosomatické povahy, jako nespavost, migrény. Jeho užívání bylo i religiózně zakotveno, hašiš kouřili bráhmani, alkohol byl zapovězen.

Konopí bylo využíváno pro posvátné, léčebné a rituální účely a objevuje se pod různými názvy – *hašiš, kif, marihuana, hemp, ganja* – v oblastech Středního východu, v Africe, Indii, Číně, Tibetu, Severní a Jižní Americe, v Karibské oblasti. Konopí vystupuje jako důležitá posvátná rostlina u tak odlišných skupin, jako jsou africké domorodé kmeny, indiští bráhmani, stoupenci tantrického buddhismu, Skýtové či rastafariáni na Jamaice. V Evropě je konopí známo od 5. stol. po Kr. Ve 12. století známá mystička Hildegard von Bingen konopí doporučuje jako léčebný prostředek, později se

<sup>1</sup> Pro tyto látky byly raženy i jiné názvy, jako halucinogeny, byt' halucinace vyvolávají spíše zřídka, psychoheuristika, čímž se má zdůraznit jejich funkce nástroje objevování nebo učení, mystikomimetika, kultogenika nebo entheogeny.

rozšiřuje ve středověku jako součást čarodějných lektvarů a mastí<sup>2</sup>.

Obzvláště bohaté zastoupení psychedelických látek najdeme ve Střední a Jižní Americe. Předkolumbovské středoamerické kultury, jako Aztékové a Mayové, používaly řadu psychedelických rostlin, stejně jako indiáni kmene Huicholů a Mazatéků. Mezi nejnámější rostliny tohoto druhu patří kaktus Peyotl (*Lophophora williamsii*) nebo San Pedro, kde účinným alkaloidem je meskalin, a dále posvátné houby Teonanacatl čili „maso bohů“ (*Psilocybe mexicana* a *P. cubensis*), kde účinnou látkou je psilocybin. V amazónské oblasti je známa rituální substance *ayahuasca*, jejímž zdrojem je liánovitá rostlina *Banisteropsis caapi*. První výzkumné studie o této látce se datují do poloviny 19. Století. Nápoj z liány, který připravují Mazanští a Zaparo indiáni a nazývají jej „víno duše“ (nebo „víno smrti“), obsahuje jako účinnou psychoaktivní substanci alkaloidy harmin, harmalin a tetrahydroharmin z řady betacarbolinů.

Před zahájením kolonizace amazónských oblastí Evropany v 16. století byla ayahuasca velmi rozšířena u domorodců v rámci religiózních rituálů, magie, čarodějnictví i léčby. Navzdory úsilí potlačit zvyky a náboženství domorodců zůstalo nadále posvátné a léčebné používání této látky nedotčeno. V tomto století pozorujeme velký nárůst užívání ayahuascy zvláště v okruhu moderní synkretistické církve Uniao Do Vegetal (UDV) anebo Santo Daime. Kult peyotlu s křesťanskými prvky kombinuje Native American Church (Církev původních Američanů), k níž se podle některých odhadů hlásí v současnosti více než polovina severoamerických indiánů.

V rovníkové Africe je známa keřovitá rostlina *Tabernanthe iboga*, která je zdrojem drogy *ibogain*. Zejména v Gabunu jsou kořeny využívány v malých dávkách jako afrodiziakum a stimulantium, ve velkých dávkách pak v průběhu náboženských ceremonií k zasvěcení do kultu Bwiti. Účinky látky jsou popisovány již od poloviny minulého století. *Ibogain* inhibuje oxidaci serotoninu a katalyzuje oxidaci catecholaminů prostřednictvím monoaminoxidázy. *Ibogain* je považován za oneirofrenní látku (vyvolávající snové stavy)<sup>3</sup>.

Ze starověkého Řecka se dochovaly částečné zápisy z mystérií smrti a znovuzrození, jako byla např.

Eleusinská mysteria zasvěcená božstvům Demětre a Persefoně, trvající každoročně 9 dnů. V jejich rámci byl podáván *Kykeon*, opojný nápoj s psychedelickým účinkem. Výprava mystérií byla pečlivě promyšlena, aby maximalizovala transcendentní atmosféru. Tato mysteria se tradovala po dobu 2000 let i přes odpor křesťanské církve.

Ve středověku byla celá řada psychedelických rostlinných i živočišných látek používána k výrobě nápojů a mazání, které se pak používaly v čarodějných rituálech, černých mších a sabatech (*belladona*, *mandragora*, *durman*). Kruté potlačení evropského čarodějnictví svatou inkvizicí se odehrávalo v těžké době jako pokusy vymýtit používání drog mezi kolonizovanými domorodci Nového světa.

Teprve koncem 18. století evropská kultura zrodila nového „dávlova advokáta“ v podobě vzpoury „prokletých“ básníků a umělců, kteří se cítili jako vydělení své vlastní společnosti. Zatímco umělci jako Poe, De Quincy se nechali inspirovat účinky opia, Baudelaire, De Nerval a Victor Hugo se scházeli a užívali hašiš v Le Club des Haschischins, prvotní bohémské enklávě v Paříži založené v r. 1844 Théophilem Gautierem.

### Historie návykových drog *Opiáty*

První doklady o pěstování máku pro jeho narkotické účinky jsou staré 6000 let a pocházejí z říše Sumerů, kteří mák nazývali „rostlinou radosti“. Odtud přešla znalost do Egypta, kde patrně opium používali kněží ke kultovním obřadům v rámci dávných mystérií, podobně jako hašiš. Ve starém Řecku lékaři využívali omamných účinků drogy k léčení, jak o tom referuje Theophrastos z Eresu žijící asi v letech 370 – 287 př.Kr. (Schmidbauer, 1986).

Řekové dali makové šťávě také název opium a získávaný elixír se tak stal postupně proslulým. Makovice se stala symbolem boha spánku Morpheea a boha smrti Thanata. Homérští hrdinové znali kouzelný nápoj dodávající odvahu a nazývali jej *Nepenthes*. Dobytím Řecka Římany se nápoj dostal více na Západ. V 6. a 7. století Arabové na svých válečných taženích donesli opium až do Persie, Indie a Číny. Podobně jako hašiš nebyla tato droga Mohamedem zapovězena (na rozdíl

<sup>2</sup> Produkty konopí, tj. *marihuana* a *hašiš* přicházely do Evropy již ve středověku díky křížáckým válkám, protože arabský svět je znal a odedávna používal v lékařství, jako „rekreační drogu“ místo alkoholu i v rámci iniciačních rituálů fundamentalistických náboženských skupin. Nejnámější takovou skupinou bylo muslimské vražedné komando legendárního „Starce z hory“ Hafana Ibn-Al-Sabbáha (kolem r. 1000): od těchto „hašašínů“ se odvozuje jak slovo „*hašiš*“, tak slovo „*assasin*“ (najatý vrah, atentátník). Od svých arabských soupeřů ve Svaté zemi převzaly užívání cannabisu především rytířské řády, pro středověkou křesťanskou kulturu Evropy však tyto praktiky nebyly přijatelné a obvinění z nich bylo součástí procesu proti templářům v Paříži r. 1310.

<sup>3</sup> Kult Bwiti u domorodců kmene Mitsogho je výhradně mužskou záležitostí, a ti, kteří byli zasvěceni, jsou prohlášeni za mistry vizuálního poznání toho, co je „za“, což jim zprostředkoval *strom zázraků* – *Iboga*.

od alkoholu). Významný středověký lékař Paracelsus používal ke svému léčení tinktury, které obsahovaly opiáty a nazýval je Laudanum a Arkanum<sup>4</sup>.

V Číně, kde se opium masově rozšířilo, bylo nejdříve konzumováno, teprve později kouřeno. Význam mělo i svým účinkem potlačení hladu v dobách hladomorů a katastrof. Podobně jako v arabských zemích se i v Číně rozvinuly rituály kolem kouření a požívání opia. Kvůli obchodu s opiem v letech 1839 – 1842 svedla Čína válku s Británií, ve které Britové vyhráli, stejně jako ve druhé opiové válce v r. 1856. Cílem válečných britských tažení bylo udržení importu opia do Číny. V 19. století se opium rozšířilo do Evropy a zejména ve velkých městech a v přístavních městech se hojně požívalo. Od r. 1909 jsou formulovány postupně požadavky na kontrolu nad opiem (Hongkongská smlouva). Po I. světové válce se rozšířil hlavně heroin a zatlačil do pozadí opium i z něj vyráběný morfin.

Mezi umělci, kteří se oddávali opiu, byli Baudelaire, Poe, Balzac, později pak Picasso, Cocteau a Burroughs, který vášeň k opiu ztvárnil v románu *Junkie*.

### **Kokain**

*Kokain* je extrakt z několikametrové rostliny *Erythroxylon coca*, která roste v teplomilných oblastech Jižní Ameriky (Kolumbie, Venezuela) a na ostrovech Indonesie. Na svazích And, na území dnešního Equadoru byla droga a její účinky známé již před 5000 lety. V Peru nacházíme známky užívání této drogy později, asi 1500 let př. Kr. V říši Inků byla droga užívána přísně rituálně vedoucí kastou a rozhodně nebyla zneužívána masově. Sága praví, že rostlina byla darem bohů v době špatné úrody a měla „pokleslé na duchu vzpružit, vyčerpaným přinést nové síly a hladové nasytit“.

Španělští kolonizátoři zakázali domorodé kultury a pod hrozbou trestu zakázali i pěstování a žvýkání koky. Církevní koncil v Limě v polovině 16. století prohlásil kult koky za „bezcný, zatratitelný, k pověrám vedoucí nástroj ďáblův“. Jelikož se však nedařilo vymýtiti další pěstování, rozhodli se dobyvatelé celé pěstění zdanit a současně zničili náboženství Inků. Tyto kroky daly základ zneužívání drogy, její žvýkání se vymklo rituálnímu poslání a nakonec sloužilo k přežití zejména nejchudším obyvatelům pro anorektický účinek koky (potlačení hladu). Současně období charakterizuje neutuchající boj za vyměnění pěstování koky, boj s mafii.

V r. 1858 chemik Neimann izoloval z kokových lístků *kokain*, který začal být později používán v medicíně pro místní znecitlivění při drobnějších operacích. V 90. letech 19. století s ním experimentoval slavný psychoterapeut S. Freud<sup>5</sup>. Velkou popularitu kokain získal v I. světové válce a po ní. Droga se šířila hlavně mezi intelektuály a ve velkoměstském podsvětí.

Nejznámějším kokainistou z literatury je postava *S. Holmese*. Proslýchá se dále, že spisovatel R. L. Stevenson napsal svůj známý román *Dr. Jekyll a pan Hyde* pod vlivem kokainu. Napsal jej během 6 dnů, když předtím byl dosti dlouhou dobu neproduktivní a popisuje v něm proměnu charakteru člověka po té, co požil bílý prášek. Chtěl tím vyjádřit dramatickosti účinku na lidi delší dobu vystavené účinkům kokainu. Sám se s kokainem setkal pouze krátce z medicínské indikace. Podobně skladatel R. Strauss poznal účinky kokainu v den operace na nosní přepážce, kdy k anestezii byl použit místně kokain. Dvě hodiny po operaci jej našel ošetřující lékař na pokoji s mnoha listy papíru popsanými notami, které daly vznik dvěma áriím k opeře *Arabela*. Skladatel mluvil o silném uvolnění inspirace a ošetřujícímu lékaři zterem sděloval: „svět Vás za to bude činit odpovědným“.

### **Budivé aminy**

Amfetamin byl prvně syntetizován v r. 1887 chemikem Edeleanu. V r. 1910 si britští fyziologové Barger a Dale všimli podobných vlastností amfetaminu a adrenalinu. Byly více zkoumány jeho budivé účinky a terapeuticky byl využíván při léčbě *Encephalitis lethargica*. Ve 30. letech se rozběhla celá řada psychologických výzkumů zaměřených na změny výkonnosti pod vlivem amfetaminu. První zprávy o zneužívání amfetaminu jsou z r. 1937, kdy studenti Minesotské university užívali tyto látky proti ospalosti a ve snaze zlepšit studijní výsledky. Amfetaminy našly další oblast zneužití jako doping ve vrcholovém sportu (hlavně v záteřových vytrvaleckých disciplínách) a ve válečných akcích<sup>6</sup>.

Další budivý amin Ephedrin je znám nejméně 5000 let, pochází z rostliny *Ephedra vulgaris* a byl ve staré čínské medicíně používán jako antiastmatikum.

### **20. století v přehledu důležitých událostí**

**1898:** byl synteticky vyroben heroin, na počátku 20. století pak ověřován a veleben pro svou nenávykovost. Byl dokonce propagován jako „hrdinský lék“ (odtud heroin) při potírání morfinové závislosti.

<sup>4</sup> Opiová tinktura se používala i v novověku proti průjmům a proti melancholii.

<sup>5</sup> Freud používal kokain při léčbě morfinismu. Podle některých pramenů byl i skutečným objevitelem znecitlivujícího (anestetického) účinku kokainu. Ve stejné době se už také vyskytly první případy zneužívání i smrtelného předávkování. Traduje se, že právě smrt jednoho přítele a zároveň pacienta v důsledku předávkování kokainem vedla Freuda k tomu, že se o kokain přestal zajímat a přepustil terapeutickou prioritu a proslulost objevitele svému příteli, vídeňskému očnímu lékaři Köhlerovi, který objevil anestetických účinků kokainu popsal a uveřejnil (viz Kalina, 1996).

<sup>6</sup> Za II. světové války především při dopování bojových letců, později diverzních skupin a personálu polních nemocnic, stejně tak během Korejské války v 50. letech (hrdinové známého televizního seriálu M.A.S.H. se ve skutečnosti dopováli amfetaminem).

**1903:** v USA bylo zakázáno používání kokainu v nápojích, což vedlo ke změně receptury Coca Coly<sup>7</sup>.

**1910:** američtí farmáři na jihu USA dávají kokain černošským dělníkům, aby podpořili jejich výkonnost.

**1914:** v USA vyhlášen *Harrison Narcotic Act* – zákon upravující prodej opia, opiových derivátů a kokainu.

**1920 – 1933:** éra alkoholové prohibice v USA. Jen v r. 1932 je za alkoholové zločiny uvězněno přibližně 45 tisíc osob.

**1924:** v USA je zakázána výroba heroinu, v r. 1925 Robert A. Schless napsal: „Věřím, že většina dnešní drogové závislosti je přímým důsledkem Harrisonova protinarkotického zákona, jenž zakazuje prodej narkotik bez lékařského předpisu... závislí, kteří jsou švorc, působí jako *agent provocateurs* pro podloudné obchodníky a jsou odměňováni heroinem nebo příslibem jeho dodávek. Harrisonův zákon vytvořil podloudné obchodníky s drogami a ti vytvořili drogově závislé!“

**1930:** v USA je založen Federální úřad pro narkotika (FNB – Federal Narcotic Bureau). Do čela úřadu se dostává bývalý prohibicionista H. Anslinger.

**1937:** H. Anslinger v tažení proti marihuaně: „Kolik vražd, sebevražd, zločinných přepadení, loupeží a smrtí z mánií způsobuje marihuana rok co rok, to se můžeme jen dohadovat.“ – V témž roce přijat *Zákon o dani z marihuany*. Za tažením proti marihuaně se ve skutečnosti skrývala možnost, jak úspěšněji kontrolovat ilegální migraci mexických utečenců na mexicko-americké hranici. Zdanění a velké tresty měly potlačit rozšiřující se konzum marihuany. Na vlastním těle to později poznal i T. Leary, který byl odsouzen ke 30 letům odnětí svobody a pokutě 30 000 USD za držení několika gramů marihuany pro vlastní potřebu.

**1938:** od přijetí Harrisonova zákona v r. 1914 bylo 25 000 lékařů obžalováno ze zločinů spojených s narkotiky. V témž roce 1938: objev LSD Albertem Hoffmanem v laboratořích firmy SANDOZ. Firma ztrácí zájem na látce, Hoffman na základě vnuknutí projeví zájem opět v dubnu r. 1943, kdy se náhodně intoxikuje. Období 2. světové války a poválečné období tzv. studené války je poznamenáno „strategickým“ zájmem o psychotropní látky.

V Dachau nacisté zkoušeli účinky meskalinu na vězně. V USA po válce CIA hledala drogu pravdy, která by rozvazovala jazyk zadrženým špiónům. Jako jedna z prvních byla zkoumána marihuana. Výsledky nebyly však přesvědčivé, pouze se potvrdilo, že marihuana uvolňuje asociace a otlumí kontrolu. Pak již byla středem zájmu psychedelika. CIA monitorovala scénu ulice, výzkumníky na univerzitách a podněcovala vlastní výzkumy, z nichž řada se ode-

hrála v armádě, na věznicích, ale i na nic netušících lidech, například v nevěstincích, kde agenti CIA zkoumali změny sexuálního chování mužů po požití LSD. O LSD se uvažovalo právě v kategorii kompromitující drogy vzhledem k možnosti zneužití bizarních projevů v chování intoxikovaného. Nakonec v těchto indikacích psychedelika uplatnění nenašla právě pro nepředvídatelnost jejich účinku. Jejich působení se vymyká kontrole, kterou naopak chtěla CIA nad lidmi dosáhnout. Nicméně její zájem a monitorování celého vývoje, iniciování různých akcí, nikdy neskončil. Existuje podezření, že CIA stínově řídila i tragedii v Jonestownu, kde v kontextu náboženského fanatického rituálu spáchalo sebevraždu velké množství lidí. Manipulace s vědomím lidí, s jejich přesvědčením a jejich ovladatelnost byly vždy centrálním tématem pro všechny zpravodajské služby světa. Podobné indicie vedou tedy i ke KGB, či k naší StB (Schlain and Lee, 1996; Grof, osobní sdělení).

V 50. letech umělci, kteří tvořili tzv. beatnickou generaci, hledali v drogách „pravdu o životě“. Jejich drogový šamanismus byl spojen s romantickým nadšením. Drogy sloužily ke katalyzaci jejich vzpoury proti všeobjímající konformitě americké kultury. Hlad po nových dojmech je vedl k hledání transcendence prostřednictvím jazzu, marihuany, buddhistické meditace a frenetického tempa hipsterského životního stylu. Toto hnutí nonkonformismu přerostlo v další dekády pak v masovou vzpouru.

Psychiatři a psychologové v 50. letech prováděli výzkumné aktivity na sobě a na dobrovolnících. Významnými osobnostmi psychedelického výzkumu byli T. Leary (jeho semináře na Harvardu), H. Osmond, R. Metzner, R. Alpert (University of California, Berkeley) a další. Významnou událostí byla konference o LSD v r. 1959, jejíž průběh byl stínově řízen CIA. Tato konference pak velmi ovlivnila postoj Federálního úřadu pro narkotika a podpořila i zákaz psychedelického výzkumu v pozdějších letech. Poslední legální možnosti výzkumu bylo užití LSD u umírajících, většinou v terminálních stádiích rakoviny. V těchto výzkumech pozoruhodných výsledků dosáhl psychiatr českého původu Stanislav Grof.

**1961:** ratifikována Jednotná úmluva OSN o omamných látkách, později – v r. 1971 a 1988 – ratifikovány další významné úmluvy<sup>8</sup>.

**1967:** americký tabákový průmysl vydává na reklamu kolem 250 mil. USD, hrubé příjmy jsou však kolem 8 mld. USD

Konec 60. let běží pod heslem „Drogy pro masy“, psychedelika se definitivně masově zneužívají spolu s ostatními návykovými dro-

<sup>7</sup> Podle jiných pramenů to byl rok 1906, kdy v USA došlo k zákazu kokainových přísad v některých patentovaných lécích a nápojích včetně Coca Coly (Kalina, 1996). – Stimulační účinek nápoje je od té doby dodáván pouze kofeinem. Z lístků koky se kokain vyluhuje a koka poskytuje nápoji pouze svoji charakteristickou chuť.

<sup>8</sup> O úmlouvách OSN blíže viz Sotolář, kapitola 1/5.

gami včetně alkoholu. Existuje společný pouliční trh, jsou organizovány masové kulturní akce, při kterých se užívají drogy. Drogy ovlivňují hudební, filmovou i divadelní scénu, stejně jako literární umění. Z hudebních skupin jsou to především Greatful Dead, kteří proslavili tzv. Acid Culture<sup>9</sup>, v oblasti divadla Living Theater, v literatuře A. Ginsberg, K. Kesey a produkce tzv. nezávislého filmu. Přibývá násilností, nehod a masových karambolů, přibývá závislých na drogách. V San Franciscu se otevírá přímo v centru schůzek hippie mládeže Haight Ashbury Free Clinic. R. 1967 – „léto květin“, je vrcholem a současně počátkem rozpadu psychedelické kultury, začátkem rozvoje závislosti na opiátech, zejména na heroinu.

Posledních dvacet let 20. století je ve znamení poměrně vyváženého zastoupení jednotlivých drog ve světě. Protidrogová politika nese rysy narůstající represe. Tento trend je iniciován zejména v USA a částečně přejímán i v Evropě. Výjimkou je například tzv. holandský model protidrogové politiky<sup>10</sup>. Teprve konkrétní hrozba šíření viru HIV mezi intravenózními uživateli posouvá společenský zřetel k účinnější prevenci a rozvoji strategie Harm Reduction<sup>11</sup> (přístupů snižujících rizika z užívání drog), což se již projevuje v politických dokumentech EU<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Acid (kyselina) je obecným slangovým názvem pro LSD (účinnou látkou je dietylamid kyseliny d-lysergové).

<sup>10</sup> Viz Sotolář, kapitola 1/6, Úmluvy OSN a zahraniční legislativa o omamných a psychotropních látkách

<sup>11</sup> Viz Hrdina, kapitola 5/1, Harm Reduction.

<sup>12</sup> Viz Kalina, kapitola 1/1, Úvod do drogové politiky; Bém, Kalina a Radimecký, kapitola 1/, Vývoj drogové scény a protidrogové politiky v České republice.

The chapter first discusses the social and cultural circumstances and spiritual aspects of using psychedelic substances such as naturally occurring peyotl, ayahuasca, psilocybin, cannabis, iboga etc. We observe their original use in spiritual, ritual or healing context, e.g. in shamanism. Abuse of psychedelic substances, particularly cannabis drugs and LSD, was reported mainly in the second half of the 20th century. Further, the history of another group of substances with higher addictive

potential and minimum potential for spiritual and personal growth, i.e. opiates, stimulants, cocaine etc. is explored, and the context of their use and misuse in a broader sense is defined. The main risks of abuse of those two groups of substances are described. Finally, we present important conditions connected with the spread of substance abuse in the 20th century and the resulting implications.

**Key words:** history – prohibition – psychedelics – rituals – shamanism – UN conventions

## Literatura

- Achtenberg J.: Imagery in Healing. New Science Library. Shambhala, London, 1985.
- Eisner B.: Ecstasy, The MDMA Story. Roning Publishing, Inc., Berkeley, California, 1989.
- Furst, P.T.: Halucinogeny a kultura. Maťa, Praha, 1996.
- Grinspoon L., Bakalar J. B.: Marihuana – zakázaná medicína. CAD Press, Bratislava, 1996.
- Grof S.: LSD Psychotherapy. Hunter House, Alameda, California, 1980.
- Hoffmann A.: LSD – mé nezvedené dítě. M. Háša-Profes, Praha, 1996.
- Inaba S. D.: Uppers, Downers, All Arounders. CNS Productions, Ashland, Oregon, 1993.
- Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. FILIA, Praha, 1996 (2. vyd. Institut FILIA, Praha, 1999).
- Rättsch Ch.: Konopí, léčebný prostředek v dějinách lidstva. Datel, Brno, 1994.
- Schlain B., Lee M.A.: Sny vědomí. Volvox Globator, Praha, 1996.
- Schmidbauer W.: Handbuch der Rauschdrogen. Fischer Verlag, Frankfurt/Main, 1986.
- Schulgin A.: PIHKAL – A Chemical Love story. Transform Press, Berkeley, California, 1991.
- Schultes E. R., Hofmann A.: Rostliny bohů. Volvox Globator, Praha, 1996.
- Sparks T.: The Wide Open Door. A Harper/Hazelden Book. Harper&Row Publishers, San Francisco, 1993.
- Stafford, P.: Encyklopedie psychedelických látek. Volvox Globator, Praha, 1997.
- Szasz T.: Ceremoniální chemie. Votobia, Olomouc, 1996.
- Tyler A.: Drogy v ulicích. Nakladatelství Ivo Železný, Praha, 1998.
- Walsh R. N.: The Spirit Of Shamanism. J. P.Tarcher, Los Angeles, 1990.
- Záborský T. a kol.: Racionální protidrogová politika. Votobia, Olomouc, 1997.
- Zimmer L., Morgan J.P.: Marijuana Myths, Marijuana Facts. The Lindesmith Center, New York, 1997.

### MUDr. Stanislav Kudrle

Vystudoval všeobecné lékařství na lékařské fakultě UK v Plzni. Ukončil specializaci v psychiatrii II. atestací v r. 1986. Absolvoval pětiletý psychoterapeutický výcvik v SUR, kurs pro soudně znaleckou praxi v IPVZ, výcvik v transpersonální psychoterapii GTT, Mezinárodní evropský výcvik pro terapii drogových závislostí (IEDATP). Pracuje jako vedoucí lékař léčby návykových nemocí ve FN Plzeň. Působí též jako supervizor v oblasti návykových nemocí a je členem týmu subkatedry návykových nemocí IPVZ. Je členem výboru Společnosti pro návykové nemoci. Publikuje časopisecky (Protialkoholický obzor, Praktický lékař). Hlavním zájmem je prosazování transpersonální psychologie v oblasti léčby závislostí.  
*Kontakt: FN Plzeň, Alej Svobody 80, 30460 Plzeň.  
Tel. 019 / 7103156, E-mail: kudrle@fnplzen.cz*